

REGIÃO DE SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ

Kelly Fernanda Silva Santana – Escola de Saúde Pública – ESP – CE, kellyfernandassantana@hotmail.com Lucas Dias Soares Machado - Escola de Saúde Pública – ESP – CE

Maria Dayanne Luna Lucetti . Escola de Saúde Pública – ESP – CE

Maria Nizete Tavares Alves - Universidade Regional do Cariri – URCA

Petrucya Frazão Lira - 21ª Coordenaria Regional de Saúde – Juazeiro do Norte

Maria de Fátima Vasques Monteiro - Universidade Regional do Cariri – URCA

Palavras-chave: Integralidade; Promoção da Saúde; Regiões de Saúde.

Resumo

A Região de Saúde busca organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde através de pactuação entre municípios interligados por fatores socioeconômicos, culturais, malha viária, acesso aos serviços e ações de saúde e sua rede de comunicação de forma a proporcionar aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS a garantia no tratamento, prevenção e promoção à saúde. Objetivou-se descrever a estruturação da Região de Saúde no Ceará e sua solidificação através da descrição de uma das Coordenadorias Regionais de Saúde e sua contribuição para a promoção da saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado em uma região do Cariri, no Ceará, entre os meses de junho e julho de 2014. Observou-se que a proposta da regionalização em saúde valida os fundamentos da organização da Rede de Atenção Saúde tendo como princípio a promoção da saúde.

Introdução

Numa tentativa de descentralizar as ações e serviços de saúde de forma a produzir autonomia aos diversos entes federativos, bem como tornar práticas as competências de cada esfera de governo conforme estabelecido pela lei nº 8.080/90, regulamentada pelo decreto 7.508/2011 que garante o acesso integral as ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade do território. Segundo Gondim *et al*, 2008 a Região de Saúde - RS “envolve a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica, localizados em áreas geográficas delimitadas com populações definidas”. A partir dessa concepção, buscando-se atender as necessidades de saúde da população, o estado do Ceará dividiu-se de forma organizacional em Macrorregiões de Saúde e em Microrregiões de Saúde. Segundo Ministério da Saúde 2010, a Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal que aponta os fatores de risco que a população esta exposta a partir das diversidades no espaço geográfico, estilo de vida e necessidades de saúde, aspirando ações que diminuam as situações de vulnerabilidade incorporando a participação e o controle social, visando a equidade. O arranjo estrutural da Coordenadoria Regional de Saúde – CRES vislumbra uma organização interna buscando a eficiência no desenvolvimento das ações e serviços de saúde com foco na atenção integral, neste sentido o fortalecimento da promoção á saúde nos municípios da região é de suma relevância no alcance da integralidade. Assim sendo, esse estudo objetivou descrever a estrutura politico-administrativa de uma das Regiões de Saúde com foco na promoção à saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma CRES da Macrorregião de Saúde do Cariri, no Ceará, a partir de recorte do documento intitulado Território e Saúde: imersão no cenário da 21ª Região de Saúde do Ceará- Juazeiro do Norte. Segundo Minayo (2007, pág.57), “as abordagens qualitativas se conformam melhor para análises de discursos e de documentos”. A escolha da RS trabalhada se deu por ser o espaço de estudo-trabalho dos pesquisadores. A obtenção e análise dos dados aconteceram durante os meses de junho e julho de 2014, a partir dos dados e documentos sobre o processo de regionalização, Plano Diretor de Regionalização – PDR, Contrato Organizativo de Ações Publica em Saúde – COAP, nos sítios na internet do Governo do Estado do Ceará e Sistemas de Informações em Saúde. O Processamento dos dados deu-se por dois tutorias de territorialização disponibilizados pela coordenação pedagógica da Residência Integrada de Saúde – RIS, ESP- CE, ênfase Saúde Coletiva.

Resultados e Discussão

As Regiões de Saúde são espaços contínuos constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). Cada Região de Saúde pra ser instituída deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). A conformação de Regiões de Saúde objetiva garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade na atenção à saúde, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, sem distinção entre as pessoas, sem preconceitos ou privilégios, produzindo uma discriminação positiva para os mais necessitados; fortalecer o papel dos estados e dos municípios para que exerçam suas funções gestoras, visando racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos. A organização das RS's no Ceará contribuem para efetivação da promoção da saúde no estado, pois essa conformação, conciliada com a organização das Redes de Atenção à Saúde, assegura o mínimo de ações de proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde, de forma que a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde. No estado do Ceará foram definidas cinco Macrorregiões de Saúde (Macros Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Vale do Jaguaribe) que englobam as 22 Regiões de Saúde, delimitadas por critérios tais como a malha viária existente, a proximidade entre os municípios componentes, o deslocamento da população aos serviços de saúde, o sentimento de pertencimento e interdependência e a disposição política da pactuação. A CRES em estudo está inserida na Macro Cariri, composta pela RS do Icó, Iguatu, Brejo Santo, Crato e Juazeiro do Norte, seu território político-administrativo é formado por seis municípios (Barbalha, Caririaçu, Granjeiro, Jardim, Juazeiro do Norte e Missão Velha) com população de 412.620 habitantes. As CRES são responsáveis por apoiar os municípios de seu território e realizar acompanhamento de suas ações. Elas possuem estrutura organizativa-operacional semelhantes e são compostas por: um/a coordenador/a regional, um colegiado interno de gestão e por Grupos de Técnicos – GT: de Atenção à Saúde, de Vigilância à Saúde, de Gestão Estratégica e Participativa, de Recursos Humanos, Administrativo-financeiro e de Apoio Logístico. As ações de promoção e prevenção a saúde são ferramentas de gestão dos serviços da Rede de Atenção á Saúde, neste sentido a CRES compartilha com a mesma ideia a partir do momento em que os GT's têm como meta a integralidade da assistência. Dentre os GT's o da Atenção a Saúde, apoia as ações de aleitamento materno, imunização, vigilância nutricional, saúde bucal. No GT de Vigilância à Saúde, as ações são direcionadas ao planejamento e apoio de ações de controle e educação em saúde, com ênfase no setor de Mobilização Social representando o elo mais forte em relação a promoção da saúde na RS, por atuar diretamente com a população, lideranças e profissionais de saúde envolvendo-os nesse processo e utilizando metodologias participativas e meios lúdicos para empoderar a população. Bydiowski *et al* (2004) afirmam que as estratégias propostas pela promoção da saúde apoiam-se na democratização das informações e num trabalho conjunto de toda a sociedade para que os problemas sejam superados. Busca-se então a contribuição populacional propondo-se a conexão de interesses, atitudes, indivíduos e disciplinas, para defesa e melhoria nas condições de saúde, principalmente dos grupos mais vulneráveis. Observa-se que os princípios da promoção da saúde, conforme a Carta de Ottawa (1986), são convergentes com os princípios da regionalização, que tem como um dos focos alcançar a equidade em saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia.

Conclusão

A organização do sistema de saúde em regiões tem se mostrado eficiente por proporcionar um acompanhamento das atividades mais próximo de onde elas acontecem e permitem ainda o planejamento de ações fundamentadas nas necessidades pautadas nos princípios da promoção á saúde específica daquela Região. A CRES reflete então, papel primordial nessa organização, realizando uma gestão compartilhada, de modo interativo, pautado no princípio de que a gestão acontece numa relação entre sujeitos, e que a condução dos serviços deve propiciar relações construtivas, que têm saberes, poderes e papéis diferenciados.

Referências

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M; ROJAS, L.I.; BARCELLOS, C; PEITERS, P; NAVARRO, M; GRACIE, R. O Território da Saúde: a Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização. **Fiocruz**, 2009. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/20.pdf>>. Acesso em 14/07/2014.

BRASIL. **Decretonº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá

outras providências. Casa Civil da Presidência da República. Brasília, DF, 2011a. [on line]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 14/07/2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Casa Civil da Presidência da República do Brasil. Brasília, DF, 19 nov. 1990. [online]. Acesso em 26 de outubro de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 14/07/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Acesso em 15/08/2014. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10ª Ed. – São Paulo: Editora Hucitec, São Paulo.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004.

OPAS. **Carta de Ottawa**. Organização Pan-Americana de Saúde, 1986. Disponível em <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>> Acesso em 14/08/2014.

Agradecimentos

À Escola de Saúde Pública do Ceará e ao programa de Residência Integrada em Saúde – RIS desta instituição, pelo incentivo a pesquisa e aperfeiçoamento de seus residentes e preceptor, bem como suas contribuições para a saúde do Ceará. A 21ª CRES como espaço de pesquisa e construção de atividades cotidianas.

Autor 1 Renato Rafael Costa Lima – FANOR e renatorcl@yahoo.com.br

Autor 2 Danilo Santos da Silva Rocha– FANOR

Autor 3 Mikaelle oliveira Campos– FANOR

Autor 4 Igor Almeida Craveiro– FANOR

Autor 5 Leonardo Moreira Bernardino– FANOR

Autor 6 Carla Renata Pinheiro Lima de Saboia Oliveira

Palavras-chave: Ampliado .Projeto. Singular.

Resumo

O projeto terapêutico singular (PTS) visa um atendimento individualizado, propondo mecanismos que se inter-relacionam para uma melhor resposta ao tratamento ampliado e interagindo com vários atores na resolução da problemática estabelecida. O objetivo desse estudo é tentar contextualizar de forma objetiva usando como ferramenta esse projeto, com enfoque na clínica ampliada e humanização. Foi utilizado na confecção desse trabalho o relato de caso ampliado nessa maneira metodológica e utilizado outros atores que estão envolvidos direta ou indiretamente com o cliente assistido. Masculino, 33 anos, sem residência fixa, evangélico, solteiro, dois filhos, procurou a unidade por demanda espontânea. Foi elaborado um plano terapêutico singular. Evidenciado que nesse tipo de abordagem uma equipe multidisciplinar com aspecto holístico, será necessária para uma melhor assistência, utilizando o princípio da clínica ampliada. O projeto terapêutico singular permite que equipe multidisciplinar faça uma abordagem de forma acolhedora e horizontal, procurando a resolutividade das necessidades do cliente

Introdução

Segundo Merhyee (1999), o PTS visa uma abordagem horizontalizada e diferencial, com uma abordagem multidisciplinar e ampliada, conforme estabelece a reforma psiquiátrica e política da humanização em saúde, proposto pelo novo modelo de atenção ao cliente que sofre de transtorno mental. A Reforma Psiquiátrica, movimento social que veio com o intuito de modificar a abordagem em psiquiatria quebrando, assim, o modelo médico-psiquiátrico curativo que era dominante em épocas retrógradas, modelo esse que se centrava na doença, na sintomatologia, sendo a medicação e a cura por meio da exclusão do ser humano que sofria de algum transtorno. Esse importante movimento social pode ser considerado um divisor de águas contra o modelo hegemônico médico-psiquiátrico, referenciado como um avanço significativo e ampliado ao cliente com sofrimento mental, tratando o indivíduo de forma inclusiva e singular. Um conhecido modelo dessa nova forma de abordagem aos clientes psiquiátricos é o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que conforme o Decreto 7.508/11 é considerado uma das portas de entrada do SUS, tendo uma característica agregada a horizontalidade no atendimento, composto por uma equipe multidisciplinar, que trabalha com diretrizes da humanização como: a clínica ampliada, o projeto terapêutico, o qual será a base do estudo proposto. O projeto terapêutico visa um atendimento singular propondo mecanismos que se inter-relacionam para uma melhor resposta ao tratamento ampliado e interagindo com vários atores na resolução da problemática estabelecida.

O objetivo desse estudo é tentar contextualizar de forma objetiva, usando como ferramenta esse projeto com enfoque na clínica ampliada e humanização.

Metodologia

Foi utilizado na confecção desse trabalho o relato de caso ampliado nessa maneira metodológica e utilizado outros atores que estão envolvidos direta ou indiretamente com o cliente assistido.

Segundo Brasil (2007), O PTS é um conjunto articulado de propostas de condutas terapêuticas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão ampla e coletiva de uma equipe interdisciplinar, horizontalizada e integrada de forma resolutiva, conforme propõe as diretrizes do sistema único de saúde (SUS), em vista que será preciso um apoio matricial resolutivo e ampliado, se necessário.

Geralmente é dedicado a situações com um alto grau de complexidade com uma variedade de discussão de “caso clínico”. Foi bastante enfatizado em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, levando em consideração outros aspectos inerentes ao transtorno mental. O PTS é dividido em quatro momentos distintos que serão necessários

para uma abordagem sucinta e precisa do aspecto situacional vivenciado pelo o indivíduo ou coletividade. Deverá ser abordado aspectos orgânicos, como manifestações clínicas, aspectos sociais e psíquicos para uma breve e sucinta anamnese situacional, atenuando assim o aspecto de vulnerabilidade do usuário.

Resultados e Discussão

L.S.A, sexo masculino, 33 anos, sem residência fixa, evangélico, solteiro, dois filhos, procurou a unidade por demanda espontânea. Grau de instrução: fundamental incompleto, atividade laboral: tratador de peixe, situação profissional: desempregado, renda: menor que um salário mínimo, relacionamento familiar: razoável, situação conjugal dos pais: falecidos, número de irmãos: 4 (quatro), algum parente usa droga: pai e mãe. Usou droga pela primeira vez aos 10 anos “cola” (C.R.P).

Foi internado 13 (treze) vezes em hospital referência em trauma de Fortaleza, por (PAF) perfuração por arma de fogo e por (PAB) perfuração por arma branca. A noite aumenta sua vontade de usar drogas, relata muita sede e inapetência residual ao uso. O mesmo relata um grau ascendente de agressividade, flutuação de humor, confusão mental, alucinações, insônia, amnesia, vômitos, depressão, pensamentos suicidas, além de ter problemas sociais com a família, a justiça e a sociedade.

Elaborou-se um plano terapêutico singular, será evidenciado que nesse tipo de abordagem uma equipe multidisciplinar com aspecto holístico, será necessária para uma melhor abordagem utilizando o princípio da clínica ampliada.

PLANO TERAPEUTICO	
Segunda-feira	Manhã: atividade laboral com T.O
	Tarde: orientação jurídica (defensor público).
Terça-feira	Manhã: abordagem sócia cultural (pedagogo e assistente social)
	Tarde: avaliação psicológica (psicólogo)
Quarta-feira	Manhã: atividade física (educador físico)
	Tarde: Consulta com o psiquiatra
Quinta-feira	Manhã: avaliação com equipe multidisciplinar
	Tarde: avaliação social (assistente social).
Sexta-feira	Manhã: Orientações sobre o mercado de trabalho
	Tarde: grupo de terapia coletiva.

Conclusão

O projeto terapêutico singular PTS visa uma abordagem multidisciplinar de forma acolhedora e horizontal no atendimento a demanda levantada, tem princípios fundamentados na humanização em saúde, tendo como eixo norteador a reforma psiquiátrica. A equipe

proposta intervirá de uma maneira singular e resolutive abordando as necessidades primordiais do cliente, bem como a demanda que surgirá no decorrer do acompanhamento, visando uma integralidade assistencial e ressocialização do individuo perante a sociedade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada**. Equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARVALHO, Laura Graças Padilha de. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 2012, v.36, n.3, p. 521-525.

MERHY EE. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista de Saúde Coletiva**, 1999,

v.10, n.5, p.13-17.

SILVA, Esther Pereira da et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissional idade nas Ações de Saúde Singular Therapeutic Project as a Practice. **Revista Brasileira de Ciência e Saúde**, 2013, v. 17, n. 2, p. 197-202.

Agradecimentos

Somos gratos a todos que colaboraram com nossa pesquisa que juntamente, com a Instituição de Saúde, foram de extrema importância para a conclusão da mesma.

RELATO DE CASO: ESQUIZOFRENIA: UMA ABORDAGEM AMPLIADA E SINGULAR OBSERVANDO O SER HUMANO DE UMA FORMA HOLÍSTICA E HUMANIZADA.

Autor 1 Renato Rafael Costa Lima – FANOR e renatorcl@yahoo.com.br

Autor 2 Danilo Santos da Silva Rocha– FANOR

Autor 3 Mikaelle oliveira Campos– FANOR

Autor 4 Igor Almeida Craveiro– FANOR

Autor 5 Leonardo Moreira Bernardino– FANOR

Autor 6 Carla Renata Pinheiro Lima de Saboia Oliveira

Palavras-chave: Esquizofrenia. abordagem. humanizada

Resumo

Esse relato de caso abordado os aspectos referidos a esquizofrenia. A esquizofrenia é um transtorno mental de característica psicótica segundo o código internacional de doenças (CID) onde a mesma é classificada em (F20). O Objetivo do estudo é contextualizar de forma ampliada, pontuada e humanizada a assistência e tratamento, diagnóstico e intervenções de enfermagem. As intervenções de enfermagem são necessárias para atenuar algum desconforto físico ou psíquico, intervindo de maneira resolutiva e prática, oferecendo ao seu assistido uma assistência individual e contínua. No primeiro dia o cliente evoluiu desorientado em tempo e espaço, não cooperativo, com sinais de acatisia presente, discurso incoerente, pensamento fragmentado, alternando entre o mutismo e ecolalia, o mesmo segue em assistência contínua de enfermagem. No ultimo dia o cliente evoluiu parcialmente orientado em espaço, pouco cooperativo, aspecto (atitude) hostil presente, intercala entre o mutismo e ecolalia, pensamentos e frases incoerentes, aspectos cognitivos preservados. O mesmo segue em assistência contínua de enfermagem. Conclui-se que a assistência deve ser forma individual e humanizada e respeitando os princípios éticos.

Introdução

Neste Relato de Caso serão abordados aspectos referentes à esquizofrenia, dados subjetivos e objetivos de um ser humano portador de transtorno mental esquizofrênico, suas características norteadoras, aspectos comportamentais, pontuados. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem necessárias para uma assistência humanizada holística, respeitando a singularidade do cliente. (CARRAZONI 2014). A esquizofrenia é um transtorno mental de característica psicótica segundo o código internacional de doenças (CID) onde a mesma é classificada em F20. Estima-se que 1% da população mundial é acometida dessa doença com manifestações delirantes, alterações alucinatórias: auditivas, visuais, táteis, olfativas, sensoperceptórias. São eixos norteadores nesse tipo de psicose dados mostram que em termos de incidência o sexo masculino, em torno de 20 a 35 anos, são mais acometidos pela esquizofrenia. Não se sabe o mecanismo exato que desencadeia os surtos psicóticos, sabe-se que é uma doença cerebral, porém alguns fatores multicausais e socioambientais podem ser o gatilho inicial no surgimento dos pródromos até sintomas específicos. As manifestações alucinatórias, persecutórias, fragmentação e incoerência do pensamento, alterações cognitivas estão presentes intrinsecamente nesse tipo de psicose.

Metodologia

Este estudo foi realizado em uma instituição pública referência em saúde mental de nível terciário localizada em Fortaleza Ceará, entre os dias 28 de fevereiro de 2014 até 21 de março de 2014, como pré-requisito para aprovação no estágio supervisionado de Enfermagem em Saúde mental.

A metodologia utilizada foi uma anamnese ampliada e revisão do prontuário. Esse estudo de caso foi realizado com cliente que padece de transtorno mental esquizofrênico paranoide, usando uma abordagem humanizada e holística a esse sujeito. Pessoas que sofrem desse tipo de psicose apresentam dentre suas características notórias, quadro de hostilidade, comportamento reservado, atitude tensa e desconfiada e os recursos egoicos se encontram em constante alteração. É visualizado uma regressão progressiva das suas faculdades mentais. Seguindo nesse contexto, a abordagem utilizada foi uma conversa com várias reformulações ao decorrer da entrevista. Foram observados e utilizados os diversos tipos de linguagem como a paraverbal, que nesse tipo de transtorno auxilia de uma forma objetiva o entrevistador.

Resultados e Discussão

As intervenções de enfermagem são necessárias para atenuar algum desconforto físico ou psíquico, intervindo de maneira resolutiva e prática, oferecendo ao seu assistido uma assistência individual e contínua.

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Interação social prejudicada relacionada à preocupação com as ideias egocêntricas e ilógicas e a suspeita extrema	Encaminhar a T.O; Estimular a socialização; Preservar a integridade física;
Risco de violência direcionado a outros ou a si mesmo relacionado a resposta aos pensamentos delirantes ou alucinações..	Preservar a integridade física; Orientar os integrantes da equipe a manter vigilância constante.

EVOLUÇÃO QUADRO COMPARATIVO
28/03: Cliente, desorientado em tempo e espaço, não cooperativo, com sinais de acatisia presente, discurso incoerente, pensamento fragmentado, alternando entre o mutismo e ecolalia. O mesmo segue em assistência continua de enfermagem.
07/03: Cliente, parcialmente orientado em espaço e pessoa, cooperativo, com atenuação do quadro de acatisia, aspecto cognitivo preservado, frases e pensamento seguindo uma linha coerente, o mesmo relata que aceita a dieta e medicação oferecida. Eliminações fisiológicas presentes. Segue em assistência continua de enfermagem.
14/03: Cliente, parcialmente orientado em espaço, apresenta um quadro de mutismo, pouco cooperativo, aspecto hostil, evidenciado distúrbios extrapiramidais. O mesmo segue em assistência continua de enfermagem.
21/03: Cliente, parcialmente orientado em espaço, pouco cooperativo, aspecto hostil presente, intercala entre o mutismo e ecolalia, pensamentos e frases incoerentes, aspectos cognitivos preservados. O mesmo segue em assistência continua de enfermagem.

Abordagem ao cliente que padece com esse tipo de transtorno deverá ser individual e singular, respeitando seus limites que foram delimitados pela doença. A assistência deverá ser contínua, resolutiva interdisciplinar, humanizada e holística, colocando a família como parte fundamental para o sucesso terapêutico e jamais esquecendo que ali existe uma vida que sofre com estereótipos rotulados pela sociedade, cabível assim nesse momento uma mudança comportamental em relação a imagem de quem sofre com algum transtorno mental.

Conclusão

A conclusão desse trabalho evidenciou, de forma geral, que para uma melhor abordagem em pacientes que sofrem de algum transtorno mental, esta deverá ser de forma individual e humanizada, visando atender as singularidades de cada sujeito. Será necessária uma reformulação continua e resolutiva da maneira de abordar o ser humano que sofre com esse tipo de doença. A intervenção deverá ter em seu eixo central os princípios da ética e deverá ser acolhedora e resolutiva.

Referências

CARRAZONI, Adriana. **Esquizofrenia**. Disponível em: <<www.slideshare.com >>. Acesso em 24 mar 2014.

CARREIRA, Georgia Oliveira, **Esquizofrenia** : uma abordagem geral, com enfoque na assistência de enfermagem e familiar. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/esquizofrenia-uma-abordagem-geral-com-enfoque-na-assistencia-de-enfermagem-e-familiar/26876/>>. Acesso em: 24 mar 2014.

MOURA, Joviane. **Esquizofrenia**. Disponível em:<<artigos.psicologado.com/psicologia-geral/historia-da-psicologia>. Acesso em: 25 mar 2014.

NANDA, Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Definições e classificações, 2009-2011. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2009.

Agradecimentos

Somos gratos a todos que colaboraram com nossa pesquisa que juntamente, com a Instituição de Saúde, foram de extrema importância para a conclusão da mesma.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: AÇÃO MULTIPROFISSIONAL SOBRE A CULTURA DE PAZ EM UMA ESCOLA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CEARÁ

Emanuela Ribeiro Lima (Apresentador) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia. Email: emanuelar_lima@hotmail.com

Adriano de Aguiar Filgueira - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia

Juliana Braga Rodrigues de Castro - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia

Ianna Oliveira Sousa (Orientador) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia

Palavras-chave: Promoção da saúde. Violência. Educação em saúde.

Resumo

A Cultura de Paz surge como iniciativa, para disseminar ideologias e estratégias que visam a formação de sujeitos mais solidários e comprometidos com o bem-estar da humanidade e do planeta. Tem como princípios respeitar a vida; rejeitar a violência; ser generoso; ouvir para compreender; preservar o planeta e redescobrir a solidariedade. Objetiva relatar experiência de atividade de educação em saúde para alunos de uma escola pública do município de Sobral. A iniciativa da ação deu-se pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família e saúde mental, com atuação no território da escola, desenvolvendo uma ação educativa com os alunos. Participaram 35 crianças na faixa etária de 7 a 11 anos de idade. A ação contou com quatro etapas. Na primeira, realizou-se uma dinâmica com o objetivo de ressaltar a importância da união entre os colegas. A segunda consistiu na expressão em desenhos e/ou escrita o que entendem sobre a paz. A terceira etapa foi jogo da solidariedade, onde as crianças foram divididas em grupos e simularam ações envolvendo a paz. Na quarta etapa ocorreu roda de conversas sobre o momento vivenciado. Identificou-se a presença de temas relacionados à Cultura de Paz, demonstrando a correta compreensão da paz. As simulações deram consistência às palavras explanadas e estabeleceu-se a aproximação entre o que se fala e as atitudes necessárias para a construção da Cultura de Paz. Consideraram-se as trocas de saberes, durante as ações educativas, primordiais para ingressar rumo a uma perspectiva ampliada de promoção da saúde.

Introdução

A violência tem conceito amplo, havendo tipologia vasta. Varia desde aquela de cunho verbal, até a que resulta em morte (IBGE, 2009). É identificada como um problema social de grande dimensão que afeta toda a sociedade, responsável por adoecimento, perdas e mortes. Manifesta-se mediante ações realizadas por indivíduos, grupos, classes e nações, provocam danos físicos, emocionais e/ou espirituais a si próprios ou a outros (BRASIL, 2009).

A partir do final da década de 1970, a violência se intensifica, sobretudo, nos grandes centros urbanos do país, e se torna um tema central de discussão para a sociedade (IBGE, 2009). Waiseffisz, (2007) encontra que no final dos anos de 1990 verifica-se um descolamento da violência, antes oriundas nos centros urbanos, para o interior dos estados, ocasionando o pensamento da generalização do fenômeno, atingindo áreas até então ilesas.

Observa-se que no período que compreende os anos de 1998 e 2008, o número total de homicídios registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade no Brasil passou de 41.950 para 50.113, o que representa um aumento de 17,8%. Exceto o Sudeste, todas as regiões demonstraram ritmo de crescimento elevado, com destaque nas regiões Norte e Nordeste (WAISELFISZ, 2011). Já de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade 1980/2005, do Ministério da saúde, tomando-se as Regiões, nota-se que o Norte, o Nordeste e o Sul tiveram um aumento expressivo em suas taxas de mortalidade de jovens por homicídio.

É nesse contexto que se torna imperativo o desenvolvimento de estratégias que minimizem ou combatam a violência em nossa sociedade.

A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1990, traz como estratégia política para transformar a realidade social a “Cultura de Paz”, que surge como iniciativa, em longo prazo, para disseminar ideologias e estratégias que visam a formação de sujeitos mais solidários e comprometidos com o bem-estar da humanidade e do planeta. Tem como princípios respeitar a vida; rejeitar a violência; ser generoso; ouvir para compreender; preservar o planeta e redescobrir a solidariedade (BRASIL, 2009; DISKIN, 2002).

A Cultura de Paz estabelece-se como símbolo de respeito aos direitos humanos e configura-se com terreno fértil para assegurar os valores fundamentais da vida democrática, como a igualdade e a justiça social (DISKIN, 2002).

O interesse pelo estudo surgiu mediante incômodo relativo à violência vivenciado e expressado diariamente pela comunidade do território de atuação profissional, assim como pelos funcionários do próprio de um Centro de Saúde da Família (CSF) do município de Sobral, Ceará.

Logo, o trabalho teve como objetivo relatar uma experiência de atividade de educação em saúde para alunos de uma escola pública do município de Sobral, Ceará.

Metodologia

Este estudo é um relato de experiência de natureza qualitativa, de intervenção realizada em uma escola pública do município de Sobral, pertencente ao território adscrito de um Centro de saúde da Família de atuação dos profissionais residentes. Uma equipe multiprofissional vinculada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Saúde Mental.

Nesse contexto, Medeiros (1997) afirma que esse tipo de estudo experiência é a descrição, de maneira mais informal, e sem o rigor exigido na apresentação de resultados de pesquisa, que se incorpora no texto e dá, muitas vezes, mais vida e significado para leitura do que se fosse apenas um texto analítico.

Foi desenvolvida uma ação educativa com alunos de uma escola pública de ensino fundamental do município citado. Participou do momento um total de 35 crianças na faixa etária de 7 a 11 anos de idade nos turnos da manhã e tarde.

Para a intervenção houve um momento de planejamento entre os profissionais envolvidos. Um segundo momento de sensibilização da escola e dos professores e o terceiro momento a execução da atividade.

A ação contou com quatro etapas. Na primeira, realizou-se uma dinâmica com o objetivo de ressaltar a importância da união entre os colegas, além de oportunizar o início do estabelecimento de vínculo com os alunos. A segunda consistiu na expressão em desenhos e/ou escrita o que entendem sobre a paz utilizando pétalas de rosas feitas de cartolina. A terceira etapa foi jogo da solidariedade, onde as crianças foram divididas em grupos e simularam ações envolvendo a solidariedade, respeito, generosidade e atitudes com valores humanos. Na quarta etapa ocorreu roda de conversas sobre as cenas por eles apresentadas e uma roda de conversa para ouvir a opinião das crianças sobre o momento.

Resultados e Discussão

Quando a cultura, em seus diversos aspectos econômicos, políticos, sociais, emocionais, morais etc, mantém seus valores de violência, dominação e conflito, a paz se torna apenas o intervalo entre guerras. (MILANI, 2003). Assim, precisamos reverter atitudes de violência, em especial nas crianças e na escola.

Na primeira etapa, já percebeu-se a abertura dos alunos para a temática e percepção de importância da cultura de paz em seu cotidiano escolar e familiar. Para Chrispino e Dusi (2008) a escola é o espaço que a sociedade acredita ser o ideal para reproduzir seus valores tidos como importantes para sua manutenção. Ocorre que a própria família, em crise e em transformação como outras instituições sociais contemporâneas, passou a delegar à escola funções educativas que historicamente eram de sua própria responsabilidade, o que acarretou uma mudança no perfil de comportamento do aluno. Por outro lado, a massificação da educação trouxe para dentro do universo escolar um conjunto diferente de alunos, sendo certo que a escola atual da maneira como está organizada e da maneira como foram formados os professores, só está preparada para lidar com alunos de formato padrão e perfil ideal.

Com isso percebe-se que a escola precisa estar mais preparada para as mudanças sociais que aconteceram nas relações estabelecidas entre os seres humanos e entre eles e o meio em que vivem. Para isso, ela precisa de apoio e o setor saúde deve dar

subsídios para o desenvolvimento da educação, não em uma perspectiva paternal de fornecer a escola todas as suas necessidades, mas de conseguir construir, coletivamente, a melhor alternativa para ambos os setores desenvolverem-se e acompanhar as mudanças da sociedade contemporânea.

No segundo momento, os alunos desenharam figuras e imagens que remetiam a cultura de paz. Ficou visível o entendimento dos alunos sobre os aspectos que envolviam a Cultura de Paz, o que traz uma perspectiva esperançosa em relação a conduta desses futuros adultos disseminadores de práticas solidárias e amorosas entre os seres humanos e o meio em que vivem. Identificou-se a presença de temas relacionados à Cultura de Paz nos desenhos, escritos e falas, demonstrando a correta compreensão da paz. As simulações deu consistência às palavras explanadas e estabeleceu-se a aproximação entre o que se fala e as atitudes necessárias para a construção da Cultura de Paz. Construir uma Cultura de Paz é promover as transformações necessárias e indispensáveis para que a paz seja o princípio governante de todas relações humanas e sociais.

No terceiro momento, houve o jogo da solidariedade que consiste em um jogo cooperativo, apontado por Brotto (2001) como ferramenta para desenvolver habilidades interpessoais positivas, onde não há vencedores e perdedores, mas sim a vitória de todos que conseguiram desenvolver a melhor parceria para atingir o objetivo em comum. Para Cortez (1999), os jogos cooperativos são um caminho para a promoção da convivência e do bem-estar comum. Com isso, são uma ferramenta facilitadora para o incentivo prático da Cultura de Paz, possibilitando aos participantes desses jogos sentimentos de colaboração, crescimento coletivo e respeito ao próximo.

No quarto momento, houve uma roda de conversa sobre o tema discutido. Percebeu-se a boa adesão dos alunos sobre aspectos da Cultura de Paz, possibilitando a disseminação de práticas solidárias e de conceitos pouco dialogados no cotidiano das práticas educacionais por dificuldades diversas na construção de diálogos afetuosos e verdadeiros na atualidade. Por fim, os alunos avaliaram como prazerosos e importantes as vivências relacionadas à Cultura de Paz.

Conclusão

Com a atividade vivenciada considerou-se as trocas de saberes, durante as ações educativas, primordiais para ingressar rumo a uma perspectiva ampliada de promoção da saúde, pautada na visão holística do ser humano e integrada do sujeito em sociedade. Há, portanto, a necessidade da continuidade das intervenções no território de atuação bem como o compartilhamento das experiências entre a comunidade científica quanto à Cultura de Paz. Com isso, possibilitamos a conversa de temas que envolvem práticas humanas amorosas e que desencadeiam atitudes de compaixão e solidariedade e que podem repercutir em mudanças sócias significativas futuramente. Promover uma Cultura de Paz depende de vários fatores e esforços paralelos. Entre eles está educar-nos e também educar

uns

aos

outros

para

a

paz.

Referências

BROTTO, F. O. Jogos Cooperativos. **O jogo e o esporte como um exercício de convivência**. Santos: Projeto Cooperação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CHRISPINO, A. DUSI, M.L.H.M. **Uma proposta de modelagem de política pública para a redução da violência escolar e promoção da Cultura da Paz**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 597-624, 2008.

CORTEZ, Renata. **Sonhando com a magia dos jogos cooperativos na escola**. 1999 (Mestrado em Ciências da Motricidade) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho de Rio Claro.

DISKIN, L. **Paz, como se faz?** Semeando cultura de paz nas escolas. Rio de Janeiro: Governo do Estado

do Rio de Janeiro, UNESCO, Associação Palas Athena, 2002.

IBGE. **Estudos e Pesquisas**: informações demográficas e socioeconômicas/Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Brasília, 2009.

MEDEIROS, J. B. **Redação Científica**: a prática de fichamentos, resumos e resenhas. 3ª Ed. São Paulo: Atlas 1997.

MILANI, F.M. **CULTURA DE PAZ x VIOLÊNCIAS**: Papel e desafios da escola. Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas / Feizi M. Milani, Rita de Cássia Dias Pereira de Jesus (organizadores). Salvador : INPAZ, 2003.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil. Brasília, DF: Ministério da justiça, 2011. Disponível em: <<http://dspacesnj.c3sl.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/11322/121/MapaViolencia2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2006**: os jovens do Brasil. Brasília, DF: Organização dos Estados Íbero-Americanos para a

Educação, a Ciência e a Cultura, 2006. Disponível em: <<http://www.oei.org.br/mapaviolencia.pdf>>. Acesso em: 30 Jul. 2014.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: AMPLIANDO O CUIDADO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (CSF) NA CIDADE DE SOBRAL/CEARÁ

Rosa Renata Araújo Dias - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – rr.araujodias5@gmail.com

Aline Albuquerque Marques - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia

Andressa Lima Ramos - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia

Camila de Sousa Vidal - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia

Isadora Magalhães Macedo Ramos - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia

Francisco Gilmário Rebouças Junior – Escola de Formação em Saúde da Família / Universidade Federal do Ceará – gilmariojr@gmail.com

Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo descrever, através de um relato de experiência, a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da família no processo de cuidado às pessoas hipertensas e/ou diabéticas a partir da inserção no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desse modo, surge uma proposta de cuidado ampliado voltado para esse público com a compreensão da importância de conhecê-los para entender melhor seu contexto de vida, primeiramente, através da realização de visitas domiciliares junto as ACSs. Buscamos também identificar pessoas com hipertensão e/ou diabetes durante acolhimento multiprofissional do CSF, atentando para saber do contexto familiar, sem focar na doença, e sim na realidade de vida dos usuários, tendo como intuito a criação de uma linha de cuidado mais efetiva e o incentivo ao autocuidado. Após essas vivências, surgiu a necessidade de criar estratégias de cuidado, através de educação em saúde nos dias de atendimento aos hipertensos e diabéticos, abordagens nos grupos existentes no CSF, compartilhamento de casos, interconsultas e aplicação de questionários semiestruturado para ser utilizado nas visitas para conhecer o contexto histórico dos usuários e identificar os interessados em participar de grupos. A partir disso, foi perceptível a variedade de abordagens no cuidado ao hipertenso e diabético, sendo possível realizar um trabalho com linhas de cuidado considerando a realidade de cada usuário, perceber os diversos fatores que influenciam na adesão do tratamento, mostrando a grande necessidade de um olhar multiprofissional nesse processo.

Introdução

Em março de 2014 formou-se em Sobral a XI turma de Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, os quais foram alocados nos CSF do Município de Sobral a fim de desenvolverem atividades multiprofissionais, articulando a teoria com a prática, com uma carga horária prática de quarenta horas semanais.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) consiste na formação de profissionais de saúde de diversas categorias, para desempenharem suas atividades profissionais na Atenção Primária à Saúde. Afirma-se como importante instrumento de aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde do SUS e de garantia da qualidade de formação dos profissionais, ampliando as possibilidades de promoção da saúde através da inclusão de equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF) (MARTINS JUNIOR et al., 2008).

Desse modo, sabemos que a hipertensão e diabetes são doenças que fazem parte da realidade de várias comunidades, e pensando

nisso resolvemos planejar atividades que visem à sensibilização e educação em saúde voltada para uma mudança no estilo de vida dessas pessoas, para que assim consigamos proporcionar um aumento a qualidade de vida dessa população. Quanto a esse assunto, Kluthcovsky (2009) diz que a avaliação e acompanhamento dos índices de qualidade de vida têm sua utilidade no planejamento de estratégias de intervenção, pois fornece informações importantes sobre o usuário, permitindo identificar suas prioridades e subsidiar aos programas de saúde para que implementem ações efetivas e, assim, proporcionem melhor qualidade de vida para os usuários na atenção primária à saúde.

Durante o planejamento desta intervenção pensamos inicialmente em realizar grupos, porém, vimos que somente essa linha de cuidado não seria suficiente para dar conta de todos os hipertensos e diabéticos acompanhados pelo Centro de Saúde da Família (CSF). Assim, decidimos traçar também outras formas de atenção que não sejam apenas grupos, como PTS, interconsultas, visitas domiciliares, parcerias com outras instituições, dentre outros.

Considerando que o Programa das doenças crônicas se caracteriza como ações de fundamental importância nos territórios, desde o ano de 2006, o Brasil passou a focar mais essas doenças, a partir de novas políticas que ampliaram a preocupação tradicional com o cuidado médico para ações de prevenção, promoção da saúde e ação intersetorial, após aprovação de uma ampla política de promoção de saúde, que incluiu uma série de ações em educação em saúde, monitoramento de doenças e de fatores de risco e fornecimento de atenção centrada em dietas saudáveis, atividade física, redução do tabagismo e do uso prejudicial de álcool (FORTIN, 2006).

O modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, reconhece e admite a importância da Atenção Básica na promoção de saúde dos sujeitos com esses agravos. Desse modo, o Programa HIPERDIA propõe ações que vão além da conduta biomédica, fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde, cuidadores e paciente, promovendo educação em saúde, detectando os assintomáticos e realizando um acompanhamento do tratamento, visando uma abordagem mais ampliada que inclui o contexto social/local do indivíduo no processo saúde-doença (SOUZA & GARNELLO, 2008).

Faz-se necessário refletir um pouco sobre as ações que estão sendo realizadas no território que contemplam o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes, pois observamos que o referido Programa não ocorre como é proposto, sendo a renovação de receitas a ação que mais predomina em detrimento das outras. Diante disso, propomos intervenções que ampliem a linha de cuidado a estes sujeitos, no intuito de desenvolver atitudes de corresponsabilidade e sensibilizá-los para mudança de hábitos que visem à promoção da saúde. Nesse contexto, este artigo tem como objetivo descrever experiência vivenciada por uma equipe de residentes em saúde da família no processo de cuidado às pessoas hipertensas e/ou diabéticas a partir da inserção no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência de uma proposta de cuidado ampliado voltado a pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, vivenciado por residentes da XI turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia, ingressos em março de 2014.

No município de Sobral-CE, a Estratégia Saúde da Família conta com 56 equipes distribuídas em 31 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 18 na sede e 13 nos distritos, possuindo também seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O município conta com uma cobertura assistencial de 78% da população, o que equivale a 214.206 pessoas acompanhadas. Os Centros de Saúde da Família funcionam diariamente no horário de 07:00h às 11:00h e 13:00h às 17:00h (FONTE: SIAB).

As macroáreas de saúde são compostas por CSF da sede e distritos com uma média de 16 equipes de Saúde da Família cada uma. A divisão dos CSF nas macroáreas respeita características semelhantes entre si, como quantidade de equipes de saúde da família, geografia, condições socioeconômicas do território e da população, entre outras. O Alto da Brasília compõe a macroárea 5, com mais 4 bairros. Atualmente Sobral tem com IDH de 0,714 e é o segundo município mais desenvolvido do estado do Ceará, atrás apenas de Fortaleza.

De acordo com o SIAB (2014) em Sobral existem 5.174 Diabéticos cadastrados e 4.747 acompanhados; e 14.026 Hipertensos cadastrados e 12.473 acompanhados. O CSF do Alto da Brasília tem 128 diabéticos e 358 hipertensos acompanhados (SIAB, 2014).

Resultados e Discussão

Em função da complexidade de cada território, aliada à necessidade inerente de conhecimento da área de atuação da ESF, tornou-se necessário passar por um processo de territorialização, de forma a configurar-se como tecnologia fundamental para conhecimento, inserção, e posterior atuação dos residentes em parceria com as equipes locais de saúde da família.

A partir dessas considerações evidenciou-se a necessidade da equipe conhecer bem a história das pessoas que moram no seu território de abrangência, contando com olhar das agentes comunitárias de saúde (ACSs), levantando os aspectos que influenciam e definem os

tipos de ações que precisam ser desenvolvidas, e de que forma podem ser operacionalizadas.

A partir disso percebeu-se a necessidade de estabelecer estratégias efetivas de cuidado aos hipertensos e diabéticos da área do Centro de Saúde (CSF) do Alto da Brasília. Pensando na necessidade de cuidado multiprofissional a esses usuários, compreendemos a necessidade de uma atividade grupal, reforçada pelas falas de alguns ACSs, visto que anteriormente existia um grupo de hipertensos e diabéticos facilitado pelos residentes da turma X, porém, com a saída dos mesmos, o grupo se extinguiu, o que demonstrou a ausência colaboradores da equipe de saúde que desse continuidade com as atividades.

A atividade grupal compreende um conjunto de pessoas com problemas similares que se reúnem para a troca de experiências e conhecimentos e aquisição de novas habilidades de superação, na busca de melhores condições de saúde para seus membros, visando o resgate da autonomia (SOARES et al., 2009).

Na tentativa de rearticular o grupo elaboramos uma proposta de intervenção onde foi criado um cronograma de ações que tinham como intuito a reorganização do grupo. A ideia foi levada a gerente com as seguintes propostas: reuniões com a equipe de saúde da unidade para planejamento dos encontros de abordagem grupal com frequência quinzenal que ocorreriam a partir do levantamento de propostas levantadas pelos próprios usuários, sem delimitações de tempo para inserção do grupo.

Após conversa com a gerente, foram levantadas possibilidades de fracasso do grupo, devido insucesso com experiências anteriores, surgindo algumas sugestões, como a realização de um prévio questionário que buscasse saber o interesse dos usuários na participação do grupo, devendo este ser entregue pelas ACS; outra proposta era que os encontros acontecessem trimestralmente, no momento de renovação de receitas e entrega de medicamentos, e que fosse dividido de acordo com as áreas de abrangências das equipes básicas e da enfermeira residente.

Posteriormente, conversamos com o tutor do território, levando todos os pontos que foram abordados e discutidos com a gerente, assim como a proposta inicial. Nesse momento foram levantadas discussões sobre a linha de cuidado em doenças crônicas, diretrizes do cuidado com doenças crônicas e o acolhimento multiprofissional do hipertenso e diabético.

A tutoria fez alguns questionamentos relacionados ao grupo, levando em consideração a grande quantidade de hipertensos e diabéticos do território e se o grupo seria efetivo frente a essa demanda. A partir dessa reflexão, avaliamos se realmente a proposta grupal seria a melhor forma de intervenção mediante esse público, chegando a ponderações que nos levaram a mudanças quanto à nossa abordagem.

Na Linha do cuidado é expressa os fluxos assistenciais garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, desenhando o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, reconhecendo que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, afim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (FRANCO; FRANCO s/d).

Pensando numa abordagem mais ampliada, compreendemos a importância de conhecer esses hipertensos e diabéticos para compreender seu contexto de vida, através da realização de visitas domiciliares junto as ACSs. Inseridos nesse contexto, foi possível perceber as particularidades dos indivíduos, ressaltando ainda os diferentes contextos sócio-familiares, tendo a hipertensão e a diabetes como único ponto convergência entre as histórias de vida das mesmas.

Destacamos aqui a importância da equipe multiprofissional no cuidado ao público e ampliação do olhar sobre a hipertensão e diabetes como um dos pontos centrais do trabalho. Compreender a necessidade de outros profissionais nesse processo é um ganho para a equipe, ultrapassando os protocolos formais do Sistema de Saúde, que limitam o cuidado a determinados profissionais. Assim, o potencial do trabalho multiprofissional no exercício da integralidade do cuidado em saúde com a contribuição de outros olhares profissionais torna possível com que os profissionais envolvidos avancem diante da complexidade dos casos (REBOUÇAS JÚNIOR et al., 2014).

Buscamos também identificar pessoas com hipertensão e/ou diabetes durante acolhimento multiprofissional do CSF, atentando para conhecer o contexto familiar, sem focar na doença, e sim na realidade de vida dos usuários, tendo como intuito a criação de uma linha de cuidado mais efetiva e o incentivo ao autocuidado. Esse momento era oportuno para a pactuação de metas a serem alcançadas e marcação de retorno mensal para avaliação do alcance dessas metas, assim como para renovação de receita (SILVA et al., 2007).

Ressalta-se que o contexto familiar e social tem forte influência na forma como as pessoas lidam com a doença e o quanto o apoio dos familiares é importante para que as mesmas possam aderir de forma efetiva o tratamento, sendo que a falta desse auxílio e os diversos problemas em casa tendem a deixar o usuário com maior dificuldade em compreender a necessidade das medicações, assim, como algumas mudanças de hábitos, pois na maioria dos casos visitados era o contexto familiar a principal causa do adoecimento, fazendo da doença algo secundário frente à complexidade dos conflitos familiares.

Após essas vivências, surgiu a necessidade de criar estratégias de cuidado, através de educação em saúde nos dias de atendimento aos hipertensos e diabéticos, abordagens nos grupos existentes no CSF, compartilhamento de casos, interconsultas e aplicação de questionários semiestruturado para ser utilizado nas visitas para conhecer o contexto histórico dos usuários e identificar os interessados em participar de grupos.

No entanto, nossa intervenção ainda esta no início para possíveis adaptações sempre que houver necessidade, assim como se deu no início da atividade, onde se pensou em uma proposta de grupo, mas que após o contato com o público e a equipe de saúde, observou a

necessidade de mudança, havendo uma reorganização das intervenções.

Conclusão

A partir dessa experiência, foi perceptível a variedade de abordagens no cuidado ao hipertenso e diabético, sendo possível realizar um trabalho com linhas de cuidado considerando a realidade de cada usuário, perceber os diversos fatores que influenciam na adesão do tratamento, mostrando a grande necessidade de um olhar multiprofissional nesse processo, o qual se constitui em constante construção e reorganização, se necessário, não possuindo caráter fechado em uma só abordagem. Destacamos também, que esta construção mostra-se relevante para a atuação dentro da Estratégia de Saúde da Família, bem como para o processo de formação em que as profissionais Residentes estão inseridas.

Assim, foi notória a relevância da atuação do profissional de saúde no processo de construção de uma linha de cuidado, trabalhando com olhar amplo para identificar as fragilidades e potencialidades do usuário no intuito de sensibilizá-lo para prática do autocuidado e responsabilização.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.34 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde); Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_norteador_cronicas.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2014.

FORTIN M. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. **Quality of Life Research**. 2006; 15: 83–91. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/27641066?uid=3737664&uid=2&uid=4&sid=21104222107177>>. Acesso em: 23 ago. 2014

FRANCO CM, FRANCO TB. **Linhas do Cuidado Integral**: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. [página na Internet]. [acessado 28 ago 2014]. Disponível em:

<<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>

KLUTHCOVSKY A C, KLUTHCOVSKY F A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatria**. Rio Grande. Sul; 2009; 31(3,supl.0):0-0. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acessado em 22 de junho de 2014

MARTINS JUNIOR, T.; PARENTE, R.; SOUSA, F.; SOUSA M. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral - Ceará. In: **SANARE**, Revista de Políticas Públicas. Vol 07, n. 2, Sobral (CE): Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

SECRETARIA DE SAÚDE DE SOBRAL. [página na Internet] Disponível em:

<http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/saude/>. Acesso em: 24 jul. 2014.

SILVA A. R.V.; COSTA F. B. C.; ARAÚJO T. L.; GALVÃO M. T. G.; DAMASCENO M. M. C. Consulta de enfermagem a cliente com diabetes mellitus e hipertensão arterial – relato de experiência. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 101-106, set./dez.2007. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/678/pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB. [página na Internet] Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 23 de jul. 2014.

SOARES L. C.; SANTANA M. G.; THOFEHRN M. B.; DIAS D. G. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**. 8(1):118-123, Jan/Mar 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/7786-25844-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em 25 jul. 2014.

SOUZA MLP, GARNELLO L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2008; 24(supl.1): s91-s99. PMid:18660917. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300014>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Lidiane Medeiros Melo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. lidimm@hotmail.com

Marília Gabriela Vieira Macêdo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Cyntia Márcia da Silva Toledo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Luisa Macedo Cavalcante – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Emanuele Sarmento Vasconcelos Silva – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Maria Helena Rosa da Silva – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Palavras-chave: Promoção à saúde. Idosos. Qualidade de vida. Saúde da família.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo relatar experiências desenvolvidas por meio da promoção de saúde e prevenção de agravos em um grupo de idosos. Visando a melhoria da qualidade de vida por meio da integralidade da atenção, participação social e ampliação da autonomia. Trata-se de um relato de experiência descritivo de ações que vem sendo desenvolvidas em uma determinada comunidade em situação de vulnerabilidade social. Durante o andamento das ações, foi possível identificar o fortalecimento da participação social, a formação de vínculos entre os usuários e a equipe multiprofissional, assim como entre elas. Além disso, foi possível observar

modificações de hábitos de vida, autoestima, o sentimento de pertencer a um grupo e a ampliação da autonomia, bem como, relatos verbais referentes à melhoria da qualidade de vida e bem estar.

Introdução

Em suas pesquisas, Fachine e Trompiere, 2011 identificam que o ser humano como um todo, sempre se preocupou com o envelhecimento. Havendo diversas formas para seu enfrentamento. Nos quais alguns autores o caracterizaram como uma diminuição geral das capacidades de vida diária, enquanto outros o consideram como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no âmbito familiar. Em contrapartida, estudos apontam a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Todas estas atitudes são consideradas verdades, no entanto, nenhuma delas está caracterizada como verdade total. Desta forma, o envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos tem sido motivo de discussões pelos aspectos que ela envolve e interfere (Civinski, Montibeller e Braz, 2011).

Um fato importante para a valorização da saúde deste grupo foi a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), que possui dentre seus objetivos a promoção de qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, proporcionando a ampliação da autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos, Busca valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. A política também regulamenta a oferta de práticas corporais como caminhadas, práticas lúdicas, esportivas e de lazer voltadas tanto para comunidade como para grupos vulneráveis.

Partindo do ponto de vista gerontológico, Araújo, 2007 considera a promoção da saúde como sendo convergente com a promoção do envelhecimento ativo, que é caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo.

O presente estudo teve como objetivo relatar experiências desenvolvidas por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos em um grupo de idosos. Visando a melhoria da qualidade de vida por meio da integralidade da atenção, a participação social e ampliação da autonomia.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo de ações que vem sendo desenvolvidas em um grupo de idosos inseridos em uma determinada comunidade em situação de vulnerabilidade social. Tais ações são desenvolvidas e idealizadas por uma equipe multiprofissional composta por 8 profissionais de 5 categorias diferentes (Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional) que atuam de forma interdisciplinar.

Para início dos trabalhos, foi realizado processo de territorialização, no qual houve articulação com o presidente da colônia dos pescadores, que fica localizada em uma rua principal da comunidade. Foram disponibilizados alguns espaços da colônia para o desenvolvimento das ações propostas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

As atividades são programadas para acontecer duas vezes por semana, com duração média de duas horas. São trabalhadas diversas temáticas relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de agravos por meio da confecção de recursos educativos, construção de rodas de conversa e dinâmicas de grupo. Também são desenvolvidos dias de lazer e práticas corporais envolvendo o trabalho e o estímulo de habilidades cognitivas por meio da utilização de materiais recicláveis e de baixo custo, além da música. O grupo é iniciado com uma atividade de caminhada, com percurso médio de 30 minutos pelas ruas da comunidade. Participam do grupo em média 15 mulheres com idades que variam entre 50 a 80 anos.

Resultados e Discussão

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos desenvolvidos com foco na atenção à saúde dos idosos partiram da perspectiva do envelhecimento ativo, que segundo a Organização Pan-Americana da Saúde se constitui em um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, visto que, na terceira idade as atividades sociais constituem aberturas para o estabelecimento de novos meios de comunicação entre as pessoas, além disso, a inserção de idosos em trabalhos de grupo tem se mostrado importante na construção/manutenção do círculo de amizade e inserção no meio social (Geis et al, apud Victor 2007).

Tendo em vista que durante o processo de territorialização foi constatado, por meio da coleta de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 2011, em secretarias e órgãos públicos do município e através da aplicação de questionário na comunidade e na equipe de saúde, o elevado índice de sedentarismo entre os idosos, a alta prevalência de doenças e agravos não transmissíveis, a

carência de ações preventivas e de promoção de saúde, a ausência de espaços de convivência, a alta prevalência de aposentados e pouco vínculo entre os moradores da comunidade.

A partir das constatações houve o planejamento de atividades para o grupo entre a equipe de residentes, os profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família e líderes comunitários. Por meio de reuniões e construção de espaços para a discussão das necessidades da comunidade foi possível à criação de estratégias que buscam garantir a promoção da saúde efetiva. Para o início das atividades e captação do público alvo, houve busca ativa durante duas semanas, esta foi orientada pelos agentes comunitários de saúde e acontecia através da distribuição de panfletos e convite verbal em cada domicílio.

Durante o andamento das ações foi possível identificar o fortalecimento da participação social, a formação de vínculos entre as usuárias e a equipe multiprofissional, assim como entre elas. Além disso, por meio de relatos das próprias usuárias foi possível observar modificações de hábitos de vida, autoestima, o sentimento de pertencer a um grupo e a ampliação da autonomia, bem como relatos verbais referentes à melhoria na qualidade de vida e bem estar. Trazendo um retorno positivo quanto à eficácia das ações desenvolvidas. Tais resultados foram corroborados no estudo de Victor et al, 2007, onde houve relatos de idosos afirmando a importância do grupo em suas vidas e as melhorias físicas, mentais e sociais que o mesmo proporcionou.

Conclusão

As ações desenvolvidas no grupo de idosos têm proporcionado diversos benefícios aos usuários, dentre eles, fisiológicos, psíquicos e socioculturais. Por meio dessas ações é possível observar uma prática em consolidação com a Atenção Básica. Desta forma, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida dos idosos assistidos, com base na clínica ampliada e por meio da articulação e atuação interdisciplinar. De modo que, torna-se possível o desenvolvimento efetivo da promoção da saúde e prevenção de agravos.

Referências

ARAÚJO, A. L. **Relato de Experiência de um programa de atenção à saúde da pessoa idosa no município de Fortaleza**. Fortaleza, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação a Atenção Básica – SIAB**. 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>.

BRASÍLIA. Organização pan-americana de saúde. Envelhecimento ativo: Uma política de saúde. **World Health Organization**;2005.

CIVINSK, C. MONTIBELLER, A. BRAZ, A. L. O. A importância do envelhecimento. **Revista da Unifebe (Online)** 2011; 9(jan/jun):163-175.

FECHINE, B. R. A. TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**. Ed 20, vol. 1, art , 2012.

GEIS, P. P. RUBI, M. C. Movimientocreativo com personas mayores: recursos prácticos para montar tussesiones. **Lisboa: Paidotribo**, 2011.

Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde,

Revista da Unifebe(Online) 2011; 9(jan/jun):163-17. Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

VICTORL, J. F. VASCONCELOS, F. F. ARAÚJO, A. R. XIMENES, L. B. ARAÚJO, T. L. Grupo feliz idade: cuidao de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Ver. Esc. Enferm. USP** 2007; 41(4):724-30. 724.

Agradecimentos

É de suma importância agradecer a credibilidade e a confiança depositadas em nós residentes pelas senhoras participantes do nosso grupo “Bem Estar”. Pois sem elas nenhuma de nossas ações teriam sido válidas. Agradecemos ao presidente da colônia dos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

pescadores pela articulação eficaz. A nossa equipe multiprofissional de residentes que vem caminhado na perspectiva da educação permanente e luta por práticas consolidadas na atenção básica, aos agentes comunitários de saúde, pela mobilização dos usuários e disponibilidade. Aos nossos familiares, professores e preceptores, pela orientação e incentivo no decorrer desta trilha a ser seguida.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INCLUSÃO DA TEMÁTICA CIDADANIA NAS AÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE MACEIÓ-AL.

Juliana Ferreira Lopes – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas(UNCISAL)- To.julianalopes@gmail.com

Luisa Macedo Cavalcante- UNCISAL.

Maria Rafaela Moraes - UNCISAL

Marília Gabriela Vieira Macêdo- UNCISAL

Claudinete Melo dos Santos– UNCISAL

Maria Helena Rosa da Silva - UNCISAL

Palavras-chave: Assistência a Saúde. Sistema Único de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

A busca pela participação popular passou por um longo processo histórico, de forma que atualmente para o seu pleno alcance deve-se e pode abarcar a promoção e a eficácia social dos direitos fundamentais da pessoa humana, tendo em vista os pilares democráticos do Estado de Direito sobre os quais a sociedade e seus sujeitos se alicerçam para que possam viver dignamente. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo, por residentes multiprofissionais atuantes em uma comunidade de grande vulnerabilidade e desigualdade social onde se percebeu a necessidade da discussão da temática cidadania nos grupos desenvolvidos pelas profissionais. Utilizou-se de diferentes metodologias para a aplicação da discussão nos grupos de homens e adolescentes e na sala de espera da Unidade de Saúde da Família. Observou-se que, mesmo sendo uma temática que por muitos é de pleno esclarecimento, nos grupos trabalhados constatou-se que os participantes não a compreendiam ou esqueceram-na; sendo o tema remetido apenas ao processo de voto. As abordagens utilizadas facilitaram a discussão horizontalizada e interativa por parte dos participantes contribuindo para o fomento da reflexão de se reconhecer e fazer valer os seus direitos e deveres como cidadão.

Introdução

As residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde existem desde 1975 e foram regulamentadas em 2005, com a [Lei nº 11.129](#). A residência trata-se de uma cooperação entre os [Ministérios da Saúde](#) e da [Educação](#) concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS e, particularmente, em áreas prioritárias ([Resolução CNS nº 287/1998](#)).

Tendo em vista o espaço da residência em colaboração aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe aos residentes da Saúde da Família uma atuação em apoio às atividades da Estratégia em Saúde da Família (ESF) por meio do empoderamento, práticas e ações socializantes dentro da comunidade através da conscientização de sua cidadania, seus direitos e deveres que pouco são discutidos e lembrados num contexto de vulnerabilidade social o qual estão inseridos.

Ressalta-se que a formação universitária dos profissionais de saúde venha a ser voltada para a atuação integrada, visto que é preciso o desenvolvimento de competências específicas para uma adequada performance profissional, além da sua capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular as práticas profissionais na comunidade considerando a diversidade dos indivíduos e coletividades. Com isso, busca-se dar ênfase aos preceitos éticos, técnicos, políticos e ambientais que revelem o respeito à diversidade e ao enfoque da Saúde Coletiva (Guimarães e Silva, 2010).

É importante lembrar a que a origem da cidadania se atribui à época da Grécia antiga, cuja polis era composta de homens livres com participação política numa emergente democracia, na qual cidadão era o indivíduo morador da cidade e participante ativo dos tratados e de decisões políticas da polis. No entanto, só após a 2ª guerra mundial, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, instituída pelas Nações Unidas (ONU) em 1948, é que todos os indivíduos foram considerados livres e iguais em dignidade e direitos à parte de qualquer tipo de exclusão social ou cultural (ARREAZA, 2014).

No Brasil, a Reforma Sanitária, veio justamente na esteira de movimentos sociais da década de setenta que articulou, entre outras dimensões, a ideia de igualdade de direitos em termos de acesso a bens materiais e sociais mediante a constituição da saúde como suporte social. Nesse sentido, o trabalho na saúde passou a constituir-se como uma instância de utilidade social no que tangia às transformações biopolíticas voltadas para a cidadania, e não apenas controle epidêmico e endêmico (BERNARDES, PELLICCIOLI, GUARESCHI, 2010).

Desse modo, o trabalho na saúde passou a se inscrever como uma dimensão das políticas da vida voltadas para a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Presidência da República Federativa do Brasil, 2005).

Nessa esteira histórica e política, o conceito de cidadania apresenta-se hoje muito mais abrangente do que a simples tradução do direito de votar e ser votado, atualizando-se na efetiva participação dos sujeitos nos rumos da vida em sociedade e reconhecendo, inclusive, autonomias e diferenças culturais do seu povo para emancipar-se. Portanto, a cidadania plena deve e pode abarcar a promoção e a eficácia social dos direitos fundamentais da pessoa humana, tendo em vista os pilares democráticos do Estado de Direito sobre os quais a sociedade e seus sujeitos se alicerçam para que possam viver dignamente ([HENRIQUES, 2011](#)).

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania (CAMPOS et al, 2004).

Atualmente dentro de um paradigma pós moderno que tem como imperativos éticos a participação e a solidariedade, articulados à ciência e ao mundo da vida, o qual leva em conta entre outros itens o compromisso com a participação social de todos, compreendendo o empoderamento e a construção dos sujeitos-cidadãos. Veras e Caldas (2004) afirmam a necessidade da garantia da cidadania para todos, inclusive para aqueles que a tiveram e perderam, pois é a partir da inclusão social que se pode contar com pessoas solidárias, cordiais e conectadas com tudo e todos.

Conforme esta perspectiva, este trabalho tem como objetivo resgatar os atores sociais envolvidos em uma comunidade quanto ao seu papel cidadão com direitos e deveres presentes no seu cotidiano ao lembrar, esclarecer e discutir sobre a temática.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência, descritivo, desenvolvido por uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do município de Maceió, no período compreendido entre Julho e Agosto de 2014.

O público alvo selecionado neste estudo foram grupos pertencentes à atuação da residência na comunidade com o grupo de Homens e Adolescentes além da Sala de Espera. Para cada grupo selecionado houve uma abordagem distinta devido as suas peculiaridades como faixa etária, tempo de duração e gênero.

Os grupos acima citados ocorrem uma vez por semana e são acompanhados pelas residentes de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional.

A metodologia utilizada no Grupo de Homens e na Sala de Espera foi à discussão de forma interativa e horizontalizada por meio de perguntas norteadoras sobre cidadania que foram conduzidas pelas residentes dentro de uma abordagem interdisciplinar. O recurso deste dialogo ocorreu pela distribuição de cartelas que continham as opções nos versos Verdadeiro ou Falso onde os participantes opinariam sobre o questionamento informado e discutindo entre o grupo questões sobre cidadania, direitos e deveres.

A dinâmica aplicada no Grupo de Homens teve duração de aproximadamente 1 hora com media de 15 participantes ocorrendo ao ar livre na comunidade, pois este é o lugar onde os mesmos se reúnem como um espaço de convivência . O grupo caracteriza por uma faixa etária entre 25 a 55 anos, com pessoas semi escolarizadas, porém pró-ativas na sua comunidade.

A Sala de Espera, diferencia-se por conter um público diversificado, entre jovens e idosos. Ela possui um curto tempo de duração (30 minutos) devido às consultas médicas programadas para o dia.

Já no grupo de adolescentes foi utilizada uma metodologia mais lúdica através de uma adaptação do jogo Imagem e Ação com cartelas ilustrativas contendo desenhos e frases curtas simbolizando os direitos e deveres do cidadão. A dinâmica aconteceu dispondo os 18 adolescentes em circulo e dialogando inicialmente sobre o tema para que pudessemos perceber o nível de entendimento e consciência sobre a temática e assim esclarece-la. Em seguida, foi explicado o jogo e discutido concomitantemente os assuntos. A execução do jogo teve duração de 1 hora e seguiu por livre e espontânea vontade dos jogadores para sorteá-las e desenvolverem uma mímica relacionada com a sua cartela.

A linguagem utilizada para a elaboração dos recursos foi clara e objetiva permitindo a horizontalização da fala.

Resultados e Discussão

A comunidade a qual a RMSF esta inserida caracteriza-se pelos seus aspectos de vulnerabilidade social local com presença de dependentes químicos, violência, desemprego, poluição e inadequada qualidade na assistência voltada para a promoção da saúde. Com isso, discutir temáticas direcionadas para a cidadania envolve o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania para público presente.

Pode-se observar como resultado nos grupos uma unanime nas diversidades dos conceitos e ponto de vista, pois como explica o autor Dagnino (1994) ao afirmar a cidadania como estratégia significa dizer que não há uma essência única imanente ao conceito de cidadania, que o seu conteúdo e seu significado não são universais, não estão definidos e delimitados previamente, mas respondem à dinâmica dos conflitos reais, tais como vividos pela sociedade num determinado momento histórico. Esse conteúdo e significado, portanto, serão sempre definidos pela luta política.

No grupo de Homens e na Sala de espera se constatou uma maior criticidade com relação aos itens abordados quando relacionados aos seus direitos e deveres como cidadão em comparação com a realidade local da comunidade tendo em vista as dificuldades ao acesso do transporte público, acessibilidade de ruas e avenidas, solidariedade, escolaridade, saúde e desigualdade social existente. Gerou-se, portanto um momento de fala e escuta respeitosa entre os participantes que se sentiram envolvidos e sensibilizados discutindo e fazendo um paralelo com o proposto em lei e o seu cotidiano.

Dagnino (1994) expõe que a cidadania deve, de fato, conhecer e promover os direitos fundamentais, envolvendo a proteção da autonomia dos sujeitos, a atenção de suas necessidades básicas, e a preservação da sociedade a qual pertencem; enfim, a cidadania plena é aquela que almeja a transformação da realidade e faz do cidadão um ativo protagonista que reconhece e reclama os seus direitos e deveres fundamentais, bem como o seu direito de viver dignamente seja no âmbito de sua subjetividade seja no contexto de sua vida em sociedade.

A adolescência marca um novo período da vida que necessita de maior atenção quando exposta a uma maior vulnerabilidade social. [Barruffini \(2008\)](#) afirma que os direitos como uma concretude das garantias coletivas e subjetivas, são prestações proporcionados pelo

Estado através de normas constitucionais que objetivam possibilitar melhores condições de vida, como minimizar situações desiguais de vida priorizando os mais frágeis. Pode-se dizer, então, segundo Arreaza(2014) que são pressupostos intersubjetivos dos direitos emancipatórios do bom-viver a criação de condições mais dignas de vida aos sujeitos sociais que lutam por reconhecimento e poder no exercício de suas autonomias e liberdades positivas.

Dialogar com o público adolescente sobre cidadania trouxe bons resultados tendo em vista a interação e informação transmitida pelo jogo. Porém, visualizou-se que alguns integrantes não sabiam ler ou tinham alguma dificuldade na leitura, desse modo as residentes colaboraram sem constranger ou interromper a atividade.

A partir do jogo de imagem e ação adaptado ao no grupo de adolescentes observou-se pouca informação dos participantes em relação aos seus direitos e deveres sendo perceptível ser um tema pouco discutido no seu contexto diário na comunidade. O jogo permitiu informar e discutir o conteúdo de forma lúdica, interativa, e participativa junto aos jogadores que mantiveram-se atentos e extrovertidos durante a execução da atividade adquirindo e esclarecendo seus conhecimentos .

Conclusão

Com a finalização das atividades analisamos que mesmo a temática cidadania esteja ao nosso redor: ao dialogarmos e expressarmos nossas opiniões, quando votamos, tendo acesso a patrimônios públicos, entre outros; foi constatado que a comunidade se refere e relembra como o Ser cidadão aquele que vota, esquecendo muitas vezes das conquistas advindas do processo da cidadania e o que eles enquanto cidadãos podem estar tendo acesso devido a estas conquistas. Dessa forma temática cai no esquecimento das pessoas sendo pouco dialogadas entre aqueles que estão por vim a fazer parte de um processo de decisão eleitoral e que podem atuar em prol de sua sociedade.

As diversas abordagens de atuação da residência multiprofissional na comunidade discutindo o tema cidadania vêm para que todos devam se sentir responsáveis pelo destino de sua cidade e comunidade, atuando em prol da mesma como um dever ético e moral que impõe responsabilidades mútuas de respeito à vida, à natureza, à cultura dos povos, de se sentir parte de um todo com suas diversidades e paradoxos, e construir juntos a vida comunitária face às circunstâncias geradas pelas desigualdades sociais, na perspectiva de alcançar o estabelecimento de uma cultura de paz social, do bem comum e da saúde coletiva.

Conclui-se que a cidadania plena é possível se houver a prática reivindicatória dos direitos, que deve ser precedida pelo seu reconhecimento e apropriação por parte de todos os sujeitos envolvidos como uma garantia de direitos e deveres a exercer, passando pelo dever de reconhecer e fazer valer tais direitos, pois, em vez de meros receptores os mesmos devem ser sujeitos de transformação social e daquilo que podem construir e conquistar.

Referências

ARREAZA, A.L. V. Reconhecimento ético-moral dos direitos emancipatórios para os cidadãos sociais da saúde coletiva. **Revista Saúde**. Vol. 38, N.101, pp. 347-358, 2014.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M. F. “Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Revista Psicologia & Sociedade**, Vol.22, Nº1, Pag. 5-13. Ano 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a02.pdf>

CAMPOS,G.W.et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**,Vol.9, N.3, Pag:745-749,2004.

DAGNINO,E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania.(Do livro: Anos 90 - Política e sociedade no Brasil, org. Evelina Dagnino. Ed. Brasiliense,1994, pág. 103-115.

HENRIQUES, I. O vazio da cidadania de consumo. In: BARROS-FILHO, C. (Org.). *Direito e Cidadania*. São Paulo: Duetto Editorial, 2011. p. 42-49.

GUIMARAES, D.A.; SILVA, E.S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania.

Revista **Ciênc. saúde coletiva**, 2010; Vol.15, n.5, pp. 2551-2562.

VERAS, R. P; CALDAS, P. C.C. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade .**Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Vol.9, N. 2. Pag. 423-432, 2004.

Presidência da República Federativa do Brasil. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. (2005). Acesso em 18 de agosto, 2014, em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Presidência da República Federativa do Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005. Acesso em 18 de agosto, 2014, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

Agradecimentos

A equipe de Residência Multiprofissional de Saúde da Família agradece à comunidade, aos grupos envolvidos e aos seus participantes que nos recebem sempre muito bem trocando experiências e aprendizados para o nosso dia a dia.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERVENÇÃO SOBRE DROGAS COM CRIANÇAS EM UMA ESCOLA PÚBLICA

Florice de Matos Themótheo – UNIFOR; floricematos@gmail.com

Luis Lopes Sombra Neto – UNIFOR

Karla Loureto de Oliveira – UNIFOR

Leilah de Alencar Medeiros Neta– UNIFOR

Joice Barreira de Oliveira– UNIFOR

Danilo Pinheiro – UNIFOR

Palavras-chave: *Intervenção. Escola. Crianças. Drogas. Saúde.*

Resumo

Introdução: A temática das drogas é um grave problema de saúde pública, devido as suas consequências proporcionadas ao usuário, aos seus familiares e, até mesmo, à sociedade. Nos últimos anos, constatou-se a utilização de substâncias ilícitas em faixas etárias cada vez menores demonstrando a importância do debate sobre o assunto com as crianças e os adolescentes. Dessa forma, é necessária a busca constante da integração entre a prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes com a educação pública de qualidade. O objetivo desse artigo foi desenvolver a promoção de saúde no ambiente escolar, abordando a temática das drogas.

Metodologia: Este artigo trata-se de um estudo transversal e de abordagem qualitativa desenvolvido, entre outubro e novembro de 2012, por estudantes do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Realizaram-se atividades com um grupo de crianças de dez a doze anos, pertencentes ao segundo ano fundamental da Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, de ambos os sexos e de baixa renda. Procederam-se diferentes dinâmicas durante três semanas, com o propósito de disseminar, por meio das atividades desenvolvidas, conhecimentos básicos sobre drogas. As atividades foram feitas com base na observação participante com a coleta de depoimentos em forma de falas e de recursos visuais (desenhos, fotografias, pinturas).

Resultados e Discussões: A avaliação ao final das atividades foi satisfatória. Pode-se confirmar a eficácia das atividades propostas, justificada pela adesão das crianças e pelo retorno intelectual, o qual foi sendo comprovado à medida que as crianças eram indagadas sobre o conhecimento adquirido com as atividades realizadas ao longo de três semanas.

Conclusão: Diante dos resultados alcançados, foi observado que os objetivos do projeto de intervenção foram alcançados, pois foi observado que houve uma grande participação das crianças nas atividades realizadas e que elas conseguiram perceber os malefícios que as drogas causam na comunidade.

Introdução

Por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro, o Programa Saúde na Escola foi instituído com um dos objetivos de articular a saúde pública com a educação Básica e, dessa forma, contribuir com a prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 2010).

Baseando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000), a Atenção Básica de Saúde é desenvolvida, no Brasil, com alto grau de descentralização e próximo da vida das pessoas. Essa política conta com ações intersetoriais e de promoção de saúde. A promoção de saúde consiste em ações que visam proporcionar ao indivíduo uma autonomia no que concerne ao entendimento de que os malefícios e benefícios de diferentes fatores, tanto ambientais como sociais ou econômicos podem ter sobre o mesmo indivíduo. Dentro desse contexto, ensinar a população a prevenir doenças e agravos é a melhor maneira de se tentar melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa

Sabe-se que o processo de educação tem sido cada vez mais árduo e difícil para profissionais e pais, uma vez que os jovens estão mais questionadores e observadores e, muitas vezes, envoltos em uma rede em que o exemplo que eles têm vale mais que qualquer ensinamento que alguém queira passar apenas com palavras (VORRABER 2005). Além disso, a formação do conhecimento, principalmente em crianças, está vinculada à afetividade criada em relação ao educador, ao conteúdo abordado e ao dinamismo da atividade (CECCON et al 2002). Por isso, destaca-se a importância da afetividade e de se reforçar no cotidiano das crianças os malefícios que essas substâncias podem causar na vida das pessoas, para que elas tenham isso sempre em mente e não considerem o uso ou a venda dessas substâncias como sendo algo normal.

No Brasil, o uso de drogas, infelizmente, tem sido bastante frequente, principalmente nas comunidades menos favorecidas economicamente, onde os jovens experimentam drogas cada vez mais cedo (SCHENKER 2005). Nesse sentido, esse projeto de intervenção, baseado em políticas de promoção de saúde, vem relatar um pouco da experiência vivida por acadêmicos de Medicina a respeito da abordagem diferenciada acerca do uso e das consequências das drogas com crianças, focando na promoção de saúde.

Metodologia

Este trabalho consiste em um relato de experiência a partir de um projeto de intervenção, o qual tem como objetivo desenvolver a promoção da saúde na instrução de crianças sobre as causas e consequências do uso das drogas.

Os resultados apresentados foram obtidos de maneira transversal e qualitativa por um grupo de acadêmicos de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os acadêmicos realizaram três visitas, durante três semanas consecutivas à Escola Yolanda Queiroz, nos meses de outubro de novembro de 2012.

As crianças participantes do projeto, em geral, são classificadas como pertencente à população de baixa renda, cursavam o segundo ano fundamental e totalizavam cerca de dez a doze alunos. Havia crianças do sexo feminino e masculino e estavam inseridas na faixa etária de oito a dez anos.

Todos os conhecimentos foram transmitidos com brincadeiras, jogos e dinâmicas apropriadas ao entendimento e à idade dessas crianças e baseados nos princípios fundamentais preconizados por PAULO FREIRE, em especial, no saber ouvir, no aprender/estar com o outro e no assumir a ingenuidade dos educandos.

Na primeira semana, houve uma seleção de 15 fotos, por parte dos acadêmicos de Medicina, que representavam: dez momentos de alegria e cinco momentos de tristeza. Na primeira parte da oficina, cada participante se apresentava e escolhia uma foto e em seguida explicava o porquê da sua escolha. Na segunda parte da oficina, foram entregues papéis e lápis de cor às crianças para que desenhassem o que lembravam quando escutavam a palavra “droga”.

Na segunda semana, foram levadas 14 fotos e 14 frases relacionadas à temática das drogas. Pediu-se que as crianças, uma por uma, apontassem uma foto e associassem com alguma das frases. Em outro momento, solicitou-se que as crianças escrevessem algumas perguntas sobre drogas, para uso em uma posterior atividade na terceira semana.

Para concluir, na terceira semana, realizou-se a brincadeira do “repolho”: foram elaboradas 10 perguntas baseado nas dúvidas escritas pelas crianças na semana anterior. Cada pergunta foi escrita em uma folha de papel, a primeira folha foi amassada e feita uma bolinha. Depois, a outra folha foi amassada, cobrindo a primeira bolinha, até formar uma estrutura realmente parecida com um repolho. Com este material, foi pedido às crianças que fizessem uma rodinha e, tocando uma música, elas passavam o “repolho”. Quando a música parava, a criança que estivesse segurando o repolho tirava a primeira pergunta (que é a casca do repolho) e a respondia. Na segunda parte da oficina, em uma tentativa de retorno do aprendizado por parte das crianças, fez-se a brincadeira da “dança da cadeira”. Quando a criança ficava sem cadeira, os acadêmicos perguntavam o que cada um tinha aprendido durante aquelas três semanas.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Um projeto de intervenção possui uma importância imensurável para qualquer profissional em formação, pois é uma prática em que os alunos observam atividades simples que podem mudar a realidade de muitos indivíduos. Além disso, os futuros médicos buscaram desenvolver habilidades e métodos para despertar o interesse do público alvo, os quais poderão ser utilizados em outras atividades na prática médica.

1º dia: As crianças foram divididas em quatro grupos de aproximadamente 10 a 12 componentes. Em cada grupo ficaram cinco interventores para executar a atividade. Inicialmente, as crianças foram estimuladas a falar o nome, idade, o que gostavam de fazer e o que queriam ser quando crescer. Como resultado, citamos como exemplo o “grupo verde”:

- 1) MF, 8 anos, gosta de assistir TV e quer ser dentista.
- 2) E, 8 anos, gosta de estudar e quer ser bombeiro.
- 3) B, 8 anos, gosta de assistir TV e quer ser bombeiro.
- 4) M, 8 anos, gosta de brincar de boneca e quer ser médica.
- 5) PH, 10 anos, gosta de jogar bola e quer ser policial.
- 6) C, 8 anos, gosta de brincar de videogame e quer vender lanche com o pai.
- 7) K, 10 anos, gosta de comer melancia e quer vender lanche com o pai.
- 8) BR, 9 anos, gosta de jogar futebol e quer ser guarda de mansão.
- 9) M, 10 anos, gosta de brincar com animais e quer ser veterinária.
- 10) G, 8 anos, gosta de brincar com carrinhos e quer ser piloto.

É importante destacar que algumas crianças citaram profissões que chamam a atenção, pois disseram que queriam seguir o exemplo do pai e ser vendedor de lanche. Assim, pode-se perceber a influência dos exemplos que essas crianças vêem no futuro delas.

Em alguns momentos, a dinâmica da atividade, tornou-se complicada, pois algumas crianças ficaram falando assuntos que fugiam do objetivo da dinâmica na hora que outra ia se apresentar. Entretanto, todos colaboraram e participaram positivamente nesse primeiro contato.

Depois, foi proposto para as crianças que escolhessem uma das 15 fotos expostas na mesa (10 demonstrando situações felizes, como brincadeiras e famílias unidas, e 5 demonstrando situações ruins, como drogas e brigas).

Essa dinâmica foi muito pertinente, pois apesar de praticamente todas as crianças terem escolhido apenas fotos de situações boas, quando foi perguntado para eles o porquê de ninguém ter escolhido as demais fotos, elas começaram a falar espontaneamente sobre situações de brigas familiares, parentes usuários de drogas, conhecidos que foram presos por diversos motivos e porque é errado usar as drogas.

Um dos momentos mais marcantes foi quando uma das crianças falou particularmente para uma das alunas da medicina que possui um irmão que era traficante e outro que estava ameaçado de morte por estar com dívidas por causa das drogas. O relato dessa criança demonstra a importância da temática abordada na escola, pois as crianças possuem contato direto com usuários de drogas e, portanto, elas necessitam de uma excelente orientação para evitar o uso dessas substâncias.

No final do primeiro dia de atividade, as crianças tiveram que realizar um desenho retratando o tema drogas. Mais uma vez, houve uma surpresa com a maturidade das crianças em relação a esse tema, pois, apesar da pouca idade, a maioria delas conhecia pessoalmente alguém usuário e até sabiam diferenciar os tipos de drogas existentes.

Além disso, praticamente todas as crianças são bem conscientes sobre as consequências do uso desse tipo de substância e foram temas recorrentes nos desenhos, como brigas, furtos, suicídios, prisão, dentre outros.

2º dia: A segunda parte da intervenção tornou-se mais simples, pois grande parte dos alunos já eram conhecidos, apesar da presença de 5 alunos que não estavam presentes no primeiro dia e três alunos da semana passada haviam faltado. Dessa forma, ficamos com um grupo de 12 crianças na faixa etária de 8 a 10 anos, sendo 6 meninos e 6 meninas.

Como interação inicial, perguntamos para os alunos se eles se lembravam das atividades da semana anteriormente. Felizmente, os educandos descreveram detalhadamente as atividades, mostrando que foi alcançado o objetivo de informá-los sobre os efeitos nocivos do uso das drogas.

Para o segundo dia de intervenção, realizaram-se atividades dinâmicas e que todas as crianças pudessem participar ativamente,

contribuindo para um processo, inclusive, de auto-educação.

Como primeira atividade, foram expostas 14 fotos com imagens relativas à temática abordada. Depois, os autores leram uma determinada frase e cada aluno deveria associar a foto com a frase lida. Foi interessante observar que praticamente todos os alunos fizeram a associação correta.

Apenas um aluno não realizou a atividade de maneira satisfatória, pois escolheu a foto antes de escutar a frase e não aceitou trocar, mesmo após a orientação dos interventores. Além disso, a participação desse aluno nas demais atividades ocorreu de forma bastante difícil, porque os outros alunos excluía-o das atividades em grupo, o próprio aluno demonstrava desinteresse e, muitas vezes, ele desconcentrava os demais alunos. A professora relatou que possivelmente esse aluno possui déficit de atenção, sendo necessário um acompanhamento com um psicopedagogo.

Depois a sala foi dividida em dois grupos com 6 alunos cada. Primeiro, propomos dividi-los ao meio, baseando na ordem em que estavam sentados, mas eles não gostaram muito da idéia, demonstrando haver algumas dificuldades de convivências entre eles. Ao propor a separação entre meninos e meninas, a aceitação foi geral.

Então, foram feitas algumas perguntas para cada grupo relacionadas às drogas. A maioria das perguntas foram facilmente respondidas pelos grupos. Como resultado, ocorreu empate entre meninos e meninas.

Para finalizar, os alunos escreveram alguma dúvida relacionada à temática da intervenção. Apesar de que alguns sentiram certa dificuldade para escrever, todos entregaram as perguntas.

O mais interessante da intervenção nesse segundo dia foi que mesmo tendo como proposta básica a orientação sobre as drogas, foram detectadas várias outras problemáticas existentes na sala e que podem ser até utilizadas como intervenções futuras, como “bullying”, déficit de atenção, dificuldades de convivência, dentre outras.

3º dia: Durante o planejamento para essa semana, os autores sentiram a necessidade de entender melhor os desenhos feitos no primeiro dia de intervenção, pois baseado nas ilustrações seria possível conhecer um pouco mais sobre a personalidade das crianças e o conhecimento delas sobre as drogas.

Dessa forma, os interventores trouxeram os desenhos e os mostraram, para que as crianças identificassem o seu e explicassem a sua ilustração. Algumas crianças não reconheceram imediatamente o seu próprio desenho, mas quando foi pedido para que elas descrevessem a ilustração, todos souberam explicar bem.

Foi interessante perceber que muitas crianças reconheceram os desenhos dos outros ao se lembrar de alguma característica da personalidade do coleguinha. Por exemplo, quando foi exposto o desenho de uma das crianças, muitos souberam quem havia feito, pois ele é um garoto que gosta muito de carrinhos e no seu desenho ele retratou uma situação de um acidente de carro ocasionado pelo uso de álcool pelo motorista.

Em seguida, realizou-se a dinâmica do “repolho” que relacionava brincadeira e aprendizado. As crianças se esforçaram para responder as perguntas, até queriam responder no lugar dos coleguinhos, demonstrando grande interesse pela dinâmica.

Com encerramento das atividades de intervenção, os autores queriam saber a opinião das crianças sobre as ações realizadas nas três semanas. Então, para estimular a participação de todos, foi feita a tradicional brincadeira das “cadeiras”. As crianças que fossem saindo tinham que dizer o que acharam das atividades e alguma coisa que aprenderam durante a intervenção.

As crianças disseram no “feedback” que gostaram muito das atividades, pois puderam brincar, aprender sobre drogas, interagir com os colegas, rir, desenhar, conhecer os estudantes da UNIFOR e ganhar bombons.

Ao perguntar aos alunos sobre algo que aprenderam, obtiveram-se como principais respostas (palavras dos alunos): “Não fumar, não usar drogas, não usar pedra”; “A droga deixa a pessoa magra, o pulmão fica sujo e pode morrer”; “A droga faz mal, pode causar doença e não é para usar”; “A droga pode deixar a pessoa doida, por isso é ruim”; “A droga é ruim para quem fuma, porque ela vende as coisas de casa”; “A pessoa corre risco de vida e fica doente”.

Conclusão

As atividades realizadas nas escolas garantiram uma interação constante entre o saber dos alunos de medicina e o saber das crianças, ressaltando-se que eram saberes expressos de maneira diferente, mas que traduziam a mesma informação ou algo semelhante, pois o conhecimento dos alunos de medicina era algo mais científico e analítico, que foi adaptado para ser repassado às crianças de uma maneira mais espontânea, e o conhecimento das crianças era o que elas aprendiam na escola, mas mais importante, as situações vivenciadas por muitas delas, o que fazia com que cada criança fosse diferente e tivesse entendimentos variados sobre as drogas e suas consequências, umas conheciam mais e outras menos.

Durante todo o período de intervenção não houve problemas significativos que prejudicassem a realização das atividades programadas para tal dia e, de um modo geral, pelos “feedbacks” realizados com as crianças no último dia, a maioria das crianças

afirmaram ter gostado muito das atividades, das conversas e terem realmente absorvido a mensagem principal que esperávamos: O uso crônico e abusivo das drogas pode causar doenças e, conseqüentemente, a morte

Não podemos afirmar que nenhuma dessas crianças no futuro não usará drogas ou até se tornar viciada, mas, com essa intervenção, esperamos que a maioria dessas crianças lembre-se das conversas que tivemos, demonstrando a importância de atividades como estas e também ressaltando a necessidade de mais atividades sobre o tema ao longo da vida acadêmica dessas crianças, para que essa mensagem torne-se sempre consolidada em suas mentes e elas evitem o uso e a venda dessas substâncias.

Referências

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Cadernos pedagógicos mais educação: promoção da saúde**. Brasília 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília 2000.

LARANJEIRA R. **Legalização das drogas: entre a Saúde Pública e a Justiça Criminal**. Ciência e Saúde Coletiva, 2010, vol.15, pp. 621-631.

CECCON C, DARCY MO e DARCY RO. **A vida na escola e a escola da vida**. Editoras Vozes Ltda. Rio de Janeiro (RJ). 36ª edição (2002), p. 102.

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa**. Editora paz e terra. São Paulo (SP). 10ª edição (2003), p. 124.

VORRABER MC. **Escola básica na virada do século**. Editora Cortez. Porto Alegre (RS). 23ª edição (2005), p. 91.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de educação popular e saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília 2007, pp.32-45.

SCHENKER M. e MINAYO MCS. **Fatores de risco para o uso de drogas na adolescência**. Ciência e Saúde Coletiva. V.10, pp. 707-717, 2005.

Agradecimentos

Agradecimentos aos professores da UNIFOR que proporcionaram a oportunidade da realização do Projeto de Intervenção. Aos coordenadores, professores e crianças da Escola Yolanda Queiroz que possibilitaram a ocorrência da intervenção. Aos nossos colegas de turma, que apoiaram e deram sugestões de dinâmicas e abordagens.

REPERCUSSÕES BIOPSIKOSSOCIAIS DE HOMENS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE

Abiúde Nadabe e Silva – Universidade Federal do Piauí - UFPI (abidenadabe@yahoo.com.br)

Naiana Martins de Sandes - Universidade Federal do Piauí – UFPI

Lídya Tolstenko Nogueira - Universidade Federal do Piauí – UFPI

Palavras-chave: Enfermagem. Hanseníase. Identidade de gênero.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com o objetivo de compreender as repercussões biopsicossociais de homens afetados pela hanseníase, buscando conhecer as mudanças que ocorreram nas suas vidas após o diagnóstico da doença. O material foi obtido através de entrevista focalizada, no período de agosto e setembro de 2010, sendo aplicada a 10 homens doentes de hanseníase. Nos relatos, os acometimentos neurais são os mais citados e os que mais interferem nas relações sociais. As famílias foram citadas como fonte de força e promoção de integração social efetiva dos doentes e alegaram não ter sofrido preconceito dentro do ambiente familiar sendo que a exclusão maior adveio dos amigos. Também relataram algumas queixas que dificultam o convívio social integral, como cansaço, cuidados referentes ao tratamento da doença e até mesmo crenças repassadas por gerações. Os entrevistados que se encontravam inseridos no mercado de trabalho transmitiram sentimento de medo de perder o emprego e receio do preconceito que poderiam enfrentar. Conclui-se que a doença afeta a vida das pessoas, desencadeando processos de exclusão e autoestigmatização, por isso, deve-se buscar uma abordagem que os acolha e os reinsira na sociedade. Dessa forma, as ações voltadas para práticas educativas em saúde são consideradas um dos instrumentos de ação indispensáveis na criação de novas perspectivas e conceitos na população.

Introdução

A história da hanseníase é marcada por sofrimento, preconceito e um profundo estigma social, a despeito dos avanços técnico-científicos já alcançados. O alto poder incapacitante ainda atormenta as pessoas que recebem o diagnóstico dessa doença. Apesar de os sinais e sintomas apresentarem grandes repercussões físicas e emocionais, o preconceito e discriminação ainda assombram, sendo arraigados, principalmente, ao termo lepra, relacionada com os mitos, crenças e incertezas quanto às informações técnicas da doença, o que contribui para a exclusão social dos portadores. Em consequência, mudanças ocorrem na vida social do paciente.

Segundo Goffman (1988) um indivíduo estigmatizado, na sua relação social, possui um traço que pode impor uma atenção especial, e que em geral, afasta as pessoas. Desse modo, o autor classifica os estigmas em três tipos: o primeiro relacionado com as abominações do corpo; o segundo, relativo às culpas de caráter individual (crenças falsas e rígidas, homossexualismo, desemprego e outros); e o terceiro, relacionado com as tribos, raças, religião e nação, que podem ser transmitidos através da linhagem e “contaminar” por igual.

O estigma vinculado à hanseníase pode enquadrar-se em qualquer um dos três tipos, vinculado às questões relativas ao corpo, sua história e crenças em diferentes sociedades e épocas. As manifestações de rejeição e exclusão dos acometidos pela hanseníase se dão tanto no núcleo familiar, como social, e isso influencia na internalização dos sentimentos negativos (BORENSTEIN et al., 2008). O estigma é um atributo profundamente depreciativo que inabilita o indivíduo para a aceitação social plena.

Como estratégia para combater o estigma a ela associado, na década de 1970, foi proposta a mudança do nome da doença, de lepra para hanseníase, e assim foi adotado pelo Ministério da Saúde (FIGUEIREDO, 2006).

A hanseníase é uma dermatose infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* que, se detectada precocemente e tratada de forma adequada, é passível de cura. A principal forma de contágio é por via respiratória, mas a conversão de infecção em doença depende de interações entre os fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae* (BRASIL, 2005).

Por ter grande poder incapacitante, e sendo essa uma das causas do estigma e do isolamento da pessoa na sociedade, a doença vem acompanhada de problemas, como diminuição da força de trabalho, limitações na vida social e problemas psicológicos (BRASIL, 2008).

A integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao acometido pela hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e à diminuição do estigma e da exclusão social (DIAS; PEDRAZZANI, 2008). É importante considerar, também, o contexto no qual o indivíduo está inserido, subsidiando o planejamento das intervenções, a fim de possibilitar melhor assistência a essa população e sua família.

A doença não é apenas um problema de ordem física, mas reflete-se na autoestima, nos relacionamentos e sentimentos. Esses aspectos também interferem no prognóstico da doença, levando esses pacientes a desistirem do tratamento, a ocultarem o diagnóstico, e até a causar desordem mental, em virtude do impacto emocional intenso e negativo.

Portanto, este trabalho objetivou compreender as repercussões biopsicossociais de homens acometidos pela hanseníase, buscando conhecer as mudanças que ocorreram após o diagnóstico da doença.

Metodologia

O estudo desenvolvido teve cunho qualitativo, sendo realizado em um centro de referência no combate à hanseníase, instituição filantrópica que atende, em média, 40 pessoas por dia, localizado no município de Teresina. Participaram do estudo 10 homens, com diagnóstico de hanseníase confirmado há no mínimo seis meses e com idade igual ou maior que 18 anos. Para definição do quantitativo de participantes foi considerado a saturação dos discursos.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto e setembro de 2010 por meio de entrevistas, utilizando-se um instrumento focalizado. Consta de duas partes: a primeira incluiu informações relativas à identificação do sujeito e a segunda contemplou os sentimentos, conflitos e preocupações que emergiram com a confirmação do diagnóstico. As entrevistas foram gravadas em MP3 player e, posteriormente, transcritas cabalmente.

Os dados obtidos foram organizados seguindo a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009) e que compreende três fases: a pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Esta técnica visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo dos depoimentos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens.

Os dados foram coletados mediante o consentimento expresso do participante do estudo, em obediência a todos os aspectos contidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) que trata de ética envolvendo seres humanos. Ressalta-se que a pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI (CAAE: Nº 0209.0.045.000-10).

Resultados e Discussão

A violação do corpo não traz malefícios apenas de ordem física, tem repercussão nos aspectos psicossociais também, pois este representa a extensão do próprio ser e permite a inclusão no mundo.

A hanseníase é uma doença dermatoneurológica, por isso, seus sinais e sintomas apresentam-se na forma de lesões cutâneas e diminuição ou perda da sensibilidade nervosa periférica, as quais podem causar deformidades físicas, geradoras de atitudes de exclusão social dos doentes. Diante dessa doença estigmatizante, o acometido pode reagir de distintas formas: por cuidado de seus sinais e sintomas e aceitação; por correção da aparência ou estratégias compensatórias; ou por evitamento das relações sociais e do cuidado (MINUZZO, 2008).

As informações técnicas sobre a hanseníase, relacionadas aos sinais e sintomas, referem-se às lesões cutâneas e a presença destas lesões é bastante relatada pelos participantes do estudo: [...] *Foram essas manchas nas pernas e braços, a perna ficou defeituosa e até hoje faço curativo. Minha “venta” também ficou feia, reação da doença. E essas coisas aí mudaram muita coisa na minha vida [...]* (E 6).

Os acometimentos neurais são os mais citados e os que mais interferem nas relações sociais. Esses sinais e sintomas foram observados e relatados por vários entrevistados, e foram mais comuns nos acometidos no período em que o único “tratamento” conhecido era a segregação da população sadia: [...] *Só o defeito nas mãos mesmo, porque ainda hoje eu faço curativo, há mais de 30 anos. E mudou muita coisa, porque não podia trabalhar, aí vivo só do auxílio do governo [...]* (E 1); [...] *Foi só da mão esquerda, era a que utilizava pra manusear papel na máquina para imprimir o jornal. Não deixaram eu completar o resto do tempo, me aposentaram logo por invalidez [...]* (E 3).

Observa-se que os problemas causados pelas deformidades são de ordem prática, incluindo perda da autonomia, das funções diárias que a pessoa exercia. E tais deformidades se instalam porque muitos dos entrevistados só procuravam tratamento quando a doença já estava avançada e as sequelas instaladas. A baixa procura dos homens aos serviços de saúde é explicada por diversos motivos, como medo da descoberta de uma doença grave, vergonha em expor seu corpo ao profissional de saúde, de demonstrar fraqueza, medo ou insegurança ao procurar as ações preventivas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). A principal delas e mais relatadas pelos homens com hanseníase é a relação com o mercado de trabalho. Uma pesquisa realizada pelo IBGE no Brasil, 2006, constatou que 70,8% dos lares tinham o homem como referência, ainda trazendo-o como principal provedor familiar (MINUZZO, 2008).

Esse processo de ruptura da carreira profissional foi vivenciado pelos acometidos de hanseníase, que viram os sinais e sintomas os impossibilitar, em parte, de realizar atividades físicas. Muitos deles omitindo a doença, na busca do ofuscamento de sua vulnerabilidade física para a sociedade a fim de manter o status dentro e fora do ambiente de trabalho.

A representação da hanseníase é composta por eventos históricos, a favor ou não, que serão ponderadas na experiência da enfermidade. As consequências físicas provenientes da hanseníase representam uma imagem que evoca imediatamente a ideia de “horror” da doença, recordando uma figura deformada. Porém, o esclarecimento sobre as condições patológicas da doença como a possibilidade de cura e controle das deformidades leva a um alívio por grande parte dos acometidos que identificam seu estado às crenças e histórias acumuladas ao longo dos tempos (MINUZZO, 2008).

A representação da doença na sociedade interfere na experiência da enfermidade vivida pelos acometidos pela hanseníase. As famílias foram citadas como fonte de força e promoção de integração social efetiva dos doentes e alegaram não ter sofrido preconceito dentro do ambiente familiar. A exclusão maior emergiu dos amigos e, mesmo vivenciando esse preconceito e atingindo sua auto-estima, suas atividades cotidianas mais simples não foram plenamente abaladas, e ficou clara a busca para manter um convívio social: [...] *Os amigos que tenho hoje são poucos. Alguns quando ouviam falar que estou doente, diziam “ah, não quero mais falar com ele”, e*

hoje é certo de se dizer que o único amigo que temos é aquele Deus lá de cima mesmo, enfim, o resto não quer saber da gente [...](E 4).

Nessa perspectiva, Gregório et al. (2008) realizaram um estudo no qual constataram que mais da metade de pacientes com hanseníase não receberam apoio de amigos e familiares, o que provocava perturbações na integridade psíquica dos mesmos.

Para alguns deles, com vida econômica ativa, o medo do desemprego, ocasionado por demissão ou por dificuldades físicas para seguir trabalhando, é uma das principais preocupações e motivos para a ocultação do diagnóstico, principalmente quando esse homem é o principal responsável pelo sustento da sua família. Os homens reconhecem a doença como uma ameaça à sua força, ao papel de provedor da sobrevivência familiar (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). Os entrevistados que se encontravam trabalhando como empregados transmitiram esse sentimento de medo de perder o emprego e receio do preconceito que poderia enfrentar: [...] *Não contei pra mais ninguém, com medo de perder emprego, amizades. Era muita coisa em jogo [...](E 5).*

Vale ressaltar que os entrevistados não forneceram informações sobre a sua sexualidade. Entretanto, cinco doentes de hanseníase são casados, quatro solteiros e um separado. Os casados assim se mantiveram, mostrando a persistência da relação conjugal, importante, principalmente, para autoestima desses doentes. Já o entrevistado que referiu separação, ao ser indagado quanto ao motivo, alegou: [...] *Ela foi embora com um cara [...]* (E 10). Alguns dos entrevistados solteiros (E 1 e E 6) apresentaram sequelas da doença evidentes, além de desemprego e nenhuma escolaridade, o que possivelmente seriam causas da ausência de relacionamento amoroso.

Não é demais afirmar que a hanseníase é uma doença que afeta não somente o corpo, mas traz consequências nos relacionamentos interpessoais, modificações psicológicas, sociais e trabalhistas, estas responsáveis, muitas vezes, pela desestabilização emocional e financeira destes. O olhar holístico a esse sujeito permite ingressar nos principais empecilhos para o controle e eliminação do estigma a hanseníase, buscando realizar ações dentro da ótica das diferenças de gênero e rede social.

Conclusão

Os resultados mostram que a realidade vivida pelos doentes de hanseníase está ligada, principalmente, ao impacto que a doença traz no corpo e que vai além de manchas e caroços, podendo atingir nervos e causar deformidades. Por conseguinte, trazem implicações na disposição para realizar atividades, com fraqueza, dores no corpo, e, possivelmente, conduzir a problemas de restituição da autonomia.

Em vários discursos, o medo da discriminação e da perda do emprego foi referenciado, denunciando a vulnerabilidade social que o paciente pode experimentar. Porém, essa sensação, em boa parte dos casos, foi superada com o advento da informação e esclarecimento acerca das consequências reais da hanseníase.

A principal fonte de coragem para o enfrentamento desses medos foi o apoio familiar. A família tem papel fundamental na construção de indivíduos saudáveis, tanto objetivamente, quando se trata de questões financeiras, quanto subjetivamente, fornecendo apoio ou afeto.

Para a plena cobertura do diagnóstico precoce, tratamento e cura da hanseníase, a população precisa estar ciente das informações técnicas da doença, principalmente relacionada à transmissão e cura, uma das queixas mais comuns que causa exclusão social e, assim, buscar assistência aos primeiros sinais e sintomas, evitando sequelas e prejuízos maiores à saúde.

A doença, portanto, leva seus portadores a sofrerem processos de exclusão e autoestigmatização, por isso, deve-se buscar uma abordagem que os acolha e os reinsira na sociedade. Dessa forma, as ações voltadas para práticas educativas em saúde são consideradas um dos instrumentos indispensáveis na criação de novas perspectivas e conceitos na população.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORENSTEIN, M. S. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 61, n. esp, p. 708-12, 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, 2002. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 22 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed, Caderno nº1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DIAS, R. C; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-6, 2008.

FIGUEIREDO, I. A. **Plano de eliminação da hanseníase no Brasil em questão**: O entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública, 2006, 211f. Tese (Doutorado em políticas públicas)- Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GREGÓRIO, I. C. C et al. Mudanças ocorridas no portador de hanseníase após o diagnóstico. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 23, p. 147-51, 2008.

MINUZZO, D. A. **O homem paciente de hanseníase (lepra)**: representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal. Dissertação (Mestrado em Políticas de Bem-Estar em perspectiva: evolução, conceitos e atores). Universidade de Évora (U E), 2008.

OLIVEIRA, M. H. P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da Hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 1, p. 51-60, 1998.

Agradecimentos

Aos homens que aceitaram participar deste estudo.

REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E DO CORPO FEMININO NAS REVISTAS "BOA FORMA" E "*WOMEN'S HEALTH*"

Fábio Soares da Costa – Universidade Federal do Piauí – UFPI – E-mail: fabiosoares.com@hotmail.com

Regina Célia Vilanova Campelo – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Janete de Páscoa Rodrigues (Orientadora) – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Palavras-chave: Análise do Discurso. Corpo. Mulher. Revistas. Saúde.

Resumo

A pós-modernidade descrita por Bauman (2005) como líquida e de identidades fundamentadas no multiculturalismo é apresentada, moldada e referenciada pelas mídias e pelos meios de comunicação de uma forma pedagogicamente cultural e ideológica. Perceber que em revistas podemos encontrar cenas enunciativas que nos ensinam como pensar e nos comportar, e além, o que desejar, é uma grande oportunidade de pesquisar o que estamos consumindo e de que forma a saúde e o corpo feminino estão sendo representados. Por isso, neste estudo, investigou-se as capas das revistas mensais “Boa Forma” e *Women's Health*, de janeiro a maio de 2014. A opção metodológica utilizada no estudo foi a Análise Crítica do Discurso (ACD), fundamentada por (Fairclough, 2001) e Magalhães (2003) que privilegia em sua abordagem a intertextualidade, enquanto prática social, procurando alcançar dizibilidades relacionadas à ideologia identificada em produtos midiáticos. O objetivo da pesquisa é identificar as principais representações simbólicas sobre saúde e corpo feminino nas capas de revistas voltadas para o público feminino e oportunizar reflexões acerca destas representações sociais. A pesquisa identificou que saúde e qualidade de vida relacionam-se intimamente como nas matérias anunciadas nas capas, todavia, percebeu-se um secundarismo destas temáticas quando postas em contraposição com os valores estéticos e de bem-estar. As duas revistas atingem um público consumidor segmentado significativo no Brasil e abordam um trinômio discursivo hierárquico se consolida nestas publicações: Nutrição – Estética – Atividade Física, para formar a teia enunciativa que representa o triunfo do corpo neste momento contemporâneo.

Introdução

O corpo é objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, dentre as quais destacamos transdisciplinarmente neste estudo as de saúde e comunicação, assim, considerando-o como orgânico, tecnológico, cultural e social. Entende-se que corpo e saúde relacionam-se socialmente numa perspectiva constitutiva natural e cultural, recebendo das diferentes mídias atenção especial que promove uma gama de representações sociais produzidas e reproduzidas por produtores de conteúdos e consumidores destas mídias, dentre as quais, destacamos as revistas mensais “Boa Forma” e “*Women's Health*”.

Estas revistas atingem preferencialmente o público feminino e são constituídas por conteúdos voltados para a conquista do bem-estar. Hábitos saudáveis, saúde, moda, corpos em forma, beleza, dieta, fitness e comportamento são os principais assuntos abordados nestes impressos e compõem o acervo discursivo idealizado para se conseguir um corpo perfeito, saúde e bem-estar. Mas, como é

apresentado um corpo saudável e que representa bem-estar? Que modelos/padrões corporais femininos, de comportamento e valores representam saúde e bem-estar? Estas problemáticas norteiam o presente estudo que elegeu capas de revistas para análise, pois o conjunto textual/imagético contido nestes textos midiáticos são plataformas discursivas importantes na semiose significativa de seus leitores, sendo *corpus* de análise frutíferos para pesquisas que procuram entender representações sociais alicerçadas por mídias impressas.

Em um estudo exploratório inicial, percebeu-se que as edições de janeiro a maio de 2014 das capas analisadas sintetizam representações, imaginários e aspirações de seus leitores, utilizando, para isto, a intensa exploração imagética do corpo feminino, que é apresentado como perfeito/modelo e que deve ser buscado por vias de comportamento e valores sociais, formados, divulgados e reproduzidos por estas revistas. Com linhas editoriais similares, porém singulares, observou-se um caminho convergente para o atingimento de objetivos semelhantes relacionados à saúde e bem-estar, que pôde ser materializado no corpo apresentado nas capas - um corpo plástico, resultado de dietas emagrecedoras, intervenções estéticas e trabalho físico intenso, que desembocam numa aparência desejável e socialmente valorizada, e que proporciona bem-estar.

Em consonância com Martín-Barbero (2006), percebe-se, hoje, uma relação cada vez mais estreita entre o público e o comunicável como forma de compreender que a hegemonia imagética, neste estudo, apresentada pelas capas de revistas, promove um reconhecimento recíproco em circulação semiótica que produz uma sensação de existir socialmente. Assim, o bem-estar, mix orgânica, social, cultural e da psique, alicerçado por sistemas de referência utilizados para classificar pessoas e grupos e entender o cotidiano, é objetivo atingível e tátil, está logo ali, na capa da revista.

Ao pensarmos o corpo e a saúde como objeto de pesquisa e as suas relações com o comunicável e a mídia impressa, infalivelmente, pensamos em revistas como aparatos semióticos que apresentam um ideário – analogamente religioso – a ser seguido na busca de um corpo perfeito, saudável e que proporcione bem-estar. E ao duidarmos, quando cremos que o entendimento do corpo como constituinte complexo, holístico e pluridisciplinar, margeia o núcleo das discussões de revistas como a “Boa Forma” e a “*Women’s Health*”, sendo marginalizado em detrimento da plasticidade, encontramos nossa hipótese de estudo que nos fornece pistas para a realização de uma pesquisa, que tem como objetivo principal o de oportunizar reflexões acerca das representações sociais identificadas nas capas das revistas “Boa Forma” e “*Women’s Health*” do primeiro semestre de 2014. Ainda, como objetivos secundários, procurou-se identificar as principais representações sociais contidas nas capas do *corpus* eleito, bem como relacionar estratégias discursivas utilizadas pelas duas revistas para alicerçar sua linha editorial, a partir de suas capas. Dessa forma, entende-se que estudar as representações sociais e suas relações com o corpo e a saúde, via dispositivos midiáticos é estudar como a construção desses lugares sociais é discutida no mundo contemporâneo e na mídia como um espaço que produz e faz circular discursos que contribuem sobremaneira para o entendimento da subjetividade humana.

Metodologia

Os estudos quem envolvem linguagem e significação necessitam de uma fundamentação teórica e um enquadramento metodológico bem definido para o seu desenvolvimento, por isso, escolheu-se a Análise Crítica do Discurso (ACD) como ferramenta de análise dos dados. A ACD é fundamentada na intertextualidade, enquanto prática social, trata a linguagem como parte da sociedade e alcança dizibilidades relacionadas à ideologia e às relações de poder.

Fairclough (2001) desencadeia o modo de pensar a ACD numa inter-relação entre texto e prática social, e vale-se da linguagem, discurso, enunciação, intertextualidade, *ethos*, modalidade, comodificação, hegemonia e ideologia para fundamenta-la. A escolha pela ACD deu-se pelo fato de que a análise das capas “Boa Forma” e a “*Women’s Health*” se coaduna com os preceitos de Fairclough (2001) quando do entendimento de que textos/imagens são eventos sociais, inseridos em práticas sociais de linguagem que por sua vez pertencem a estruturas abstratas sociais, econômicas, políticas e culturais. Dizem respeito à própria linguagem, enquanto sistema de possibilidades. Portanto, as estruturas e as práticas sociais pertencem ao contexto de cultura enquanto que os eventos, refletidos nos textos, pertencem a um contexto situacional.

A pesquisa realizada envolve a análise das enunciações sobre saúde, corpo e bem-estar, relacionados, sobretudo, ao contexto de situação, às práticas sociais que envolvem o consumo destas revistas, ou seja, a um contexto cultural maior. Portanto, em ACD não há como realizar análises textuais isoladas. Embora a análise parta de um *corpus* textual/imagético específico, ela sempre se remeterá as práticas sociais, sendo que o discurso, as representações linguísticas e semióticas, são apenas um momento desta complexa rede, no contexto cultural.

Foram analisadas as capas de 10 revistas (5 capas da revista “Boa Forma” – de janeiro a maio de 2014 – e 5 capas da revista a “*Women’s Health*” – de janeiro a maio de 2014) e o desencadeamento analítico realizado foi orientado pelo modelo tridimensional de Fairclough (2001) que reúne três pilares analíticos: a análise textual, a prática discursiva e a prática social, metodologicamente organizado em três momentos: 1) a descrição (apresentação das propriedades formais do texto, pois são plenas de sentido); 2) a interpretação (momento de relacionar textos com outros textos, em que percebe-se a formação do outro); e 3) a explicação (é a reflexão e exposição da análise realizada). A escolha das revistas não foi aleatória, pois estes impressos são referência de informação no tratamento de assuntos como o bem-estar, saúde e corpo saudável e pelo potencial público feminino, que as consolidou o mercado editorial brasileiro.

Após a seleção do *corpus*, relacionou-se os textos e o perfil imagético das capas conforme o modelo do quadro 1, que compõe

didaticamente um mapa analítico capaz de fornecer pistas para a identificação das estratégias discursivas das revistas elencadas.

Quadro 1. Modelo de identificação de sentidos ofertados pelas capas de revista. 2014.

REVISTA BOA FORMA		
Nº	4	SENTIDOS OFERTADOS
MÊS	ABRIL/2014	
TEXTO DE CHAMADA	DIETA FUNCIONAL ENXUGA 6cm NA BARRIGA E SECA 3kg	Nutrição; Perda de peso
TEXTOS INTERMEDIÁRIOS GRANDES	FLÁVIA ALESSANDRA - Ela tem 39 anos, uma filha de 14 e outra de 3. Dá pra acreditar?	Ícone referencial de beleza
	10 MANDAMENTOS DE CAROL BUFFARA E GABRIELA PUGLIESI PARA TER O CORPO DOS SONHOS	Ícone referencial de hábitos; perda de peso
TEXTOS INTERMEDIÁRIOS MÉDIOS	PROBIÓTICOS: a aposta da ciência para controlar o peso	Nutrição suplementar; Manutenção do peso
	25 TRUQUES INCRÍVEIS PARA MAQUIADORAS TOP	Cosméticos; Estética
	RESOLVA JÁ 4 problemas que roubam a beleza da sua pele	Cosméticos; Estética
TEXTOS PEQUENOS	A MUSA FITNESS BELLA FALCONI MOSTRA SEU TREINO POWER	Ícone referencial de hábitos; Atividade física
	CONGELAR OU DERRETER? AS NOVAS APOSTAS PARA ACABAR COM A GORDURA LOCALIZADA	Tratamento plástico estético
	ALFARROBA - Tudo sobre o novo chocolate das fit girls	Nutrição; Poucas calorias
DESCRIÇÃO IMAGÉTICA DA CAPA	COR DO TÍTULO:	Branco
	PERSONAGEM:	Atriz de novelas da Globo
	FUNDO:	Parede de madeira - combina com a cor da roupa
	OBJETOS:	Nenhum
	ACESSÓRIOS:	Pulseira
	MAQUIAGEM:	Sim - intermediária
	ROUPA:	Maiô
	BIOTIPO CORPORAL:	Magra, pele branca, cabelos loiros, lisos e grandes, olhos castanhos, musculatura pouco definida

Resultados e Discussão

Ao se consumir simbolicamente revistas como “Boa Forma” e a “*Women´s Health*” pensa-se que corpo é aparência física, como de fato, também, mas não somente, é, por isso o corpo torna-se objeto de consumo que serve de força motriz para a circulação de representações sociais, gerando mais consumo ainda. O conceito de corpo feminino saudável e que simboliza o bem-estar propagado nas revistas analisadas converge para um modelo que, ademais, apresenta-se como um corpo branco, magro, jovem, de alguma musculatura evidente e que possa ser apresentado sob uma roupa qualquer casual ou de banho que deixe pernas, abdome e colo sempre à mostra.

Percebe-se na análise das capas que a supervalorização de padrões corporais midiáticos é inconteste, sua apresentação no centro da capa e a convergência dos textos à sua volta reforçam seu discurso imagético, gerando uma semiose dinâmica que desemboca num corpo plástico, que é uma das principais estratégias discursivas da editora Abril para a publicação destas revistas.

Observa-se nesta pesquisa que a revista “Boa Forma” (1988), que surgiu como Guia da Boa Forma em 1986 possui uma circulação líquida de mais de 200.000 exemplares vendidos por edição, representando mais que o dobro de circulação da segunda revista analisada, “*Women´s Health*” (IVC-2010), que se apresenta inicialmente como a reveladora do mundo da energia e da vitalidade.

Nas capas analisadas da revista “Boa Forma” observa-se um transbordo dos usos e visualidades corpóreo-imagéticas, o nome da

revista em fonte tipo bastonete, sem requinte, de fácil identificação e leitura, orientada a um público popular. O fundo das capas não possui um padrão, contudo, em 3, das 5 revistas analisadas o fundo temático era o mar/praias. Das 5, 4 protagonistas (artistas famosas) das capas usam maiô/biquíni, demonstrando um padrão de vestimenta, ideal para “mostrar o que é bonito”, além de ocupar espaço majoritário na capa. Quanto aos textos, percebeu-se predominância de conteúdo persuasivo a partir de receitas/fórmulas/protocolos milagrosos de estética, emagrecimento, corpo definido e alimentação.

A revista “*Women’s Health*” (2008) possui características semelhantes às da revista “Boa Forma”, todavia, tem uma impressão diferenciada, com melhor acabamento, voltada para um público feminino de maior poder aquisitivo. O nome da revista tem fonte com estilo egípcio, com serifa e com a forma retangular. Design marcante que ao unir-se com o título inglês chama bastante atenção. Nas capas são protagonizadas modelos desconhecidas, mas que representam o padrão de beleza da revista: branca, magra, jovem, alegre, sarada, sensual. Possui todas as temáticas que a revista “Boa Forma”, contudo, incrementa os temas de rejuvenescimento e sexo na sua parte textual discursiva.

Percebe-se hoje, que o corpo é reificado, mas não em todas as suas nuances, não em todos os seus perímetros, circunferências e pontos enrugados, para constituir-se como núcleo da felicidade de um ser, ele tem que ser como Michel Foucault (1979, p. 147) dizia: “Fique nu [...] mas seja magro, bonito e bronzeado [...]”. Ou seja, o olhar hoje lançado sobre o enrugado e o adiposo responde a mandatos morais, rígidos e implacáveis que validam apenas o liso e o jovem, mesmo que sexagenários, mas, se aparência assim for, será validada, pois a moral da “boa forma” que proporciona a nudez e a ausência de vergonha para mostrar seu corpo, numa supervisibilidade, exige “[...] contornos planos e relevos bem sarados, como os da pele plástica da boneca Barbie ou como os desenhos bidimensionais dos quadrinhos. (SIBILA, 2012, p. 157)

O que vemos é um grande arcabouço semiótico que constrói um mito do corpo moldável, perfeito, magro, liso, jovem e viril, um conjunto de relações que lança um olhar seletivo, que aceita apenas um modelo por vez. E a vez agora é a do que o seu corpo é a sua identidade. Identidade esta imaginada a partir dos dispositivos midiáticos que alavancam um mercado financeiro alimentado por corpos sedentos de moldes, que buscam a perfeição e consomem as revistas de receitas da felicidade e de corpos perfeitos, insaciavelmente, na busca por ser alguém no mundo, desde que esse alguém tenha um corpo jovem em bonito, não necessariamente saudável.

Conclusão

Neste estudo, ao objetivar a reflexão acerca das representações sociais identificadas nas capas das revistas “Boa Forma” e “*Women’s Health*” do primeiro semestre de 2014, identificou-se como principais representações a busca da beleza corporal como forma ideal para atingir o bem-estar. Como estratégias discursivas utilizadas pelas duas revistas para alicerçar sua linha editorial, a partir de suas capas, percebeu-se a interconexão entre temas sempre abordados em suas edições como: beleza, estética, dieta/alimentação, emagrecimento, definição muscular e sexualidade, que relacionam-se numa semiose discursiva que proporciona subjetividades distintas, mas levam a um mesmo lugar: um modelo/padrão corporal para conseguir bem-estar, ou seja, a busca pelo bem-estar materializa-se na conquista de um corpo perfeito e uma aparência socialmente propagada como bela.

Desta forma, concluiu-se que saúde e qualidade de vida relacionam-se intimamente como as matérias anunciadas nas capas, todavia, percebeu-se um secundarismo destas temáticas quando postas em contraposição com os valores estéticos e de bem-estar. Concluiu-se que a apresentação discursiva das capas das duas revistas é semelhante, mas possui singularidades marcantes como: textos longos, lineares, atrizes famosas, corpos nudificados e a busca da imagem projetada na revista que levará a um bem-estar e à felicidades são marcas linguísticas da revista “Boa Forma”; blocos temáticos, textos leves em forma de notas e intertítulos, imagens menos óbvias, pois o ideal de beleza é de mulheres comuns e não de ícones artísticos, mais científico-racional, utiliza a referência de especialistas, são características próprias da revista “*Women’s Health*”, que, contudo, desencadeia uma lógica discursiva semelhante à primeira revista: a estética é o principal caminho para aquisição do bem-estar.

Concluiu-se, também, que a apresentação de receitas/modelos/protocolos é recorrente nas capas, todas estas apresentando fórmulas para o equilíbrio alimentar e físico, principalmente para as mulheres das grandes cidades, que devem apresentar sempre uma boa aparência, corpo esbelto e forte, simbologia do sucesso e do bem-estar.

Referências

BAKHTIN, M. M.; VOLOSHINOV, V. N. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico nas ciências da linguagem. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: Entrevista a Benedetto Vecchi. (Trad. Carlos Alberto Monteiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BITTNER, Dulcília Schroeder. **A mulher de papel**: a representação da mulher pela imprensa feminina brasileira. São Paulo: Summus, 2009.

EDITORA ABRIL. Disponível em: <www.publiabril.com.br> Acesso em: 15 fev. 2014.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. “Poder-corpo”. In: _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 145-152.

IVC. Disponível em: <www.ivcbrasil.org.br> Acesso em: 15 fev. 2014.

LE BRETON, David. Individualização do corpo e tecnologias contemporâneas. In: COUTO, Edvaldo Sousa; GOELLNER, Silvana Vilodre. (Orgs.) **O triunfo do corpo: polêmicas contemporâneas**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012, p. 15-32.

MAGALHÃES, Francisco Laerte Juvêncio. **Veja, Isto é, Leia**. a imagem e a imagem nos discursos de capas das revistas Veja e Isto é; produção e disputas de sentido na mídia. Teresina: EDUFPI, 2003. 158 p.

MAINGUENEAU, Dominique. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas, São Paulo: Pontes & Editora da Unicamp, 1989.

MARTÍN-BARBERO, Jesus. **Tecnicidades, identidades, alteridades**: mudanças e opacidades da comunicação no novo século. In: MORAES, Dênis de. Sociedade midiaticizada. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p.51-79.

OLIVEIRA, Mônica Carvalho de. **A segmentação no mercado de revistas femininas**: uma análise das publicações da Editora Abril direcionadas a mulheres adultas. Dissertação (Monografia do Curso de Graduação em Comunicação Social – Habilitação em Jornalismo). Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2011, 77 p.

PRADO. José Luiz Aidar. As narrativas do corpo saudável na era da Grande Saúde. **Contemporânea**. Revista de Comunicação e Cultura. vol. 5, n. 1, 2007.

PINTO, Milton José. **Comunicação e discurso**: introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker, 1999. 123 p.

SANTAELLA, Lucia, **Semiótica Aplicada**. São Paulo. Pioneiros Thomson Learning, 2002.

SIBILA, Paula. Imagens de corpos velhos: a moral da pele lisa nos meios gráficos e audiovisuais. In: COUTO, Edvaldo Sousa; GOELLNER, Silvana Vilodre. (Orgs.) **O triunfo do corpo: polêmicas contemporâneas**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012, p. 145-160.

VERÓN, Eliseo. **Fragmentos de um tecido**. São Leopoldo-RS: Editora Unisinos, 2004.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O TRABALHO DE PARTO

Laura Pinto Torres de Melo – Universidade Estadual do Ceará (lauraptmelo@gmail.com)

Maria Lúcia Duarte Pereira – Universidade Estadual do Ceará

Raimunda Magalhães da Silva – Universidade de Fortaleza

Ana Beatriz Azevedo Queiroz – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Priscila de Vasconcelos Monteiro – Universidade Estadual do Ceará

Dafne Paiva Rodrigues – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Representações Sociais. Trabalho de Parto.

Resumo

A vivência do parto traz intensas mudanças e diferentes significados para as puérperas. Objetivou-se apreender as representações sociais de puérperas sobre o trabalho de parto. Estudo norteado pela Teoria das Representações Sociais, foi analisado sob a ótica da Teoria do Núcleo Central. Desenvolvido em uma maternidade pública de Fortaleza, participaram 119 puérperas, com idade maior ou igual a 14 anos, que tiveram parto normal no local da pesquisa. Utilizou-se questionário para caracterização das participantes e o Teste de Associação Livre de Palavras. Os dados foram analisados através do quadro de quatro casas, confeccionado pelo software Evoc. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, sob parecer nº 310.298. A maioria das puérperas era procedente de Fortaleza, católica, com idade entre 14-24 anos, renda familiar entre 1-2 salários mínimos, ensino fundamental incompleto, relacionamento estável, múltiparas e acompanhadas durante o trabalho de parto. A análise das evocações sugeriu que alívio, ansiedade, desespero, dor, felicidade e medo constituíram o núcleo central das representações sobre trabalho de parto. Enquanto alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação, sofrimento e nervosismo compuseram o sistema periférico. Na zona de contraste, palavras como alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação e sofrimento, evidenciaram Rang mais significativo que dos elementos do núcleo central, o que simboliza a singularidade do trabalho de parto para cada mulher. Compreender o significado do trabalho de parto é fundamental para que o enfermeiro planeje e execute uma adequada assistência durante o processo de parturição.

Introdução

O parto caracteriza-se como um evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança. A vivência que a mulher possui sobre o processo de parturição pode ser prazerosa ou traumática, dependendo de suas experiências pessoais ou familiares anteriores e da assistência recebida pelos profissionais.

Segundo Griboski e Guilhem (2006), cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única, portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando à singularidade de cada parturiente. Isso nos leva a refletir que promover uma assistência humanizada é saber ouvir as parturientes e atender suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto normal.

O nascimento do filho é, sem dúvida, um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois é o evento que a torna verdadeiramente mãe. O momento é tão importante que para muitos é fascinante e requer estudo e análise para compreensão. Como o parto é considerado um período de diversos acontecimentos próprios da parturiente, uma experiência essencialmente feminina e familiar, rica em sentimentos e permeada por emoções, preocupações e dúvidas, surgiu a necessidade de saber as diferentes formas de representação entre as puérperas sobre o trabalho de parto.

De acordo com Moscovici (2012) a Teoria das Representações Sociais busca compreender as interpretações e os sentidos que os grupos e sujeitos têm sobre objetos sociais relevantes, com enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum. Diante do universo de significados que permeia a mulher no contexto da parturição, questionou-se: quais as representações sociais atribuídas durante o trabalho de parto?

Portanto, o estudo objetivou apreender as representações sociais de puérperas a partir do Teste de Associação Livre de Palavras sobre o trabalho de parto.

Metodologia

O estudo em questão trata-se de um recorte da dissertação intitulado como **“O cuidado promovido à mulher no trabalho de parto e parto: representações sociais de puérperas”**, sendo norteado pela Teoria das Representações Sociais, baseado nos princípios de Moscovici (2003) e Jodelet (2001), explorando também a Teoria do Núcleo Central de Abric (1998), com uso de multimétodos ou triangulação (abordagens qualitativa e quantitativa).

Foi desenvolvido em uma maternidade pública situada no município de Fortaleza, Ceará com 119 puérperas, considerando o cálculo amostral de uma população finita, que atenderam como critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 14 anos; e ter tido seu filho de parto normal no local da pesquisa.

Após a aceitação de participação da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi utilizado um questionário para traçar as características sociais, econômicas, demográficas e obstétricas e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) que é caracterizado por ser uma técnica projetiva que favorece aos indivíduos revelarem o conteúdo latente da memória em

relação a um objeto determinado implícito (NÓBREGA; COUTINHO, 2003).

Os dados obtidos no TALP foram transcritos e analisados com o auxílio do software Evoc que realiza um processamento computacional, denominado análise lexicográfica, graficamente, as palavras pertencentes ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais. É identificada a frequência de aparecimento dos termos evocados e a ordem de aparecimento das respostas registradas (Rang). Foi construído o banco de dados na forma de planilha (Microsoft Excel) contendo as palavras evocadas de cada estímulo, depois o arquivo foi salvo na *extensão.csv* e processado no software Evoc.

O gráfico construído permite o estabelecimento de quatro quadrantes, também chamado de quadro de quatro casas, representados num esquema figurativo, em que podem ser identificadas no quadrante superior esquerdo as evocações que, provavelmente, constituem parte do núcleo central, no inferior direito, as evocações que provavelmente pertencem ao sistema periférico, enquanto que as demais evocações são consideradas como intermediárias e merecedoras de interpretação.

A entrada na instituição foi efetivada após parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com Número do Parecer: 310.298 e CAAE: 12536113.1.0000.5534 e autorização emitida pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e pela Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2013.

Esta pesquisa obedeceu aos critérios éticos de autonomia, beneficência, justiça e não maleficência, estabelecidos na resolução 466/2012 do código de ética em pesquisa com seres humanos, no qual ficam garantidos o sigilo, o anonimato e a confidencialidade dos dados coletados (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Caracterização das participantes da pesquisa

Das 119 mulheres do estudo, 89 (74,8%) eram procedentes da capital de Fortaleza, 27 (22,7%) do interior do Ceará e três (2,5%) de outras regiões, como Pernambuco, Maranhão e Minas Gerais. A maioria das participantes declarou professar a fé Católica, 63 (52,9%), enquanto 42 (35,3%) se declararam Evangélicas. Dentre as seis (5,0%) de outras religiões, uma era testemunha de Jeová, duas ateístas, duas cristãs e uma espírita. Ainda oito (6,7%) mulheres afirmaram não possuir religião.

Evidenciou-se que houve variação das idades de 14 a 41 anos, predominando a faixa etária entre 14-24 anos com 74 (62,2%) das puérperas, 41 (34,5%) tinham idade entre 25-35 e quatro (3,4%) possuíam idade acima ou igual a 36 anos. Em relação ao estado civil, a maioria, 69 (58%), mantinha relação estável, 24 (20,2%) eram casadas, 23 (19,3%) solteiras, duas (1,7%) divorciadas e uma (0,8%) viúva.

Sobre a escolaridade, 58 (48,7%) possuíam ensino fundamental incompleto, 27 (22,7%) médio incompleto, 24 (20,2%) médio completo e cinco (4,2%) fundamental completo, três (2,5%) tinham superior incompleto, uma (0,8%) superior completo e somente uma puérpera (0,8%) era analfabeta. A maioria das mulheres, 82 (68,9%), referiu renda familiar de 1-2 salários mínimos, 18 (15,1%) menos de um salário e 11 (9,2%) de 3-4 salários. As demais, cinco (4,2%), relataram não saber a renda mensal e três (2,5%), não possuir renda.

No perfil obstétrico das puérperas, 69 (58%) eram multíparas e 50 (42%), primíparas. Quanto à presença do acompanhante, 96 mulheres (80,7%) estiveram acompanhadas durante o seu trabalho de parto e o parto, sendo amiga, 21 (17,6%), o tipo de acompanhante mais citado por elas. A irmã (19; 15,9%), o companheiro (18; 15,1%) e a mãe (18; 15,1%) também apareceram como acompanhantes frequentes durante o período.

Palavra indutora: trabalho de parto

Tomando-se a distribuição dos termos pelos quadrantes pôde-se descrever a organização do conteúdo da representação social da palavra indutora trabalho de parto com o seu provável núcleo central e os elementos periféricos (Quadro 01).

Quadro 01: Quadro de quatro casas à palavra indutora trabalho de parto. Fortaleza-CE, 2013

ELEMENTOS DO NÚCLEO CENTRAL			ELEMENTOS DA 1ª PERIFERIA		
Frequência > = 10 / Rang < 2,5			Frequência > = 10 / Rang > 2,5		
	FRE Q*	RAN G		FRE Q*	RAN G
Alívio	14	2,000			

Ansiedade	21	2,048			
Desespero	21	2,238			
Dor	105	2,248			
Felicidade	14	1,714			
Medo	13	2,007			
ELEMENTOS DE CONTRASTE			ELEMENTOS DA 2ª PERIFERIA		
Frequência < 10 / Rang < 2,5			Frequência < 10 / Rang > = 2,5		
	FRE Q*	RAN G		FRE Q*	RAN G
Alegria	08	1,625	Nervosismo	06	2,500
Dar a vida	06	1,167			
Emoção	05	1,200			
Nascimento	09	1,333			
Preocupação	05	1,600			
Satisfação	06	1,667			
Sufrimento	08	2,250			

*FREQ – Frequência

A vivência do trabalho de parto e do parto pode ser influenciada a partir de fatores socioculturais que interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição. A partir disso, a análise das palavras sugere que alívio, ansiedade, desespero, dor, felicidade e medo constituem o núcleo central das representações das puérperas sobre o trabalho de parto, e que alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação, sofrimento e nervosismo fazem parte do sistema periférico.

A dor durante o trabalho de parto interfere no contexto psicoafetivo da parturiente, além da contratilidade uterina, ocasionando ansiedade, desespero e medo. Com o nascimento do bebê, as puérperas sentem alívio pela superação da dor e felicidade em poder ter o filho nos braços. Esses termos configuram-se a estruturação do núcleo central e estão ancorados no processo de parturição que segundo Oliveira et al (2010) é percebido como um momento de dor, medo e alegria, tendo a sensação dolorosa como necessária ao nascimento do bebê e como justificativa para a percepção negativa desse processo.

Em um estudo baseado na abordagem fenomenológica com o objetivo de compreender as experiências de puérperas que vivenciaram o trabalho de parto em um modelo assistencial humanizado revelou sentimentos como dor, medo e ansiedade. Embora o estudo tenha sido realizado em um modelo assistencial considerado humanizado, as experiências das puérperas mostram que ainda se distanciam de uma efetiva humanização (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2008).

A interpretação subjetiva da dor apresenta-se como um dos elementos construtores da representação social das mulheres e está fortemente representada no imaginário das mulheres do estudo. A dor pode influenciar o comportamento da parturiente a partir do medo, o que acarreta sentimentos de ansiedade e desespero.

Em relação ao terceiro quadrante, denominado zona de contraste, figuram as palavras alegria, dar a vida, emoção, nascimento, preocupação, satisfação e sofrimento, que embora tenham apresentado baixa frequência, foram consideradas importantes pelas participantes. A zona de contraste comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem modificar os elementos centrais e a própria representação (OLIVEIRA et al, 2007).

Nesse grupo as depoentes ancoraram suas representações na satisfação em relação ao nascimento de seu filho, que está intimamente ligado à alegria e a emoção por ser um momento único e singular e no sofrimento relacionado à dor do parto que pode ser vivenciado com insegurança causando preocupação e nervosismo. Este último aparece como elemento da 2ª periferia.

É interessante observar que o Rang dos elementos de contraste foi bem mais significativo que o dos elementos do núcleo central, o que simboliza que o trabalho de parto pode ser singular para cada mulher, com significados próprios, arraigados na vivência pessoal. Mesmo possuindo significações diferenciadas sobre o trabalho de parto, elas compartilham de sentimentos como dor, ansiedade e desespero, presentes no núcleo central.

Conclusão

Compreender o momento do trabalho de parto e parto é de fundamental importância para que o enfermeiro ou profissional de saúde planeje e execute uma adequada assistência durante o processo de parturição, reduzindo o impacto das representações negativas em relação a esse processo.

No pré-natal, o enfermeiro ou profissional de saúde deve procurar conhecer as representações das mulheres e seus acompanhantes acerca da gravidez, do parto e do puerpério, problematizando os tabus, preconceitos e ideias fantasiosas, pois a abertura de um espaço dialógico pode auxiliar nas construções de representações positivas em relação ao momento do parto.

Referências

ABRIC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Orgs). Estudos interdisciplinares de representações sociais. Goiânia: AB Editora, 1998.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Revista Texto & Contexto Enfermagem, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In:_____. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

MOSCOVICI, S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. Preconceito e representações sociais. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D. (orgs). Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas: representações sociais. Brasília: Thesaurus, 2009.

NÓBREGA, S. M. da; COUTINHO, M. da. P. de. L. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, M. da P. de. L.; LIMA, A. da. S.; OLIVEIRA, F. B. de.; FORTUNATO, M.L. Representações sociais: abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; ACIOLI, S.; SÁ, C. P. O sistema único de saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. Revista Texto & Contexto Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 377-386, 2007.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.; FELIPE, G. F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. Revista Rene, v. 11, número especial, p. 32-41, 2010.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 585-590, 2008.

Agradecimentos

Ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem (UECE), ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, à Maternidade Pública que foi desenvolvido a pesquisa e à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR

Bruna Fabrícia Barboza Leitão – Instituto do Câncer do Ceará – bruna_fabricia@yahoo.com.br

Emanuel Cristiano de Souza Silva – Escola de Saúde Pública do Ceará

Geísa Ferreira Gomes - Escola de Saúde Pública do Ceará

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Integralidade. Hospital.

Resumo

Os programas de Residência Integrada em Saúde propõe-se a qualificar profissionais em vários níveis assistenciais e diversas especialidades conforme os levantamentos das demandas epidemiológicas do Estado. O objetivo do presente trabalho é analisar os desafios encontrando para a inserção e consolidação de um programa de Residência Integrada em Saúde em um Hospital de referência em Oncologia, através de um relato de experiência baseado na vivência de membros do programa – RIS-ESP/CE da ênfase em Cancerologia. Os desafios obtidos foram: a hegemonia do modelo biomédico na assistência, diferentes concepções acerca do conceito de integralidade, gestão hierarquizada concentradora das decisões e processos de cuidado já estabelecidos. É válido salientar que estes fatores não estão desvinculados de um motivo maior, visto que fazem parte de toda uma concepção gerencial e assistencial enraizadas no contexto hospitalocêntrico.

Introdução

Na busca de estruturar interfaces entre educação e saúde, no contexto da educação especializada os Programas de Residência Multiprofissional em saúde foram criados a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, depois substituída pela portaria 1077 de 2007, orientados pelas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes devem se constituir a partir das realidades e necessidades locais e regionais, em acordo ao perfil sócioepidemiológico da população brasileira. (FAJARDO, 2011).

No Brasil, historicamente a modalidade de ensino denominada residência se consolidou como especialização para médicos vinculada a prática liberal, individual e privatista: a atuação por especialidade é característica do exercício da profissão médica ainda hoje, muitas vezes fragmentando o conhecimento, apartando-o das interrelações com outros fenômenos e da totalidade que o guarda. As experiências iniciais com a formação da residência abrangendo profissionais não médicos se deram a partir do final da década de 70 do século XXI, porém é com o advento do Movimento da Reforma Sanitária, criação e implantação do Sistema Único de Saúde - pautado

nos princípios da universalidade, regionalização, hierarquização, integralidade, controle social - que se fortalece a demanda por um reordenamento da educação formal na área da saúde (DALLEGRAVE, 2008).

A residência, caracterizada por ser uma modalidade de formação em serviço, configure-se enquanto opção do governo (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) que vem ganhando força enquanto estratégia de formação de trabalhadores da saúde, tendo regulamentação legal capaz de dar amplitude nacional a iniciativa; os programas são financiados pelos ministérios ou pelas próprias instituições executoras sejam elas públicas, privadas e filantrópicas. Reconhecendo a importância da ação multidisciplinar no âmbito da saúde as profissões abrangidas são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2014).

Baseado na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) instituída em 2005, o Ministério da Saúde tem redirecionado a formação de profissionais da saúde para atender as especificidades da área oncológica, no intuito de formar e qualificar recursos humanos para os variados níveis assistenciais em rede nacional. Neste contexto, os Programas de Residência Multiprofissional ganham destaque como estratégia de educação permanente (BERGMAN; THULER; FERREIRA, 2012).

No Ceará, a Residência Integrada em Saúde se apresenta enquanto importante estratégia de Educação Permanente em Saúde. Na perspectiva da integralidade e da atenção em rede, a Escola de Saúde Pública do Ceará, em parceria com municípios do interior do estado e com o Instituto do Câncer do Ceará (ICC), encontra-se em pleno processo de implantação de quatro Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, dentre eles, a ênfase de cancerologia tem por objetivo formar lideranças técnicas científicas e políticas para qualificar a linha de cuidado à pessoa portadora de câncer, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde embasada na colaboração interprofissional. O curso desenvolve-se em regime de dedicação exclusiva, compondo carga horária total de 5.760 horas, que se dividem em 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas, com duração mínima de dois anos (REGIMENTO, 2013).

A ênfase de cancerologia abrange seis categorias profissionais - Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, sendo os residentes dispostos em equipes para promoção da interprofissionalidade. O programa objetiva não só a transformação na formação ofertada aos residentes, bem como afetar todos aqueles que compartilham o espaço de atuação no serviço (REGIMENTO, 2013).

No cotidiano dos diversos sujeitos envolvidos neste processo (residentes, preceptores, coordenadores, gestores, dentre outros) a inserção no cenário de prática da ênfase em cancerologia despertou diversos desafios a um nível pedagógico e operacional na medida em que tal processo se dá em espaço caracterizado por formas de organizar os processos de trabalho, equipes de trabalho e relações de poder em muito ligadas à organização hospitalar tradicional, sendo na descrição e reflexão dos desafios e potencialidades advindos com este processo.

A importância deste trabalho dá-se pela necessidade de debater a efetivação do trabalho interprofissional em uma unidade hospitalar. O objetivo da pesquisa é analisar os desafios para a inserção de um programa de residência integrada em saúde em um Hospital de referência em Oncologia.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por membros do programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará, RIS-ESP/CE, com ênfase em Cancerologia. Na perspectiva de relatar a implantação de um programa inovador bem como analisar as dificuldades encontradas na consolidação deste programa. A pesquisa em questão foi desenvolvida em um centro de referência em assistência oncológica nas regiões norte e nordeste do Brasil.

O programa da RIS – Cancerologia teve início no mês de maio de 2013, a partir deste momento iniciou-se o processo de análise dos desafios encontrados para implantar e consolidar um programa de residência multiprofissional no contexto hospitalar.

O processo de inserção do grupo de residentes no hospital é marcado por um período denominado de Territorialização, este consiste na análise do grupo acerca da unidade hospitalar por vários prismas. Analisar fluxos, entender os processos norteadores e a dinâmica hospitalar fazem parte da Territorialização, bem como perceber as potencialidades e as fragilidades apresentadas pelos serviços.

Após esta etapa inicial de aproximadamente um mês, as atividades assistenciais propriamente ditas foram organizadas em agendas de trabalho, nas quais os residentes rodíziam pela linha de cuidado oncológica: quimioterapia, radioterapia, unidade cirúrgica e cuidados paliativos, além destes rodízios, os residentes passam pela atenção primária em saúde, atenção em Oncologia Pediátrica e um estágio eletivo à escolha do residente.

Durante os rodízios pelos serviços citados anteriormente a residência propõe-se a realizar atividades referentes a cada categoria profissional (atendimentos) e ainda atividades que sejam transversais, comuns a todas as categorias profissionais, por exemplo: estudos de caso, interconsultas, salas de espera, grupos de acolhimento.

Tendo como focos da ação em saúde a interprofissionalidade e o trabalho em equipe, as propostas da residência por vezes esbarram diretamente nas características do contexto hospitalar, estas já enraizadas no modelo biomédico e hospitalocêntrico do cuidado, podendo ser este provavelmente o maior desafio. O fortalecimento do trabalho interprofissional ganha sentido na busca pela

integralidade que exige o reordenar de muitas práticas que extrapolam a visão fragmentada do Hospital como apenas um espaço de reabilitação e recuperação da saúde, sendo necessário complementá-las com ações de caráter preventivo e promocional para melhor qualificar a linha de cuidado à pessoa com câncer .

Resultados e Discussão

A partir das experiências vivenciadas na primeira metade do supracitado Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE), observa-se que as primeiras impressões construídas sobre o processo de inserção de uma proposta multiprofissional aparecem quase que naturalmente associadas a uma constante comparação com os programas de residência médica, sendo estes até então a única referência para a instituição desse formato de especialização em serviço. Via de regra a categoria médica reporta-se a este modelo como um exemplo bem sucedido e de alta resolatividade que, portanto, tem tudo para ser reproduzido pelos demais trabalhadores, sendo aqui menosprezados os aspectos formativos que claramente diferenciam e caracterizam as várias categorias profissionais na área da saúde.

Conforme mencionado por Dallegrave (2008, apud Lopes, 2006), ao ilustrar o discurso médico sobre os programas de residência multiprofissional, fica bastante explícito o quão a hegemonia biomédica historicamente tem estruturado as ações em saúde e em que medida atravessa diretamente as relações de poder nas equipes de trabalho, como apontado no trecho a seguir: “Não há grupo sem liderança, a qual deveria, naturalmente, ser exercida pelo profissional com conhecimentos e habilidades suficientemente amplos para permitir a máxima integração entre os diferentes saberes – o médico”.

Outro aspecto que se apresenta como um desafio a ser cotidianamente trabalhado são as diferentes concepções que se tem e que ideologicamente se propagam acerca da tão difundida integralidade do cuidado, por vezes aclamada como marketing pelos serviços de saúde. Um programa da amplitude da RIS se faz e se constitui por atores muito diversos - instituição formadora, instituição executora/gestora, profissionais de saúde/preceptores e residentes - que, embora teoricamente sejam parceiros nessa empreitada, não necessariamente compartilham das mesmas idéias sobre essa proposta de trabalho.

É preciso contextualizar a gestão hospitalar em questão, característica de uma instituição de caráter filantrópico-privado, demarcada por relações de trabalho fortemente hierarquizadas e concentradoras das decisões estratégicas, refletindo em processos de trabalho verticalizados e fragmentados, cuja oferta de serviços organiza-se a partir de uma lógica de coordenações que funcionam de modo independente entre si, como se não tratassem de um mesmo sujeito. E essa mesma lógica de gestão, estruturada a partir das necessidades mercadológicas da instituição, que precisa concomitantemente entrar em contato com uma opção de trabalho colegiada e pautada em discursos coletivos.

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003. p.3).

Assim, nos deparamos com uma equipe que muitas vezes se confunde com um mero agrupamento de diferentes trabalhadores, cada um com sua expertise no que se propõe a fazer, mas cujas ações parecem disparadas a partir de um ato médico, ao invés de serem pensadas e decididas em um processo coletivo e coordenado do trabalho em saúde, focado em atender às reais necessidades de saúde dos usuários. Entretanto, não se pode desconsiderar que qualquer tentativa de transpor essa equipe de uma prática agrupada para uma integração de fato, implica por em xeque todas as relações de poder e disputa inerentes a esse contexto.

É comum por exemplo, que durante a realização de atividades de promoção e educação em saúde pela equipe multiprofissional - grupos de acolhimento, salas de espera, dentre outras – que o profissional médico não se disponibilize a ocupar estes espaços de interlocução com os usuários. O que não necessariamente depende somente de seu interesse pessoal, porém de uma série de fatores associados, como: lógica dos processos de trabalho já estabelecidos com uma demanda assistencial exaustiva, bem como uma lacuna no currículo formativo.

O discurso da prática biomédica se refere às demais profissões como terapêuticas complementares, estabelecendo assim necessariamente um degrau de superioridade. Ou, o que é ainda pior, transmite-se a idéia de que todas as demais ciências foram construídas a fim de facilitar o trabalho do doutor, que agora consegue preocupar-se somente com o que lhe diz respeito em suas atribuições.

Talvez por isso conviver com a proposta de trabalho estimulada pela RIS provoca um confronto diário com a necessidade de compreender que a tecnologia relacional do cuidado deve ser comum a todas as categorias, para além das dimensões tecnicistas, conforme explicitado: “... o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação entre seus núcleos de competências específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém...”. (MERHY, 2008).

Como consequência disso vislumbramos um cenário onde uma maioria absoluta de serviços hospitalares prioriza a utilização de tecnologias duras, por assim dizer restritas a intervenções e procedimentos consumidores de um mercado altamente rentável e corporativista, em detrimento das estratégias relacionais de cuidado, “o que gera sistematicamente uma relação usuário-trabalhador

marcada por um processo de alienação, desresponsabilização, custosa e ocasionalmente resolutiveira”.

Diante disso, paradoxalmente deparamo-nos com serviços de saúde que, apesar de todo o aparato tecnológico disponível, não conseguem dar conta da complexidade de demandas apresentadas pelos sujeitos que os buscam. Se pensarmos os potenciais contidos em cada trabalhador que se dispõe a cuidar das pessoas com acolhimento e responsabilidade, então nos daremos conta de que nossos “recursos” são inesgotáveis e incomparavelmente mais econômico.

Conclusão

Os desafios são inerentes a toda proposta inovadora, neste sentido a Residência Integrada em Saúde deve ser compreendida dentro de uma processualidade histórica, que se faz cotidianamente a partir da micropolítica das relações. Esta estratégia torna-se capaz de reconstruir/transformar a realidade já dada na medida em que confronta o modelo assistencial que está posto e propõe um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar os usuários. (MERHY, 2008).

As dificuldades encontradas no processo de consolidação do programa RIS-ESP/CE no contexto hospitalar devem ser percebidas não como obstáculos, mas como matéria-prima para a produção de novas formas de cuidar e de gerir processos de trabalho, bem como fortalecer o princípio da integralidade no intuito de pontencializar o trabalho interprofissional.

Referências

BERGMAN, A.; THULER. L. C.; S. FERREIRA, S.C. **Ensino em atenção oncológica no Brasil:** carências e oportunidades. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287/98, de 08 de outubro de 1998.** 145 Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (org). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

DALLAGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia:** a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. 2008. 91p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre – RS.

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional de Saúde: ensinar, atender (re)construir as instituições-escola na saúde.** 2011. 200p. Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós- Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre – RS.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 2008.

REGIMENTO da Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. 2013. Disponível em: http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/113/GUIA_RIS_ESPCE/REGIMENTO/REGIMENTO_RMSFC_VERSAO_29_ABRIL.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2014.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecemos à todos os atores envolvidos no Programa de Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE.

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: REFLEXÕES DA TERRITORIALIZAÇÃO NA COMUNIDADE DE MUTAMBA EM ICAPUÍ-CE.

Paula Jordânia Paixão de Souza– Enfermeira residente da Escola de Saúde Pública do Ceará. paulinha_jordania@hotmail.com

Francisca Cleana Marques da Costa- Enfermeira residente da ESP\CE.

Maria Gracineide Maia de Sousa – Assistente Social residente da ESP\CE.

Raquel Cordeiro de Souza – Enfermeira residente da ESP\CE.

Sabrina Silva Santos- Enfermeira residente da ESP\CE.

Brena Jéssica da Silva Damasceno – Enfermeira preceptora da ESP\CE.

Palavras-chave: Saúde da Família. Saúde Pública. Educação Permanente.

Resumo

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade caracteriza-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço e tem o objetivo de formar-ativar sanitaristas, com competências técnicas-científicas-políticas. Assim, as divisões territoriais utilizadas no município, tais como no SUS, o distrito sanitário e a área de abrangência são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. Trata-se de um relato de experiência realizado no território de Mutamba no município de Icapuí\CE, pertencente a Unidade Básica de Saúde Catarina Evangelista de Souza. A mesma foi desenvolvida de maio a julho de 2014, onde os residentes realizaram a observação participante do território. A coleta de dados foi a partir do instrumento de reconhecimento do território onde sistematizamos o diário de campo e registrávamos as experiências vivenciadas no processo de imersão. Ao adentrar no território de prática realizamos visitas institucionais para conhecer as redes de atenção que envolve a dinâmica do município de Icapuí nos seus diversos setores. Após as visitas conhecemos o nosso cenário de prática, onde acompanhados pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), adentramos nas microáreas do território de abrangência da UBS. Na territorialização visitamos pessoas de grande importância na comunidade, onde ouvimos os relatos das suas fragilidades e potencialidades do território, tendo uma visão abrangente da história de vida, perfil social e econômico da comunidade, sua cultura, condições de renda e trabalho, lideranças das comunidades, perfil demográfico e principais problemas de saúde que acomete a população e os problemas de diversas vertentes que a comunidade vivencia.

Introdução

A Residência Integrada em Saúde (RIS) com ênfase em Saúde da Família e Comunidade cuja modalidade de ensino de pós-graduação é Lato Sensu, (Especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde) em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço, no âmbito do Sistema Municipal / Estadual de Saúde ou Região de Saúde correspondente. A mesma tem o objetivo de formar-ativar sanitaristas, com competências técnicas-científicas-políticas, para a qualificação da atenção, gestão e controle social do SUS, visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.

O cenário de prática da RIS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que caracteriza-se enquanto espaço de atuação dos profissionais, de forma que sua execução não se restringe às intervenções dentro das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e sim alcance também o território, lugar privilegiado para o desenvolvimento do processo de trabalho junto à população. O conceito de território vai além do aspecto geográfico, é mais do que uma região; ele envolve também práticas sociais, políticas e técnicas, em que surgem, permanentemente, informações, transformações e modernizações (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Um dos entendimentos mais tradicionais de território é de que se trata de uma instância de poder. Assim, as divisões territoriais utilizadas no município, tais como no SUS, o distrito sanitário e a área de abrangência são áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político. O território apresenta também um perfil demográfico, epidemiológico, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

A partir desse entendimento são verificadas as seguintes vertentes básicas das noções de território: vertente parcial (percepção do território apenas a partir do ponto de vista - sob os olhares político, simbólico-cultural, econômico e naturalista); vertente integradora (observa-se o território como revelador de parte ou de todos os citados anteriormente); relacional (território como movimento, dando origem a processos como territorialização, desterritorialização e reterritorialização – TDR); e multiterritorial (territorialidade do setor saúde com outras territorialidades locais) (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Barcellos (2006) ressalta que a territorialização é em um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF e o território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Assim, o processo contínuo de territorialização deve buscar ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, contemplando permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizado no território de Mutamba, pertencente ao município de Icapuí/CE, área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Catarina Evangelista de Souza, que fora desenvolvido pelos residentes da ênfase da Saúde da Família e Comunidade, composta por uma equipe multiprofissional que contempla além da equipe de referência (enfermeiro, médico, dentista), um núcleo de apoio a saúde da família composto por: fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo.

A mesma foi desenvolvida no período de maio a julho de 2014, onde os residentes realizaram a observação participante do território de abrangência da unidade. A coleta de dados se deu a partir do instrumento de reconhecimento do território, de forma que o mesmo contempla diversos aspectos que nos norteou a identificar dados sobre a equipe, visão e descrição panorâmica da área, avaliação do acesso a unidade de saúde, barreiras geográficas, barreiras funcionais, barreiras sociais e culturais, atores sociais de destaque, recursos sociais, condições de saneamento da área, característica da população da área de abrangência, dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

A partir do instrumento sistematizamos o nosso diário de campo, onde registrávamos as experiências vivenciadas durante o processo de imersão no território, no qual conversamos com as lideranças comunitárias e identificamos os equipamentos sociais do território, de forma a conhecer a história local, sua cultura, sua dinâmica de vida e trabalho, bem como as redes intersetoriais de atenção à saúde.

Resultados e Discussão

Ao adentrar no território de prática realizamos visitas institucionais para conhecer as redes de atenção que envolve a dinâmica do município de Icapuí nos seus diversos setores: Assistência Social, Educação e Saúde, um tripé fundamental na sociedade que funciona como o meio de assegurar os direitos e deveres dos cidadãos icapuienses.

Tivemos a oportunidade de conhecer as redes que compõe o município, tais como: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Assistência Social, CRAS (Centro de Referência na Assistência Social), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), CREAS (Centro de Referência Especializado na Assistência Social), Centro de Fisioterapia, Hospital Municipal, onde podemos conhecer as potencialidades e fragilidades de cada setor para assim podemos fortalecer as redes de atenção e consequentemente trabalharmos intersetorialmente, multiprofissionalmente de forma integral.

Após as visitas as instituições conhecemos o nosso cenário de prática, onde acompanhados pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) adentramos nas quatro microáreas adscritas no território de abrangência da UBS Catarina Evangelista de Souza.

Cada ACS detêm na sua área de abrangência de equipamentos sociais, onde se fortalece as redes sociais e de apoio da comunidade. A ACS S.C.R. cobre uma microárea na qual existe salão de beleza, mercantis, igreja evangélica e católica, padaria, depósitos, posto de gasolina, o CRAS (Centro de Referência na Assistência Social), Centro de Fisioterapia. O principal meio de transporte é moto, bicicleta e a pé. A renda familiar da comunidade é de um a dois salários mínimos, porém poucas pessoas recebem o benefício do bolsa família. A sua microárea destaca-se por ter uma boa condição socio-econômica.

No território do ACS E.D.V. existe enquanto equipamentos sociais escola, praça da liberdade, mirante (principal ponto turístico da cidade), cemitério, comércios, igreja evangélica, campo de futebol e prostíbulo. A microárea desse ACS se destaca por ser de grande vulnerabilidade, tendo em vista que há muitos usuários de crack, álcool e outras drogas, bem como áreas sem a infra-estrutura básica para viver.

A ACS J.M.G. detêm de uma microárea vulnerável socialmente, tendo em vista o uso e tráfico de drogas; casas de taipa e palha ainda existentes em áreas incompatíveis com a sobrevivência humana. Há praça, igreja evangélica, campo de futebol, escola e bares, posseiros, ocupantes de terrenos públicos da Prefeitura Municipal de Icapuí. E também é uma área que se destaca pelo abuso sexual de menores e pela prostituição. A principal fonte de renda é a pesca e a agricultura.

A ACS A.N.H. se destaca enquanto equipamentos sociais igreja evangélica, campo de futebol, cemitério, bares, mercantis, não há áreas de risco, acessibilidade boa a unidade básica de saúde. No seu território há muitos cajueiros. O analfabetismo é predominante na população idosa e a renda familiar é de até um salário mínimo. As pessoas vivem de empregos da prefeitura, agricultura e pesca.

Durante a nossa territorialização visitamos as microáreas descritas acima e tivemos a oportunidade de conversar com várias pessoas de grande importância na comunidade. Porém, mediante a grande influência e responsabilidade na comunidade e por serem moradores antigos optamos a descrever três visitas. A primeira foi na casa da senhora M.L, 70 anos, aposentada, onde a mesma nos falou que *“antigamente em frente a sua casa tinha estrada de areia que era a via principal da entrada da cidade, não havia energia elétrica, porém havia uma televisão pública situada na praça próximo a sua residência. Pouco se ia ao médico, utilizando-se de ervas e plantas medicinais”*. O município de Icapuí era distrito de Aracati, o que dificultava a resolução dos seus problemas e ressalva que houve grande melhora após a emancipação política do município.

Outra visita se deu na casa da senhora M. A, moradora do município a 52 anos e mora em Mutamba a 50 anos. A mesma relatou que todo o bairro era na areia, havia casas de taipa e palha, não havia abastecimento de água, sendo esta distribuída por uma bomba. O lixo era queimado no próprio quintal e só tinha transporte para ir a Aracati duas vezes por semana. A mesma falou que iluminação

era por lamparina.

Com o tempo a situação de vida das pessoas foi melhorando, visto que o acesso aos serviços básicos de educação, saúde, segurança, moradia, etc estão mais fáceis. A Sra. M.R. relata que ainda há alguns problemas como o transporte dos pacientes com dificuldades de locomoção que necessitam do centro de fisioterapia, bem como a carência do atendimento odontológico por falta de materiais e insumos. Queixa-se da ausência de especialidades médicas no município, pois algumas consultas médicas são realizadas em Aracati, município de referência.

Por último visitamos a casa de dona L.L, 67 anos, aposentada, era artesã, confeccionava labirinto. A mesma falou que a principal fonte de renda era a pesca, a agricultura e os engenhos existentes na época, de onde se extraía a cachaça e que seu pai era guarda da malária (agente de endêmias) e que no ano de 1936 houve um surto da malária no município onde ocorreu vários óbitos. Nesta época as casas era de palha e barro e o chão de barro batido.

Dona L.L ainda relata que em 1957 houve uma grande seca na região, onde as pessoas tiveram que abandonar as suas casas e ir para Aracati. Nesta época as crianças morriam de diarreia, vômitos, paralisia infantil, pouco se frequentava o hospital; a população preferia ir para a rezadeira e tomar remédios caseiros. A mesma fala que há problemas na comunidade e que falta emprego para as pessoas e a pesca da lagosta estar muito prejudicada, pois pouco se pesca.

Conclusão

Com a chegada da residência multiprofissional em saúde ao município de Icapuí, tivemos a oportunidade de conhecer os diversos cenários que integra o sistema e a rede de atenção à saúde. A partir de então observamos a realidade local do município, bem como a sua dinâmica de atendimento e funcionamento. Onde fomos bem recebidos pela comunidade que mostrou satisfação com a nossa chegada. Dessa forma, reconhecemos o nosso cenário de prática enquanto um espaço dinâmico, vivo, rico de possibilidades para as nossas intervenções, uma vez que cada comunidade tem suas peculiaridades, que refletem na saúde da população.

A partir do processo de territorialização iniciamos a apropriação do conhecimento do cenário de prática, das suas fragilidades e potencialidades, sendo possível através do mesmo uma visão abrangente sobre história de vida, perfil social e econômico da comunidade, bem como sua cultura, condições de renda e trabalho, lideranças das comunidades, perfil demográfico e principais problemas de saúde que acomete a população e também os problemas de diversas vertentes que a comunidade vivencia.

Observamos o interesse dos profissionais na resolução dos problemas e suas boas relações de trabalho, bem como identificamos empatia e abertura para novas propostas de trabalho junto a equipe de residência multiprofissional.

Algumas fragilidades foram identificadas como a estrutura física de várias instituições públicas, que impossibilitam o bom funcionamento de acessibilidade e fluxo de quem depende do serviço e também uma falha na identificação de alguns prédios públicos, que dificulta a percepção do serviço. Também o número insuficiente de funcionários e profissionais para dar resposta as demandas existentes. Outro ponto é a inexistência de centrais de esterilização de material nas unidades básicas de saúde, centralizando o serviço no hospital, que consequentemente dificulta a eficácia e o controle de materiais no serviço.

Com isso a nossa visão foi ampliada acerca do dinamismo biopsicosociocultural identificados nas mais diversas comunidades, o que nos possibilita um cuidado com visão holística, respeitando hábitos, culturas e crenças locais, evitando a centralização da resolução de problemas sob exclusividade do eixo da saúde, uma vez que todos os setores são corresponsáveis pela resolução dos problemas da comunidade, inclusive a própria comunidade.

Referências

ANDRADE, L. O. M.; PAGANI, R. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, supl.1, p.94-106, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/08.pdf>> Acesso em: 05 de Julho de 2014.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELOS, M. O território no programa de saúde da família. Minas Gerais. Hygeia, 2006.

Agradecimentos

Agradecemos a toda a comunidade de Mutamba que nos recebeu com imenso carinho e respeito. Agradecemos aos agentes comunitários de saúde das microáreas adscritas que foram de suma importância para a concretização deste trabalho, se tornaram nossos parceiros e sempre nos incentivaram para conhecer a realidade de cada território

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

e junto com eles buscar respectivas soluções. Agradecemos a preceptora de núcleo por sempre estar disposta a nos orientar, nos direcionando e sempre se disponibilizando para nos ajudar neste processo de reconhecimento de território, tornando possível a concretização deste trabalho pela residência multiprofissional em saúde.

RESPOSTA DAS MÃES FRENTE A OFICINAS DE PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR

Pâmela Câmpelo Paiva – UNIFOR enfapamelapaiva@hotmail.com

Suzane Passos de Vasconcelos - FAMETRO

Izabela de Sousa Silva – Hospital Cura D’ars

Bruna Carolina Rodrigues Tamboril – Universidade de Fortaleza

Fátima Luna Pinheiro Landim – UNIFOR

Karla Maria Carneiro Rolim (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro. Mãe. Alta Hospitalar. Cuidados de Enfermagem.

Resumo

A assistência neonatal apresenta hoje um vasto campo de trabalho cuja meta é a redução da morbimortalidade perinatais e a procura da sobrevivência do RN nas melhores condições funcionais possíveis impulsionando os profissionais a buscar um atendimento direcionado ao desenvolvimento integral no intuito de favorecer a estes neonatos uma melhor qualidade de vida. O estudo tem por objetivo conhecer a percepção materna frente as oficinas de preparo para a alta hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa desenvolvido no BMR da Unidade de Internação Neonatal (UIN), da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Os sujeitos do estudo foram 10 mães de bebês e a abordagem às participantes aconteceu nos meses de novembro/2010 a janeiro/2011. Utilizamos como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada. De posse das falas, estas foram transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, sendo posteriormente submetidas à análise de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, por meio do ofício nº 035/11 e protocolo de nº 005/11, em acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Um dos pontos essenciais para qualificar o cuidado às mães/família consiste justamente em reconhecer a sua subjetividade e a sua importância no acompanhamento do pequeno paciente. A partir dos encontros e das nossas oficinas, houve construção da autonomia materna no cuidado com o bebê no domicílio.

Introdução

O nascimento de um bebê, geralmente é um evento marcante para a família. Os pais passaram a gestação inteira idealizando como seria essa criança, com quem ela seria parecida, se seria menino ou menina, mas, na maioria das vezes, a principal preocupação é se a criança nascerá com saúde. No entanto, algumas famílias têm essas expectativas frustradas, deparando-se com uma situação imprevisível e ansiogênica, em virtude de alguma intercorrência no processo do nascimento, ou até mesmo no período gestacional, que resultam no internamento desse bebê na unidade de neonatologia.

Desde a criação do primeiro berçário, que data de 1893, em Paris, por Madame Henry, enfermeira-chefe da “Casa de Partos”, a tecnologia avançou e nas últimas décadas, recém-nascidos (RN) de alto risco conseguem aumentar suas possibilidades de sobrevivência graças ao surgimento de unidade de cuidados intensivos neonatais, onde é ressaltado o aspecto tecnológico na prática assistencial, desconsiderando o biopsicossocial e espiritual. Essa assistência contribui para a separação do binômio mãe/filho, dificultando a formação de um vínculo afetivo entre eles (UNGUERER; MIRANDA, 2003).

Consoante Brasil (2002), em todo o mundo, nascem atualmente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso. Destas um terço morrem antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comum em crianças prematuras e de baixo peso. Além disso, muitos bebês são acometidos de distúrbio metabólicos, dificuldades de alimenta-se e para regular a temperatura corporal.

A prematuridade e o baixo peso estão intimamente associados à mortalidade perinatal, neonatal e infantil, sendo o risco de morbimortalidade tanto maior quanto menor a idade gestacional e o peso de nascimento, devido aos riscos na adaptação à vida extra-uterina por consequência da imaturidade dos órgãos e sistemas (RUGOLO, 2000).

A hospitalização é percebida como sendo uma experiência desagradável por determinar processos de perdas, independente do tempo de permanência no hospital e da faixa etária. Contudo, as crianças são extremamente vulneráveis, visto que esta situação repercute diretamente no seu desenvolvimento, isto é, no seu processo evolutivo, exigindo profunda adaptação às várias mudanças que as acometem no seu dia-a-dia (MORAIS, 2008).

Wernet (2007 apud FLACKING, EWALD, NYQVIST E STARRIN, 2005) apontam ser a separação entre mãe e neonato, vivenciada com a prematuridade e ida do filho para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), um fator gerador de insegurança no *self* e papel materno, repercutindo em sensação de insignificância, de sentir-se quase como uma mera visita do filho, pois além da separação inevitável, ocorre ainda o aparecimento de sentimentos como culpa, incompetência e luto, que dificultarão ainda mais o estreitamento dos laços familiares (VARGAS et al, 2005).

Durante a internação do bebê na UTIN a enfermeira poderá orientar a mãe a entender as respostas do bebê e, assim, contribuir para o seu restabelecimento. Alguns fatores facilitam esta interação, como: monitorar as pistas do bebê (frequência cardíaca e respiratória regular; boa oxigenação; cor da pele estável; funções digestivas estáveis; ocasionais sustos ou estremecimentos; tônus muscular mantido; aconchego; levar a mão à face ou à boca; sorriso; busca de sucção; movimentos suaves e coordenados; olhar interessado; sono profundo; dirigir o rosto para a voz; elevação das sobrancelhas; imitação das expressões faciais), saber quando parar o manuseio; falar com o bebê; desenrolar o bebê; colocá-lo, quando possível, sentado e esfregar-lhe as costas; tentar sucção não nutritiva por cinco ou dez minutos (GURGEL; ROLIM 2005).

Segundo Scochi e cols., (2003), a ausência de oportunidade da mãe se relacionar com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo na formação e efetivação do apego. Esse prejuízo pode influenciar no prognóstico do RN internado e na atitude da mãe diante da hospitalização. Contudo, é necessário que as mães se sintam seguras e tenham o suporte psicológico, social e educacional para enfrentarem a internação do bebê durante a hospitalização e após a alta. Para tal, acreditamos que as mães devam ser preparadas durante a internação dos seus filhos no Berçário de Médio Risco (BMR).

A sobrevivência de RNs com agravos a saúde e prematuros têm aumentado significativamente em decorrência dos avanços tecnológicos, dos diagnósticos em tempo hábeis e da qualidade de assistência neonatal prestada ao bebês no parto e hospitalizados. A assistência neonatal apresenta hoje um vasto campo de trabalho cuja meta é a redução da morbimortalidade perinatais e a procura da sobrevivência do RN nas melhores condições funcionais possíveis impulsionando os profissionais a buscar um atendimento direcionado ao desenvolvimento integral no intuito de favorecer a estes neonatos uma melhor qualidade de vida. O estudo tem por objetivo conhecer a percepção materna frente as oficinas de preparo para a alta hospitalar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa desenvolvido no BMR da Unidade de Internação Neonatal (UIN), da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. O objetivo dessa Unidade é a recuperação do RN, em tempo hábil, e a estimulação e o fortalecimento do vínculo afetivo mãe / bebê, bem como a promoção do aleitamento materno.

Os sujeitos do estudo foram 10 mães de bebês e a abordagem às participantes aconteceu nos meses de novembro/2010 a

janeiro/2011. Utilizamos como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas, contendo dados de identificação mãe / filho e relativos à preparação materna para a alta hospitalar do bebê. De posse das falas, estas foram transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, sendo posteriormente submetidas à análise de conteúdo, em três etapas (BARDIN, 2008). A princípio indagamos as mães sobre os principais assuntos que as mesmas gostariam que fossem abordados por nós, posteriormente realizamos oficinas educativas orientando-as sobre as principais dúvidas e dificuldades levantadas referente aos cuidados com o bebê, em domicílio. Em seguida, realizamos uma entrevista individual com cada genitora, a fim de conhecer a percepção das mesmas sobre as oficinas de preparo pós alta hospitalar.

Para análise dos dados, foi utilizada uma abordagem qualitativa, que se compromete em explicar as relações sociais bem como a dinâmica, e, tem o interesse de atingir um nível de realidade, ou seja, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

Na fase de tratamento e interpretação, os dados foram organizados em temáticas, analisados e interpretados à luz da literatura pertinente ao tema e vivência das autoras. Para completar os dados durante as observações, utilizamos também um diário de campo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, por meio do ofício nº 035/11 e protocolo de nº 005/11, em acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Resultados e Discussão

Os pais, ao cuidar do filho em domicílio, fundamentam-se no acolhimento e no seguimento de orientações recebidos dos profissionais de saúde. O processo de adaptação à nova tarefa é permeado, inicialmente, por momentos de insegurança que evoluem para comportamentos que refletem solidez na relação dos pais com o seu bebê (TRONCHIN, 2005). A capacitação dos pais é vital para o sucesso da transição do RN prematuro (RNPT) do ambiente hospitalar para o domiciliar.

É função das enfermeiras da Unidade de Cuidado Neonatal contribuir no planejamento de alta, de modo a facilitar a transição do hospital para o domicílio e fornecer as famílias orientações específicas e individualizadas de modo a suprir as necessidades do RN e de seus cuidadores (CABRAL, 2003).

Um ponto interessante é a valorização da definição de um plano de cuidados para junto às famílias, durante a internação do RNPT, como caminho para tornar mais eficazes os cuidados prestados ao bebê e para auxiliar na busca por respostas compartilhadas para a resolução de conflitos e dúvidas de seus cuidadores (COUTO, 2009). Outra constatação é exemplificada pela afirmação de que a alta hospitalar representa o rompimento com o mundo da internação hospitalar e gera situações próprias do contexto domiciliar. A partir dos encontros e das nossas oficinas, houve construção da autonomia materna no cuidado com o bebê no domicílio. Esta autonomia foi estabelecida por meio do vínculo criado entre profissionais e o cuidador, objetivando promover o “empoderamento” deste para as habilidades no cuidado do bebê. Como podemos constatar em suas falas:

[...] pelo menos na história do banho, tinha muito detalhe que eu não sabia, eu acho que toda mãe por mais experiência que ela acha que tem ela sente insegurança na hora de levar o bebê pra casa, e se toda mãe tivesse a oportunidade de ter essa preparação antes de levar pra casa ia ser muito importante (M3).

[...] eu acho importante por que tirou as dúvidas da gente em relação a como cuidar do neném quando chegar em casa, por que ele assim evolui bastante aqui aí pra não regredir tudo e ter que voltar pra cá é melhor que a gente tenha um preparo desses pra quando chegar em casa a gente saber tratar deles (M8).

A elaboração de ações voltadas aos cuidadores centralizados nas famílias como meio de reduzir o impacto psicológico de sua experiência nas unidades de internação e diminuir o estresse e os sentimentos de desamparo, comumente vivenciados pelos familiares neste período (COUTO, 2009).

Para a que pudéssemos realizar as oficinas educativas contamos com a ajuda de uma enfermeira responsável pelo BMR da instituição pesquisada. Como fio condutor foi utilizado o mesmo instrumento, em uso rotineiro na referida unidade, haja vista que este contém itens explicativos sobre os cuidados ao RN em domicílio. Assim, foi possível entrelaçar nosso aprendizado e a contribuição do serviço de enfermagem em prol da saúde e do bem estar do binômio mãe/filho.

A aproximação com as mães/bebê favorece condições de relacionamento, estabelece credibilidade, confiança e pontos de apoio em momentos difíceis, diminuindo a tensão e a angústia, referendando o cuidado humano. A promoção deste cuidado fortifica o vínculo mãe/filho nos casos de bebê nascido de alto-risco, pois se observa que as mães participantes, quando acolhidas pelos profissionais, apresentam uma interação maior com seu filho, a equipe e a instituição (BRASIL, 2002).

Ademais, a aproximação e a vivência das mães/famíliares em unidades de neonatologia podem trazer subsídios para os profissionais refletirem sobre sua prática, envolvendo acolhimento, incorporando a família como foco importante do cuidar, transcendendo o modelo

biomédico predominante. Isso implica em repensar a relação estabelecida com a família, as condições de trabalho, envolvendo a política e a gestão institucional e a formação do profissional (ALENCAR, 2006).

A retroalimentação do cuidado dispensado às mães foi a participação efetiva, nos momentos de interação, e nas oficinas educativas, delineadas pelas pesquisadoras, nas quais as mães demonstraram o aprendizado aos cuidados com o bebê, no banho, na limpeza do coto umbilical, na “pega” do bebê no seio, entre outros. Praticando com as mães, buscamos desfazer as dúvidas quanto aos cuidados a serem dispensados ao bebê em domicílio.

As relações iniciais entre o bebê e seus pais são consideradas fundamentais às relações sociais futuras. A ligação afetiva entre eles não acontece da noite para o dia, devendo ser vista como um *continuum* de aprendizagem. O fortalecimento dos laços afetivos ocorre após o nascimento graças às oportunidades mútuas de ver, tocar e cuidar do bebê. Assistir ao bebê e seus pais é uma das preocupações da enfermeira, que deve começar pela inclusão dos mesmos no planejamento da assistência ao bebê (ROLIM, 2006).

Conclusão

Embasadas nos resultados do estudo, percebemos que existe por parte das mães a visão de que a instituição hospitalar representa uma oportunidade de aprendizagem para aquisição de segurança quanto ao cuidado às crianças nascidas prematuras, em domicílio. Percebemos nas mães que vivenciaram a rotina do BMR, dificuldades, dúvidas, medos, inseguranças e angústias no cuidar do bebê. O vínculo afetivo do binômio mãe/filho foi evidenciado e, por sua vez, considerado fator de extrema relevância na recuperação do bebê. Nesse sentido, o toque, o calor humano e o carinho ofertados pela mãe culminaram na afirmativa de que não seria possível o conhecimento e a cura completa dos seus filhos sem esses elementos essenciais.

Um dos pontos essenciais para qualificar o cuidado às mães/família consiste justamente em reconhecer a sua subjetividade e a sua importância no acompanhamento do pequeno paciente. Assim, reconhecer e valorizar as vivências desses indivíduos exige que os profissionais admitam que, mesmo no desconhecimento do mundo técnico do BMR, os familiares têm seus saberes e, a partir deles e de suas experiências, dão sentido a esse local que passa a representar um novo espaço em suas vidas. Ressaltamos que pequenas mudanças, voltadas à dimensão relacional, inseridas no cotidiano da unidade neonatal não serão suficientes, mas não deixam de ser o início de processos significativos na busca de construir um cuidado mais humano.

Diante do exposto, faz-se necessário, portanto, implantar a educação permanente da equipe neonatal, incluindo, também, conteúdos sobre o cuidado centrado no desenvolvimento, apego e vínculo afetivo mãe/filho, relacionamento interpessoal, acolhimento da clientela e entre outros, o uso de técnicas educativas para otimizar o treinamento da mãe e família para o cuidado domiciliar.

Referências

ALENCAR AJC, ROLIM KMC. **Bases Científicas do Acolhimento Amoroso ao Recém-Nascido**. Rev da Sociedade de Pediatria do Ceará. 2006;7(1): 27-32.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4a. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília-DF, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução 196/96. Decreto nº. 93.933 de janeiro de 1987. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

CABRAL IE, Moraes JRMM, Santos FF. **O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais**. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2003 ago; 7(2): 211-18.

COUTO, F.F.; PRAÇA, N.S. **Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica**. Esc.

Anna Neri Rev Enferm 2009 out/dez; 13(4): 886-91.

GURGEL, E.P.P.; ROLIM, K.M.C. **A primeira visita da mãe à unidade de terapia intensiva neonatal: o acolhimento como promoção ao cuidado humano.** Rev. RENE 2005; 6(2): 63-71.

MORAIS, G.S.N.; COSTA, S.F.G. **Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.** Rev Esc Enferm USP 2009; 43(3): 639-46.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010

REGO, JD. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.** São Paulo: Atheneu, 2002.

RODRIGUES ZC, COSTENARO RGS. **Atuação do enfermeiro e equipe multiprofissional no centro de terapia intensiva: um estudo fundamentado na teoria de Wiedenbach** In: Costenaro RGS. **Cuidando em enfermagem: pesquisas e reflexões.** Santa Maria: UNIFRA, 2001.

REGO, JD. **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares.** São Paulo: Atheneu, 2002.

RUGOLO, L.M.S.S. **Manual de neonatologia.** 2. ed. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neonatologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SCOCHI, C. G. S., KOKUDAY, M. L. P., RIUL, M. J. S., ROSSANEZ, L. S. S., FONSECA, L. M. M., & LEITE, A. M. **Incentivando vínculo mãe-filho em situações de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto.** Revista Latina Americana de Enfermagem. 11 (4): 539-543, 2003.

TRONCHIN, DMR, TSUNECHIRO, MA. **A experiência de tornarem-se pais de recém-nascidos prematuros: um enfoque etnográfico.** Rev Bras Enferm 2005 jan/fev; 58(1): 49-54.

VARGAS MM. PAIXÃO, E.J., CRUZ, A., MC, OLIVEIRA, J.S., & MATOS, R.T.D. (2005). **Um estudo da interação mãe-bebê em UTI neonatal. Relatório Final de pesquisa pela Universidade Tiradentes.**

ROLIM, KMC. **O diálogo da enfermeira e o recém-nascido na Unidade de Internação Neonatal.** 2004. [Doutorado em Enfermagem]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2006.

Agradecimentos

Agradecemos pela oportunidade de apresentar nosso trabalho no Seminário Internacional de Promoção da Saúde, a orientadora dessa pesquisa pelo esmero, cumplicidade, dedicação e aos colaboradores que enriqueceram ainda mais o trabalho.

RESULTADOS DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA REALIZADAS DURANTE A COPA DO MUNDO NA CIDADE-SEDE FORTALEZA

Líllian de Queiroz Costa – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fiscal da Vigilância Sanitária de Fortaleza. Email: lillianqueiroz@hotmail.com

Débora Sâmara Guimarães Dantas – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – UECE.

Thalita Soares Rimes – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – UECE.

Elzo Pereira Pinto Junior – Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – UECE.

Ivna Barreto Costa Cidrão – Chefe da Vigilância Sanitária do Município de Fortaleza - Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS).

Marcelo Gurgel Carlos da Silva (Orientador) – Professor titular da Universidade Estadual do Ceará e Pós-doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Vigilância Sanitária. Promoção da Saúde.

Resumo

A Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir em diversos problemas sanitários. A Portaria 1.139, de junho de 2013 foi instituída com a finalidade de prevenir os riscos à saúde da população envolvida em eventos de massa. Objetivou-se descrever os resultados das ações de vigilância sanitária desenvolvidas durante a Copa do Mundo em Fortaleza. Estudo transversal descritivo e quantitativo, realizado em Fortaleza. As atividades acometeram todos os serviços de alimentação, saúde e instalações sanitárias da Arena Castelão e da FIFA FAN FEST (FFF). A coleta dos dados ocorreu de 8 de junho a 7 de julho de 2014. As inspeções aconteciam 6 horas antes dos jogos e durante o evento na FFF. Os resultados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais. Foram totalizadas 1.776 inspeções. A maioria foi feita em instalações sanitárias 850 (48,0%), seguida dos serviços de alimentação 695 (40,0%), ambulâncias 139 (7,5%) e em ambulatorios 81 (4,5%). Uma pequena parcela do total (1.776) de serviços inspecionados apresentou irregularidades relevantes, 117 (6,6%). Os percentuais de irregularidades relevantes por área de atuação foram: 37 (5,3%) para alimentos, 17 (21,0%) nos serviços de saúde, 43 (30,9%) nas ambulâncias e 20 (2,4%) em banheiros. Ações como estas são de grande importância tanto para a população de turistas quanto para a população local, uma vez que contribuem para a prevenção de doenças e promoção da saúde de todos os envolvidos.

Introdução

O movimento de reforma sanitária, que aconteceu antes da promulgação da Constituição Federal, em 1988, fez emergir novas reflexões para a saúde e avançou inovando em propostas que culminariam por dar singularidade ao sistema de saúde brasileiro. Em alguns países, a regulação sanitária de produtos, como medicamentos e alimentos, está inserida em espaços alheios à saúde, no entanto, a reforma sanitária não permitiu que isto acontecesse no Brasil. Uma das propostas inovadoras foi a identificação de uma área capaz de integrar ações que tivessem como contribuir para a proteção da saúde em caráter coletivo, utilizando-se do Direito Sanitário e tendo como princípio o rito administrativo, para exercer o poder de polícia (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com Brasil (2011), em 1987, o acidente com Césio 137, em Goiânia, alertou a população e as autoridades para a importância de uma estrutura capaz de promover ações que contribuíssem para a segurança de produtos e dos serviços prestados no âmbito da saúde. Diante desse fato, foi redigida a Carta de Vitória, de 1988, na capital do Espírito Santo, a qual os coordenadores de vigilância sanitária fizeram chegar às mãos dos legisladores. Nesse sentido, o tema vigilância sanitária apareceu expressivamente na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, na sua regulamentação - Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080, de 1990) - o que elucidou, em certa medida, o modelo de vigilância sanitária desenvolvido para o Brasil. Ao longo do século XX, aconteceram inúmeras reformas, de maior ou menor proporção, bem como intensa produção de leis concentradas, sobretudo, na normatização das áreas de medicamentos e alimentos.

A Lei 9.782, de janeiro de 1999, definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária compreende o conjunto de ações definido pelo [§ 1º do art. 6º](#) e pelos [artigos 15 a 18 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), executado por instituições da Administração Pública direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

De acordo com a lei 8.080/90, Vigilância Sanitária é entendida como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários que decorrem do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, no sentido de abranger: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Portaria 1.139, de junho de 2013, foi instituída com a finalidade de prevenir e mitigar os riscos à saúde a que está exposta a população envolvida em eventos de massa, partindo-se da definição de responsabilidades dos gestores do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e do estabelecimento de mecanismos de controle e coordenação de ação durante todas as fases de desenvolvimento dos eventos com foco nas ações de atenção à saúde, incluindo promoção, proteção e vigilância e assistência à Saúde.

Eventos de massa podem ser entendidos como qualquer evento que envolva grande número de pessoas, reunidas para um objetivo específico (como por exemplo, motivos esportivos, culturais ou religiosos), com localização e período específico. Ao lidar com aglomeração de indivíduos oriundos de vários continentes, ainda que, a princípio não doentes, é necessário ponderar sobre os conceitos de cenários de risco que envolve a avaliação das potenciais Ameaças, Vulnerabilidades e Riscos relacionados ao evento, além do cumprimento dos preceitos legais nacionais e internacionais, segundo o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (WHO, 2008).

A estratégia do setor saúde em eventos de massa passa pela compreensão do evento, planejamento de ações preventivas e contingenciais no campo das vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental), promoção em saúde e da assistência em saúde, visando executar ações que possam responder oportunamente às demandas que ocorrerem.

Dessa forma, de acordo com Fortaleza (2014), com o advento da Copa do Mundo FIFA Brasil 2014, foi fundamental a instalação do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), no sentido de centralizar o comando e monitoramento das ações de saúde, incluindo entre essas ações as de vigilância sanitária com vistas a minimizar e/ou eliminar os riscos à saúde no período do evento, além do registro e a obtenção da tendência do perfil epidemiológico dos atendimentos em saúde.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo descrever os resultados das ações de vigilância sanitária desenvolvidas durante a Copa do Mundo 2014 na cidade-sede Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. O local da pesquisa foi o município de Fortaleza, uma das cidades-sede da Copa do Mundo FIFA Brasil 2014. As atividades realizadas acometeram todos os serviços de alimentação e de saúde e instalações sanitárias que se encontravam na Arena Castelão e FIFA FAN FEST – FFF. A coleta dos dados deu início concomitante às atividades do FFF, abrindo em 8 de junho de 2014 e encerrando no dia 7 de julho de 2014, data do último jogo realizado na cidade de Fortaleza.

Participaram das atividades de Vigilância Sanitária, fiscais municipais de vigilância sanitária das áreas de engenharia de alimentos, nutrição, enfermagem, farmácia e química. Além, do coordenador geral, supervisor, coordenador específico para as áreas de alimentos

e de serviço de saúde, assessoria técnica e jurídica, apoio, capatazia e motoristas.

As inspeções sanitárias aconteciam cerca de 6 horas antes de cada jogo na Arena Castelão, e na FFF, o horário das inspeções variava de acordo com a programação de cada dia, levando-se em consideração os jogos programados e o público estimado.

Foram utilizados pelos fiscais para realização das inspeções sanitárias os seguintes equipamentos, utensílios e insumos: termômetros infravermelhos e termômetros digitais de espeto com certificação de aferição; frascos estéreis e saco de primeiro uso para coleta de alimentos, baterias de gelo, caixas térmicas, lacres e etiquetas oficiais e termos fiscais. As ações realizadas foram categorizadas e organizadas em frequências absolutas e relativas.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos e legais, conforme a Resolução 466/12, da CONEP/CNS, não oferecendo riscos ou danos na dimensão física, moral, intelectual, social, cultural, ou espiritual dos sujeitos pesquisados. Os dados coletados somente serão utilizados para os fins do estudo.

Resultados e Discussão

A Vigilância Sanitária Municipal inspecionou todos os serviços de alimentação, de saúde e as instalações sanitárias que se encontravam na Arena Castelão e no evento FIFA FAN FEST (FFF), tais como postos médicos avançados, ambulatórios, restaurantes, *buffets*, lanchonetes, bares e outros durante os jogos da Copa do Mundo FIFA Brasil 2014, e ainda nos dias anteriores a todos os jogos realizados na Arena Castelão.

Durante o período compreendido entre os dias 8 de junho (data da abertura da FFF em Fortaleza) e 4 de julho (data do último jogo realizado em Fortaleza), na Arena Castelão foram realizadas 505 (100%) inspeções sanitárias, das quais, 430 (85,0%) estavam relacionadas aos serviços de alimentação, 69 (13,5%) aos serviços de saúde e 6 (1,5%) inspeções nas instalações sanitárias. Em relação à FFF, foram realizadas 374 (100%) inspeções sanitárias, das quais, 224 (60,0%) estavam relacionadas aos serviços de alimentação, 123 (33,0%) referentes aos serviços de saúde e 23 (7,0%) inspeções nas instalações sanitárias.

Com relação ao quantitativo dos serviços inspecionados durante todo o evento, totalizaram-se 1.776 (100%) inspeções. A grande maioria foi representada pelas instalações sanitárias com 850 (48,0%) banheiros sendo inspecionados, seguido dos serviços de alimentação com 695 (40,0%), os serviços de saúde somaram 81 (4,5%) inspeções em ambulatórios e 139 (7,5%) em ambulâncias de suporte básico e avançado. Uma pequena parcela do total (1776) de serviços inspecionados apresentou irregularidades consideradas relevantes, 117 (6,6%). Os percentuais de irregularidades relevantes por área de atuação foram: 37 (5,3%) para alimentos, 17 (21,0%) nos serviços de saúde, 43 (30,9%) nas ambulâncias e 20 (2,4%) em banheiros.

No que diz respeito às ações de vigilância realizadas nos serviços de alimentação, foi verificado que a maioria das irregularidades relevantes encontradas estava relacionada à exposição e distribuição de alimentos preparados sem controle de tempo e temperatura. As principais ações que foram desenvolvidas pela equipe da área de serviços de alimentação foram: controle da potabilidade da água utilizada na manipulação de alimentos e na higiene das mãos; verificação do recebimento, acondicionamento, exposição e distribuição dos alimentos fornecidos; verificação do fluxo de processo de descongelamento dos alimentos e de regeneração; inspeção nas empresas fornecedoras de alimentos para o evento; inspeção dos veículos de transporte de alimentos; monitoramento do tempo e temperatura de exposição dos alimentos expostos; verificação das condições higiênico-sanitárias das instalações físicas, equipamentos, móveis e utensílios; verificação dos produtos saneantes utilizados nos procedimentos de higienização; verificação da higiene e saúde dos manipuladores de alimentos; monitoramento da qualidade sanitária dos alimentos através da realização de coleta de amostras de alimentos congelados e regenerados; verificação do cumprimento do gerenciamento de resíduos sólidos provenientes dos serviços de alimentação.

Com relação às ações desenvolvidas pela equipe de serviços de interesse à saúde, houve inspeção em postos médicos avançados, ambulatórios, serviços pré-hospitalares móveis de suporte básico e suporte avançado. A maioria das irregularidades relevantes encontradas estava relacionada a processos de trabalho inadequados e a ausência de equipamentos essenciais para a garantia da assistência à saúde. As seguintes ações foram desenvolvidas: controle da potabilidade da água utilizada nos postos médicos avançados para higiene das mãos; verificação do cumprimento das boas práticas de serviços de saúde, quanto a medicamentos, processos de trabalho, produtos para a saúde, saneantes, equipamentos de proteção individual usados pelos trabalhadores da saúde, equipamentos de proteção coletiva, insumos suficientes e verificação do cumprimento do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde.

Conclusão

Por fim, faz-se necessário potencializar ações de Vigilância Sanitária em todo e qualquer evento acontecido na cidade de Fortaleza, visto que, através das ações realizadas pela equipe, ainda foi possível encontrar muitas não conformidades e realizar de imediato a minimização dos riscos relacionados aos serviços oferecidos, como por exemplo, com a ocorrência de apreensões de alimentos. Merece destaque as irregularidades encontradas também nas ambulâncias, contabilizando 30,9%, sendo referenciada com maior índice de irregularidade relevante, contemplado através de processos de trabalhos inadequados e a ausência de equipamentos essenciais

para a garantia de saúde, sendo premente, dessa forma, maiores investimentos nesse setor, além de fiscalizações contínuas.

Ações como estas são de grande importância tanto para a população de turistas quanto para a população local, uma vez que contribui diretamente para a promoção da saúde dos consumidores destes serviços, sendo de grande validade para prevenção de doenças e agravos a saúde.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2011. 113 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 6, II).

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1999.

BRASIL. [Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 19 set 1990; Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.139, de 10 de junho de 2013. **Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa**. Brasília, DF, 10 junho 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Final das Ações de Saúde Relacionadas à Copa do Mundo FIFA Brasil 2014 na Cidade-sede Fortaleza – CE**. Fortaleza, CE, 2014.

World Health Organization (WHO) 2008. **International health regulations** (2005) -- 2nd ed. ISBN 978 92 4 158041 0

REUNIÃO DE EQUIPE COMO FERRAMENTA PARA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 - Amanda Peres Lustosa – Enfermeira residente na ESF de Horizonte-Ce vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará - amandaperesfanor@live.com Autor 2 - Mônica Silva Cavalcanti - Enfermeira residente na ESF de Horizonte-Ce vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará Autor 3 - José Auricélio B. Cândido - Preceptor de campo da RIS. Mestrando em Saúde da Família-UECE Autor 4 - Hadassa Tavares Leandro – Psicóloga residente na ESF de Horizonte-Ce vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará Autor 5 (Orientador) - Rafaelly Fernandes Pereira Rebouças. Enfermeira da ESF de Horizonte-Ce. Preceptora de enfermagem da RIS. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. *Palavras-chave: Reunião de equipe. Processo de trabalho. Estratégia Saúde da família.*

Resumo

O presente relato de experiência tem como objetivo descrever as potencialidades e desafios da introdução de uma reunião de equipe e sua implicação no processo de trabalho. As reuniões de equipe vêm sendo desenvolvidas mensalmente em uma equipe de Estratégia Saúde da Família localizada no município de Horizonte-Ce e conta com a participação de todos os profissionais. O desenvolvimento das reuniões ocorre através de inserção de metodologias ativas como oficinas, dinâmicas, reflexões e troca de experiências que favoreçam o objetivo de uma reunião de equipe, ou seja, garantir um espaço de diálogo onde haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião, possibilitando autonomia profissional, e garantindo um planejamento pautado na participação de todos. Considera-se que a presente experiência vem valorando as potencialidades observadas e reconhecendo os desafios como um mecanismo de crescimento do grupo.

Introdução

A reunião de equipe no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma ferramenta estratégica de trabalho que possibilita e encoraja o entrosamento dos profissionais, garantindo um espaço de partilha e enfretamento de uma atenção fragmentada. É um espaço de diálogo onde é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião, possibilitando autonomia profissional, e garantindo um planejamento pautado na participação de todos (BRASIL, 2009). Para isso, as equipes de atenção primária à saúde possuem diretrizes que as tornam diferenciadas. Essas diretrizes por sua vez, enfatizam a responsabilidade sob um território de abrangência, o planejamento e organização da agenda de trabalho com compartilhamento de todos os profissionais e participação do planejamento local de saúde, estimulam o monitoramento e avaliação das ações na sua equipe, visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (BRASIL, 2012). Ainda nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização (2004) também lista em suas diretrizes específicas para a atenção primária, o comprometimento com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade entre os profissionais da rede de apoio, visando maior eficácia na atenção em saúde. Considera que as situações do cotidiano, os imprevistos, nem sempre possuem formas exatas de serem trabalhadas, o que muitas vezes instiga aos trabalhadores a percorrerem caminhos e executarem ações alicerçadas na criatividade que o contexto individual exige.

Nesse sentido, para que essas diretrizes conservem-se como integrantes do processo de trabalho nas equipes de saúde da família, é necessário que haja sintonia com as pactuações e as implementações de ações de saúde em seu território, uma vez que a falta de integração, pode acarretar num modelo de 2 atenção à saúde fragmentada, onde cada núcleo profissional executa suas atividades independentes sem ligação de saberes e práticas. A equipe de saúde da família pautada nas políticas públicas de saúde pode ampliar o seu olhar para além de um trabalho hierarquizado, oportunizando a incorporação de um trabalho alicerçado na interação entre os trabalhadores, possibilitando horizontalidade e flexibilidade por parte dos profissionais, maior autonomia, criatividade e interação da equipe, garantindo compartilhamento de estratégias e valorização dos núcleos profissionais (ALMEIDA e MISHIMA, 2001). As políticas de saúde do Brasil embasam incentivam a autonomia para que os profissionais tenham propriedade e corresponsabilidade pelo seu processo de trabalho, garantindo ações de saúde pautadas nas reais necessidades visualizadas no território. A partir disso e implicados pela Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) na ênfase de Saúde da Família e Comunidade, inserimos reuniões de equipe mensais numa ESF popularmente conhecida como Vila Nascimento, localizada no município de Horizonte-Ce, cenário de prática da RIS. Com isso, o presente relato de experiência tem como objetivos descrever as potencialidades e desafios da introdução de uma reunião de equipe e sua implicação no processo de trabalho.

Metodologia

O presente estudo consiste em um relato de experiência vivenciado por residentes em Saúde da Família e Comunidade, vinculadas à ESP-CE, com início em julho de 2013. A RIS da ESP traz a proposta de uma formação orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), observando as necessidades e realidades locais e regionais do cenário de prática. Com isso, observou-se a necessidade de realizar reuniões de equipe em uma ESF, nomeada Vila Nascimento, localizada no município de Horizonte-Ce, cenário de prática da RIS. Na unidade de saúde que vem sendo desenvolvida a experiência estão lotadas uma enfermeira, uma cirurgiã dentista e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social vinculados à RIS. Dentre os profissionais não residentes que compõem a equipe estão sete agentes comunitários de saúde (ACS's), uma médica, uma cirurgiã dentista, técnico em saúde bucal, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma agente administrativa, um motorista, uma auxiliar de serviços gerais, um porteiro e uma gerente da unidade. A reunião de equipe conta com a participação de todos os profissionais. Iniciaram-se os trabalhos com o processo de territorialização que possibilitou observar como funciona a organização do serviço no município de Horizonte-Ce e na respectiva UBS. Portanto, a iniciativa de introdução de uma reunião de equipe se confirma e tem base a partir de conhecimentos disparados no processo de territorialização. A sistematização desse processo se dar com um momento de integração, em seguida procura-se trabalhar dinâmicas que favoreçam um clima fraterno de troca de experiências e estímulo à reflexão do trabalho em equipe, organização do processo de trabalho e motivação para desenvolver reuniões conjuntas entre os demais profissionais.

Estrategicamente, nas três primeiras reuniões procurou-se trabalhar oficinas participativas, com intuito de conhecer as condições do cenário de prática. Para isso, utilizou-se a matriz FOFA – SWOT (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) que se trata de uma ferramenta de gestão utilizada como parte do planejamento estratégico. Após aplicação da FOFA adotou-se a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e 3

Tendência), a fim de posicionar as situações problemas de acordo com sua gravidade, urgência e tendência, para então, disparar recursos estratégicos de aprimoramento dos problemas elencados. Com isso, trabalhou-se o planejamento das situações problemas elencadas, através da utilização de um modelo lógico que traz uma maneira visual de apresentar as relações entre intervenção e causa. Nesse modelo são abordados alguns componentes: Recursos/insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Na terceira reunião foi possível pautar responsáveis pelas ações de cada situação problema identificada e então pactuada a avaliação das ações em reuniões futuras. As situações problemas elencadas durante todas as atividades propostas nas oficinas foram: ausência de grupos de educação em saúde, falta de sistematização da consulta de planejamento familiar e do adolescente, falta de sistematização do acolhimento, carência de representação comunitária, deficiência na compilação dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e notificação, falta de manutenção de aparelhos com destaque para os equipamentos da odontologia, falta de educação permanente, falta de programação das reuniões da gestão, falta de área de lazer para a comunidade, drogas, violência e dengue. Após elencar essas situações foram traçadas ações para cada um de acordo com a priorização e traçados os respectivos responsáveis. Dentre as ações prioritárias cita-se a introdução de grupos de educação em saúde, incluindo o grupo de gestantes pelas enfermeiras (residente e não residente), atuação mais eficaz no Programa Saúde na Escola (PSE) e Terapia Comunitária (TC). Ressalta-se ainda a introdução de outro turno para a construção e discussão de Projetos Terapêuticos Singular (PTS) e melhor sistematização da consulta de adolescente. Esses três primeiros momentos foram propícios para conhecer e fundamentar a inserção da reunião de equipe, estimular a participação efetiva e corresponsável, assegurar maior entrosamento dos profissionais e um espaço para repensar o processo de trabalho. Nessa constante, as reuniões ocorrem mensalmente, nelas são trabalhadas questões que a própria equipe demanda, tais como organização do processo de trabalho, práticas colaborativas, momento de educação permanente, apresentação dos indicadores e seus impactos no território, dentre outros.

Resultados e Discussão

DiscussãoPontencialidades O espaço adquirido na agenda de trabalho vem ganhando proporções que asseguram o ingresso colaborativo dos profissionais no reconhecimento, organização, implementação e avaliação das atividades da ESF. A reunião de equipe e suas diligências incorporam e favorecem uma prática na atenção primária à saúde em conformidade com os princípios do SUS, conseguindo atingir diretrizes que até então estavam latentes. O reconhecimento do território na qual a equipe é responsável sanitariamente foi metodologicamente estimulado, a fim de sensibilizar e converter algumas práticas no serviço. Este por sua vez, também serviu como base para a organização de ações de saúde adequadas ao território, pois embasou o conhecimento a respeito do que não estava aparente. As reuniões vêm apresentando relevância para a implantação e avaliação das ações executadas pela equipe, mostrando-se como espaço para fortalecimento das questões que precisam ser incrementadas ou dirimidas. Observa-se que há uma excelente adesão por parte dos profissionais da ESF, alguns membros não residentes já estão se inserindo nessa proposta, o que nos possibilita verificar que a experiência vem causando impacto e estímulo positivamente a equipe.

Ferramentas como dinâmicas e oficinas possuem considerável influência no desenvolvimento das reuniões e no cotidiano das atividades da ESF, uma vez que as abordagens são conduzidas de forma a estimular maior integração, proporcionando ideias e ações pautadas na reciprocidade e esforço de todos. Destaca-se, que a reunião de equipe na presente ESF vem configurando-se como uma estratégia de enfrentamento de conflitos no trabalho, propiciando sincronização das informações tanto entre os membros da equipe como entre equipe e usuários, reconhecimento do ambiente como importante para o processo de trabalho na atenção primária e construção de atividades que se caracterizam como educação permanente em saúde. **Desafios** Durante as reuniões foram vivenciadas situações que necessitaram de ações estratégicas para não perder o sentido e objetivos esperados. Podemos destacar o tempo insuficiente para

garantir mais qualidade das oficinas, utilização de linguagem clara e objetiva, espaço mais confortável, necessidade de maior entrosamento dos participantes, reconhecimento e apropriação do espaço como importante para o processo de trabalho. A inclusão de um turno na agenda de trabalho para realização da reunião inicialmente configurou-se como algo desafiador, uma vez que era bastante dispendioso sincronizar as agendas de todos os profissionais e garantir a participação efetiva destes. Estabelecer um relacionamento de confiança entre a equipe, onde haja ligação das demandas profissionais com as necessidades de saúde do território é algo que vem sendo superado com a maturidade adquirida pelo grupo.

Conclusão

Diante das diversas potencialidades visualizadas na reunião de equipe, considera-se que a experiência descrita, vem ganhando espaço na agenda de trabalho, não sendo considerado mais um afazer, mas sim um momento necessário para afinar questões inerentes à equipe. Na medida em que as reuniões tomam espaço na agenda de trabalho, os desafios passam a serem superados através da concentração dos participantes, integração, disposição de ideias e responsabilização das ações o que culmina em um maior grau de corresponsabilidade e entrosamento. As metodologias aplicadas nas reuniões vêm mostrando bom desempenho, uma vez que proporciona integração e reconhecimento dos núcleos profissionais como corresponsáveis pela organização e implementação de ações em saúde no seu território. Nesse crescente encontro da RIS e do Município de Horizonte, considera-se que a experiência promoveu um espaço de troca e desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos que trazem melhorias para o processo de trabalho na atenção primária à saúde.

Referências

ALMEIDA. Maria Cecília Puntel de. MISHIMA. Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, agosto, 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 110p.: il. – (série E. Legislação em saúde) – Brasília, 2012. 5

____. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: ministério da Saúde, 2004) PAIXÃO, F. **Construindo a matriz FOFA no planejamento**. Disponível em: <http://www.iteia.org.br>. Acesso em: 12 ago. 2014.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos, prioritariamente a Deus; à nossas famílias, por nos ceder à dedicação e entender nossos afazeres; ao nosso então preceptor e amigo José Auricélio Cândido, por nos instigar nessa caminhada; à Prefeitura municipal de Horizonte que nos apóia nessa caminhada e, por fim, à equipe de ESF Vila Nascimento, que são integrantes dessa experiência

REVISÃO INTEGRATIVA: PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA ANTICONCEPÇÃO DE MULHERES COM HIV/AIDS

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará. rafegobr@yahoo.com.br

Adman Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará

Ana Gesselena da Silva Farias – Universidade Federal do Ceará

Escolástica Rejane Ferreira Moura (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Promoção da saúde. Anticoncepção.

Resumo

Objetivou-se objetivo sintetizar contribuições de pesquisas que abordaram a promoção da saúde e a anticoncepção na perspectiva da infecção pelo HIV/aids. Estudo do tipo revisão integrativa da literatura. Para realização, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de palavras-chave e de critérios para inclusão/exclusão

dos artigos), seleção dos artigos, definição das informações a serem extraídas (objetivos, metodologia e principais resultados), análise, discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese dos resultados. Os artigos foram selecionados no dia 31 de maio de 2014 por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores: “*Health Promotion*”, *contraception* e “*HIV infections*”, de modo integrado. Após estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, totalizaram-se quatro artigos. Como síntese das contribuições de pesquisas que abordaram a promoção da saúde e a anticoncepção na perspectiva da infecção pelo HIV/aids, obteve-se: ação de educação em saúde pautada na ameaça e na geração do medo é desfavorável à promoção do uso do preservativo entre pessoas vivendo com HIV, influenciando para uma menor adesão ao método; um grupo de trabalhadoras do sexo pesquisado mostrou-se com baixo poder de influência dos parceiros para o uso de preservativo, tornando-se vulneráveis à concepção; uso de estratégias educativas múltiplas, favorecem a adesão ao preservativo; e os MACs laqueadura, DIU e implantes apresentaram eficácia superior ao injetável AMP-D entre usuárias soropositivas para o HIV/aids.

Introdução

O marco inicial de uma revisão remodeladora da “Promoção da Saúde” foi definido no informe Lalond, primeiro documento a abordar essa temática, identificando nas principais causas de adoecimento, os aspectos biológicos, ambientais e os relacionados ao estilo de vida (RODRIGUES, RIBEIRO; 2012).

Tomando como base o Informe Lalond, outro marco importante foi a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá em 1986, resultando na Carta de Ottawa, a qual engloba um conceito amplo de saúde e define como promoção da saúde o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para melhorar sua qualidade de vida. A referida Carta preconiza, ainda, as condições e recursos para a saúde, abrangendo: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade. Nesse contexto, foram delimitadas cinco principais linhas de ação para promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A I Conferência serviu de alicerce para as futuras conferências internacionais de Promoção da Saúde, nas quais foi aprimorado o conceito debatido, adequando-o a realidade e as necessidades vividas em cada período. A II Conferência Internacional, por exemplo, ocorrida, em 1988, e que resultou na Carta de Adelaide, destacou quatro áreas prioritárias para a realização de políticas públicas: a saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e ambientes saudáveis; a III Conferência Internacional, ocorrida, em 1991, e que resultou na Declaração de Sundsväl, ressaltou a interdependência entre a saúde e o ambiente; e a IV Conferência Internacional, ocorrida em 1997, e que resultou na Declaração de Jacarta, enfocou a importância da participação do setor privado nas atividades de Promoção da Saúde (CZERESNIA, DINA; 2009).

Essas Conferências influenciaram o movimento da Reforma Sanitária brasileira, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Desta conferência, surgiram as negociações e a homologação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual reconhece a saúde como direito a ser resguardado pelo Estado, pautado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular (CZERESNIA, DINA; 2009).

Com o intuito de qualificar e ampliar as ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, o documento que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é referência para a discussão e planejamento dessas ações. Esse apresenta a compreensão do processo saúde-adoecimento, propõe uma política transversal, integrada e intersetorial, relacionando a saúde aos seus determinantes e condicionantes, apresentando como diretrizes: o reconhecimento da promoção da saúde como parte fundamental na busca da equidade, melhoria da qualidade de vida e saúde, estímulo das ações intersetoriais, fortalecimento da participação social, promoção das mudanças na cultura organizacional, incentivo a pesquisa em promoção da saúde e divulgação e informação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde (BRASIL; 2010).

Destarte, é possível observar que a concepção de “Promoção da Saúde” sofreu alterações ao longo das últimas décadas, partindo, inicialmente, de uma percepção que enfatizava ações voltadas às mudanças de hábitos e comportamentos, pautadas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, a uma maneira de interpretar as necessidades cotidianas de saúde da população numa perspectiva coletiva, compreendendo a saúde como produção social. Essa perspectiva reafirma o compromisso político quanto à necessidade de atuar sobre os fatores biológicos, sociais, econômicos e ambientais, a fim de fomentar as transformações sociais e oferecer à população condições para seu empoderamento (RODRIGUES, RIBEIRO; 2012).

O termo “empoderamento” deriva da língua inglesa *empowerment* tem origem nos movimentos sociais por direitos civis, da década de 1970. Este tem assumido o significado de aumento de poder, autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, ou seja, vem se tornando um processo que oferece às pessoas a possibilidade de auto-determinar suas próprias vidas (HAMMERSCHMIDT, LENARDT; 2010).

É nesse cenário, que a atenção em anticoncepção está inserida. Segundo o Ministério da Saúde, a anticoncepção pressupõe a oferta de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e garantia de diversos métodos e técnicas anticoncepcionais cientificamente aceitos que não ponham em risco a vida e a saúde das pessoas, para que homens, mulheres e/ou casais, sejam adolescentes ou adultos, realizem suas escolhas reprodutivas de forma livre e informada (BRASIL, 2009).

A atenção em anticoncepção contempla a prevenção das DST/HIV/aids, uma vez que preconiza a dupla proteção, ou seja, a prevenção

dessas infecções e da gravidez. Nesse contexto, quando o HIV/aids está instalado, ação específica deve ser garantida às mulheres e/ou casais no que diz respeito a atenção em anticoncepção, que é a da prevenção da transmissão vertical do HIV.

Diante do exposto, surgiu o questionamento: Qual o conhecimento científico produzido sobre a promoção da saúde e a anticoncepção em meio a infecção pelo HIV/aids? Para responder a esta indagação, decidiu-se pela realização deste estudo que teve por objetivo sintetizar contribuições de pesquisas que abordaram a promoção da saúde e a anticoncepção na perspectiva da infecção pelo HIV/aids.

Metodologia

Tratou-se de estudo do tipo revisão integrativa da literatura, método que possibilita investigar uma temática por meio da sumarização de pesquisas realizadas, para, dessa forma, obter novas conclusões e uma melhor compreensão do fenômeno em estudo (POLIT, BECK; 2011)

Para realização dessa revisão, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de palavras-chave e de critérios para inclusão/exclusão dos artigos), seleção dos artigos, definição das informações a serem extraídas (objetivos, metodologia e principais resultados), análise, discussão e interpretação dos resultados e, por fim, a síntese dos resultados (PEDRO, *etal.* 2008).

Levando em consideração a temática da pesquisa, isto é, promoção da saúde versus anticoncepção em meio ao HIV/aids, foram levados a cabo os seguintes aspectos epistemológicos: a promoção da saúde reafirma o compromisso político quanto à necessidade de atuar sobre os fatores biológicos, sociais, econômicos e ambientais, a fim de fomentar as transformações sociais e oferecer à população o processo de empoderamento; e a prática anticoncepcional livre e informada como medida de prevenir a transmissão vertical do HIV.

Estabeleceu-se a questão norteadora: Quais os subsídios oferecidos no conhecimento científico produzido sobre a promoção da saúde e a anticoncepção em meio a infecção pelo HIV/aids?

Os artigos foram selecionados no dia 31 de maio de 2014 por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que engloba as seguintes bases de dados: LILACS, IBECs, MEDLINE e Biblioteca Cochrane. Utilizaram-se os descritores: “*Health Promotion*”, *contraception* e “*HIV infections*”, de modo integrado, utilizando-se o conector *and*.

Foram definidos como critérios de inclusão: serem artigos na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, ter sido publicado nos últimos 10 anos (janeiro de 2003 a dezembro de 2013) e ter o resumo e/ou texto completo disponíveis via on-line.

A busca resultou em 18 artigos, que inicialmente tiveram seus títulos lidos e analisados na perspectiva de atenderem ao objeto de estudo. Nessa etapa oito foram excluídos por não apresentarem relação com a temática, passando-se a leitura do resumo dos dez artigos selecionados.

Na leitura dos resumos foram excluídos outros seis artigos, também pela razão de não trazer contribuição para a pesquisa ou devido aos resumos não oferecerem informações suficientes para sua análise (estudos com somente resumos disponíveis). Nessa etapa, o estudo seguiu com quatro artigos, ressaltando-se que dois deles apresentaram texto completo disponível, sendo priorizada a leitura dos mesmos na íntegra.

Resultados e Discussão

Os quatro artigos analisados se encontravam disponíveis na base de dados MEDLINE e estavam na língua inglesa. Duas publicações ocorreram em 2007, uma em 2012 e uma em 2013.

Três estudos foram desenvolvidos em países do Continente Africano e um estudo foi realizado nos Estados Unidos.

Síntese dos resultados

Quadro 1. Títulos e referência dos artigos analisados em revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde(2003-2013), abril, 2014.

Título	Referência
Artigo 1- Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing	Earl A.; Albarracín D. Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-

arguments and HIV counseling and testing: a meta-analysis of the short-and long-term outcomes of HIV-prevention interventions.	inducing arguments and HIV counseling and testing: a meta-analysis of the short-and-long-term outcomes of HIV-prevention interventions. Health Psychol. , v. 26, n.4, p. 496-506, 2007.
Artigo 2- The social dynamics of selling sex in Mombasa, Kenya: a qualitative study contextualizing high risk sexual behaviour.	Hampanda K. M. The social dynamics of selling sex in Mombasa, Kenya: a qualitative study contextualizing high risk sexual behavior. Afr. J. Reprod. Health , v.17, n.2, p. 141-149,2013
Artigo 3- A brief, low-cost, theory-based intervention to promote dual method use by black and Latina female adolescents: a randomized clinical trial	Roye C.; Perlmutter S. P.; Krauss B. A brief, low-cost, theory-based intervention to promote dual method use by black and Latina female adolescents: a randomized clinical trial. Health EducBehav , v.34, n. 4, p.608-621, 2007.
Artigo4- Hormonal contraception and HIV acquisition risk: implications for individual users and public policies	Jain A.K. Hormonal contraception and HIV acquisition risk: implications for individual users and public policies. Contraception , v.86, n.6, p.645-652, 2012.

No Artigo 1, realizou-se uma meta-análise com o objetivo de constatar os efeitos imediatos e longitudinais sobre a percepção do risco de contrair o HIV, o conhecimento sobre a transmissão do HIV e sua prevenção e o uso do preservativo (que previne a transmissão do vírus e promove a anticoncepção), utilizando-se dois argumentos: indução do medo e aconselhamento e testagem do HIV. Para tanto, foram incluídos 76 relatórios que forneceram 150 grupos de estudo e 34 grupos de controle. Os relatórios deveriam incluir uma avaliação imediatamente após a intervenção e outra em longo prazo. Os resultados indicaram que a utilização do argumento de indução de medo aumentou a percepção de risco, porém diminuiu o conhecimento e o uso do preservativo (tornando a população mais suscetível a uma gravidez não planejada) no acompanhamento imediato. Por outro lado, quando realizado o aconselhamento e a testagem do HIV, obteve-se uma redução na percepção de risco e um incremento no conhecimento e no uso de preservativo tanto no acompanhamento imediato quanto tardio. Observou-se, portanto, que no acompanhamento tardio, houve uma diminuição na percepção de risco e no conhecimento sobre o vírus, porém o uso de preservativo tornou-se mais pronunciado, permitindo uma anticoncepção segura.

O segundo artigo teve por objetivo contextualizar a relação sexual segura entre trabalhadoras do sexo na África Subsaariana, visto que essa população tem uma das maiores taxas de soroprevalência do HIV e estão expostas diariamente a uma gravidez não planejada. Como métodos de coleta de dados foram utilizados as entrevistas qualitativas e grupos de discussão. Os resultados mostraram a incapacidade dessas mulheres para impor a prática de sexo seguro aos clientes, visando à prevenção do HIV e da gravidez, devido a desequilíbrios sociais, econômicos e de gênero.

O artigo 3 correspondeu a um ensaio clínico randomizado, com o objetivo de investigar o uso de preservativos após duas intervenções: um vídeo educativo e uma adaptação do projeto de aconselhamento “Respeito”. Participaram do estudo 400 adolescentes latinas. Essas responderam, inicialmente, a um questionário sobre seus comportamentos sexuais e foram aleatoriamente designadas para ver o vídeo; obter aconselhamento; ver o vídeo e obter aconselhamento; ou receber cuidados habituais. Realizou-se seguimento aos três meses e aos 12 meses após a intervenção e constatou-se que aos três meses, aquelas que viram o vídeo e receberam o aconselhamento tiveram 2,5 mais probabilidade de ter usado o preservativo na última relação sexual, fato que não ocorreu após os 12 meses. Portanto, esses resultados sugerem que uma intervenção breve pode afetar positivamente o uso do preservativo, evitando uma gravidez não planejada e a contaminação pelo HIV, em curto prazo.

O artigo 4 tratou-se de um estudo observacional de casais sorodiscordantes com o objetivo de avaliar o risco de gravidez não planejada e de infecção pelo HIV em usuárias de 15 a 49 anos de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP-D) em relação a outros métodos. Como resultado, obteve-se que o risco de gravidez não planejada e infecção pelo HIV foram mais baixos em mulheres esterilizadas, em uso de dispositivos intra-uterinos e implantes individuais dos que as que utilizavam o AMP-D. Além disso, a mudança de método anticoncepcional AMP-D para o anticoncepcional oral ou preservativo masculino evitaria 600 gestações não planejadas para

cada 100 casos de prevenção do HIV, enquanto o não uso MAC elevaria essa taxa para 5400 gestações para cada 100 casos.

DISCUSSÃO

Em todo o mundo, estima-se que 35,3 milhões de pessoas estão contaminadas pelo HIV/aids. Dessas, a maioria encontra-se na África, onde, em 2012, contabilizou-se mais de 25 milhões, entre adultos e crianças, convivendo com o vírus (WHO, 2013). Essa pode ser uma justificativa para a concentração de estudos nesse Continente.

A infecção pelo HIV/aids junto com a gravidez não planejada são apontadas como relevantes problemas de saúde pública, cujas ações de promoção da saúde são fundamentais no sentido de promover comportamentos responsáveis e conducentes à saúde, principalmente quando envolve os direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL; 2009).

Para tanto, o preservativo masculino é o único método comprovado para reduzir significativamente o risco de transmissão do HIV, sendo seu uso de forma consistente capaz de reduzir para 80% o risco de transmissão do HIV entre casais sorodiscordantes (HEIKINHEIMO, LAHTENMAKI; 2009).

Além da prevenção do HIV, o preservativo masculino protege também contra gestações não planejadas. Assim, surgiu em 1970 o conceito de dupla proteção, onde o uso combinado do preservativo masculino associado a outro MAC teria como finalidade promover, simultaneamente, a prevenção de gravidez e a infecção pelo HIV/aids (BRASIL; 2009)

Esse cenário justifica, portanto, a abordagem do preservativo masculino de forma direta ou indireta em todos os artigos analisados.

O primeiro artigo que abordou a percepção de risco para contrair o HIV, o conhecimento sobre a prevenção do HIV e o uso do preservativo como medida preventiva, apresentou como subsídio ou contribuição que o aconselhamento associado a testagem anti-HIV promove o uso do preservativo, enquanto mensagem ameaçadoras ou indutoras de medo reduzem o uso do preservativo. Portanto, na atenção a anticoncepção de pessoas vivendo com HIV, em que a promoção do preservativo é condição ímpar, deve ser afastada a ideia de que a ameaça e a geração do medo é favorável à adesão da população ao método (SOARES, BRANDÃO; 2013).

Sabe-se, porém, que o uso do preservativo masculino é fortemente influenciado por condições sociais, econômicas e culturais. Nesse contexto, a abordagem do uso do preservativo para evitar a infecção pelo HIV e uma gravidez não planejada entre trabalhadoras do sexo, abordado em um artigo em análise, torna-se relevante, pois o sexo é considerado a matéria-prima de seu trabalho e a utilização do preservativo representa segurança indispensável para o exercício de sua profissão. Conforme a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE), cerca de 90% das prostitutas cadastradas afirmam usar o preservativo com seus clientes, porém, quando se trata de namorado, amante ou parceiro fixo, a maioria não utiliza (MOURA *et. al*; 2010).

Essa realidade das trabalhadoras do sexo faz refletir que as ações de promoção da saúde, com seu caráter participativo e gerador de autonomia, constitui ferramenta decisiva para o alcance do poder individual de negociação com seus parceiros quanto ao uso do preservativo. Nesse sentido, os subsídios deixados pelo artigo à anticoncepção de pessoas vivendo com HIV são na perspectiva de identificar grupos com maior vulnerabilidade à gravidez não planejada e ao HIV, como as trabalhadoras do sexo participantes deste estudo.

A utilização da conjugação de estratégias educativas para promover o uso do preservativo masculino, observada em um artigo, mostrou-se eficaz em promover o uso do método e, conseqüentemente, a prevenção do HIV e da gravidez não planejada, pois o uso concomitante de vídeo seguido de aconselhamento aumentou em 2,5 vezes as chances de uso do método, em detrimento da aplicação dessas mesmas estratégias isoladamente. Essas estratégias, ao invés de prescrever formas supostamente corretas de ser e agir, permitem uma coletivização da experiência, proporcionando uma nova forma de pensar e agir, bem como a desnaturalização de ações cristalizadas no campo da sexualidade (ZAMBENEDETTI, 2010).

Para o campo da anticoncepção de pessoas vivendo com HIV, o referido artigo deixa a contribuição do uso de estratégias educativas múltiplas, no sentido de promover maior adesão ao preservativo.

O artigo4 identificou maior risco de gravidez não planejada e de infecção pelo HIV entre usuárias de AMP-D em comparação com as usuárias de laqueadura, DIU e implante. Apesar de os autores não terem apresentado fatores determinantes para este resultado, conjuntura se faz sobre o fato de que os MACs usados em comparação independem do controle da usuária, apresentando melhor eficácia habitual. Esse subsídio é importante para a anticoncepção de mulheres vivendo com HIV, uma vez que a gestação deste público-alvo deve ocorrer sob rigoroso controle clínico da imunidade e da carga viral, o que exige a utilização dos MACs de mais elevada eficácia, como são os que independem do controle feminino.

Conclusão

Como síntese das contribuições de pesquisas que abordaram a promoção da saúde e a anticoncepção na perspectiva da infecção pelo HIV/aids, obteve-se: ação de educação em saúde pautada na ameaça e na geração do medo é desfavorável à promoção do uso do

preservativo entre pessoas vivendo com HIV, influenciando para uma menor adesão ao método; um grupo de trabalhadoras do sexo pesquisado mostrou-se com baixo poder de influência dos parceiros para o uso de preservativo, tornando-se vulneráveis à concepção; uso de estratégias educativas múltiplas, favorecem a adesão ao preservativo; e os MACs laqueadura, DIU e implantes apresentaram eficácia superior ao injetável AMP-D entre usuárias soropositivas para o HIV/aids.

Como limitação, destaca-se a escassez de estudos disponíveis na íntegra, sendo a presença apenas de resumos fator que dificultou a análise dos dados, pela baixa qualidade dos mesmos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de políticas públicas. Projeto Promoção da saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; LENARDT, M.H. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. **Texto e contexto-enf.**,v.19, n.2, p. 358-365, 2010.

HEIKINHEIMO, O.; LAHTENMAKI, P. Contraception and HIV infection in women.**Human Reproduction Update**, v.15, n.2, pp. 165–176, 2009.

MOURA, A.D.A.; OLIVEIRA, R.M.S.; LIMA, G.G.; FARIAS, L.M.; FEITOZA, A.R. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?. **Texto & Contexto – Enferm.**, v. 19, n.3, p. 545-553, 2010.

PEDRO, I.C.S.; GALVÃO, C.M.; ROCHA, S.M.; NASCIMENTO, L.C.Apoio social e família de crianças com câncer: revisão integrativa. **Rev. Latino-amer. Enferm.**, v. 16, n.3, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, C.C.; RIBEIRO, K.S.Q.S. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trab. Educ. saúde**, v.10, n.2, p.235-255,2012.

SOARES, P.S.; BRANDÃO, E.R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. **Physis**, v.23, n.3, p.703-721, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.HIV Departament. **Coreepidemiological slides HIV/AIDS estimates**. November, 2013.

ZAMBENEDETTI, G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1075-1086, 2010.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, às professoras e às colegas que colaboraram de forma brilhante na realização deste trabalho.

RISCOS DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM ATLETAS de HANDEBOL FEMININO

Yuri Alberto Freire de Assis (apresentador)–UFC yuriadg@hotmail.com

Pabyle Alves Flauzino – FIC

Francisco José Rosa de Souza– UFC

Daniel Vieira Pinto - UFC

Antonio Denis Sousa de Araujo - UFC

Carlos Alberto Diógenes de Castro Filho – UFC

Palavras-chave: Doença Cardiovascular. Atleta. Handebol

Resumo

Atletas realizam treinos sistematizados com intensidade moderada à alta e frequência elevada, porém a falta de bons hábitos alimentares, como o excesso de ingesta calórica, pode trazer o acúmulo indesejado de tecido adiposo. Este aumento pode acarretar prejuízo não só no rendimento esportivo, como também à própria saúde. A gordura central está proporcionalmente relacionada com as Doenças Cardiovasculares (DCV). Este estudo tem o direcionamento descritivo, com a metodologia quantitativa do tipo transversal. A população foi composta por atletas de handebol da seleção feminina do FORTALEZA/IFCE que aceitaram participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para identificar os riscos de DCV nas atletas, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura/Quadril (RCQ) e Circunferência da Cintura (CC). Identificou-se que a média de idade das atletas de handebol do time Fortaleza/IFCE é 24 anos. A média de altura dos atletas participantes foi 1,62m com peso de 62,7kg, em média.

Quanto as médias de circunferências da cintura e quadril, identificou-se os valores de 74,7 e 97,3, respectivamente. E o IMC, 23,7kg/m², em média. 3 atletas (30%) apresentaram risco moderado/aumentado pelo IMC e RCQ. Já com relação à CC, apenas 2 atletas (20%) da equipe apresentou risco moderado/aumentado. Com a finalização deste estudo, conclui-se que mesmo atletas, que treinam de forma sistematizada, podem apresentar riscos de Doenças Cardiovasculares.

Introdução

Bons hábitos alimentares e a prática de atividade física regular são essenciais para quem almeja uma vida saudável (WHO,2000). Em se tratando de atletas, realizam-se treinos sistematizados com intensidade moderada à alta e frequência elevada, porém, a falta de bons hábitos alimentares, como o excesso de ingesta calórica, pode trazer o acúmulo indesejado de tecido adiposo (MELO et al, 2012). Por sua vez, este aumento pode acarretar prejuízo não só no rendimento esportivo, como também à própria saúde. Porém, deve-se ressaltar que o corpo necessita de certa quantidade de tecido adiposo, até mesmo por que esse estoque se torna uma fonte energética para as atividades diárias, sendo a deficiência considerada tão prejudicial quanto o excesso (REITMAN et al, 2000).

As características genéticas do indivíduo determinam a distribuição dos estoques de gordura por meio da Lipoproteína lipase (LPL), sendo essa uma enzima que é responsável pela limitação do ritmo, facilitação da capacitação e o armazenamento dos triglicerídeos pelas células adiposas (McARDLE, 2010; PÉRUSSE, et al, 1996). McArdle (2010) apresenta que ainda existem diferenças na distribuição do LPL em segmentos corporais de acordo com o sexo. Mulheres possuem maior quantidade nos quadris, coxas e mamas enquanto que os homens, no abdômen (SMITH, 2013). O formato androide se caracteriza pela semelhança a uma maçã, em que a gordura se concentra em maior parte na região central do corpo. O formato ginecoide se caracteriza pela semelhança à uma pera ao possuir maior concentração de tecido adiposo no quadril e coxa (LOOMBA-ALBRECHT; STYNE, 2009). Deve-se ressaltar que o formato androide é o que implica em maiores riscos cardiovasculares.

Liu (et al, 2014) e Barazzoni (et al, 2013) demonstram que a gordura central está proporcionalmente relacionada com as Doenças Cardiovasculares (DCV), que se caracterizam pelo conjunto de doenças relacionadas ao coração e a todo o sistema sanguíneo (BIERMAN, 1991). A DCV é apontada como principal causadora de morte em todo o mundo (RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO, 2012).

Cerca de 90% das DCV registradas estão em função dos seguintes fatores: histórico familiar, tabagismo, idade, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, dieta pobre em frutas e vegetais, estresse psicossocial, obesidade, sedentarismo e gordura abdominal. (BRASIL, 2006; CZIRAKY; WATSON; TALBERT, 2008), sendo que a atividade física atua na diminuição do colesterol LDL, responsável pela placa de ateroma (OPIE; DALBY, 2014).

Ao compreender que mesmo atletas, treinando de forma sistematizada, contínua e com intensidade progressiva, podem ter acúmulo de tecido adiposo e, conseqüentemente, ter uma queda em seu rendimento esportivo, ou até mesmo apresentar riscos de DCV por meio da gordura central, se faz necessário o presente estudo.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar possíveis riscos de Doenças Cardiovasculares em atletas não profissionais de Handebol feminino.

Metodologia

Este estudo tem o direcionamento descritivo, com a metodologia quantitativa do tipo transversal. A população foi composta por atletas de handebol da seleção feminina do FORTALEZA/IFCE, que possuíam no mínimo 3 anos de prática ininterruptas e aceitaram participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Realizou-se avaliação antropométrica com a mensuração de massa corporal, estatura, circunferência da cintura e circunferência do quadril.

Para identificar os riscos de DCV nas atletas, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), Relação Cintura/Quadril (RCQ) e Circunferência da Cintura (CC). Para o cálculo de IMC, usou-se a seguinte equação: Massa (kg)/ Estatura(m)². A classificação preconizada pela WHO (2000) para os valores do IMC são: baixo peso, abaixo de 18,5; Normal, 18,5 a 24,9; Sobrepeso, 25 a 29,9; Obesidade I, 30 a 34,9; Obesidade II, 35 a 39,9; Obesidade III, igual ou acima de 40. Sendo o risco de DCV classificado de acordo com o estado nutricional como: baixo, para indivíduos eutróficos; risco aumentado, para indivíduos com sobrepeso; risco moderado, para obesidade I; risco grave, para obesidade II; risco muito grave, para obesidade III (ABESO, 2010).

A RCQ se dá pela divisão entre os valores da Circunferência da Cintura (cm) e a Circunferência do Quadril (cm). O Consenso Latino Americano de Obesidade (COUTINHO, 1998), propõe o ponto de corte da RCQ para mulheres, por: abaixo de 0,80, baixo risco; entre 0,80 e 0,85, risco moderado; acima de 0,85, alto risco.

Os valores propostos pela OMS (2000) para risco aumentado de DCV em mulheres se dá pela medida da CC igual ou superior a 80cm. Os dados obtidos foram tabulados no programa SPSS 20 e os resultados avaliados por meio de estatística descritiva, medida de tendência central e distribuição de frequência.

Resultados e Discussão

A partir dos dados coletados apresentados na tabela 1, identificou-se que a média de idade das atletas de handebol do time Fortaleza/IFCE é 24 anos. A média de altura dos atletas participantes foi 1,62m com peso de 62,7kg, em média. Quanto as médias de circunferências da cintura e quadril, identificou-se os valores de 74,7 e 97,3, respectivamente. E o IMC, 23,7kg/m², em média.

De acordo com a classificação da WHO (2000), a classificação nutricional de um indivíduo cujo IMC esta entre 18,5 e 24,9 é caracterizado como eutrófico, sendo esta a classificação encontrada para a média da equipe avaliada. Em outros estudos (CAPUTO; SILVA; ROMBALDI, 2012; MARCHETTI, et al, 2014; DELAGRANNA, et al, 2010) houveram semelhanças nos resultados encontrados. Dechechi (et al, 2010) realizou um estudo em que também foi identificado valores similares quanto a estatura e massa corporal quando comparado a este estudo, sendo essas uma possível evidência de um padrão morfológico de atletas de handebol não-profissional. O IMC encontrado por Buscariolo (et al, 2008) para atletas feminino de futsal foi de 22,7Kg/m². Ou seja, o biotipo dos atletas de futsal pode estar vinculado a um caráter mais longilíneo, considerando atletas de handebol.

TABELA 1: Apresentação das características das atletas de handebol quanto ao tempo de prática, frequência de treino e características morfológicas e nutricionais.

AMOSTRA	N		
	10		
	Média	Sd	S²
IDADE	24,7	5,45	29,7
ESTATURA	1,62	0,07	,006
MASSA CORPORAL	62,7	7,34	54,02
IMC	23,77	2,31	5,36
CIRCUNFERÊNCIA CINTURA	74,7	5,83	34,06
CIRCUNFERÊNCIA QUADRIL	97,35	3,81	14,55
RELAÇÃO CINTURA QUADRIL	0,767	0,049	0,002

De acordo com a tabela 2, 3 atletas (30%) apresentaram risco moderado/aumentado, segundo a classificação da ABESO (2010) e do Consenso Latino Americano de Obesidade (COUTINHO, 1998) pelo IMC e RCQ, respectivamente. Já com relação à CC, apenas 2 atletas (20%) da equipe apresentou risco moderado/aumentado.

Viebig (et al, 2005), analisando riscos cardiovasculares em adultos, identificou que 65.8% das mulheres investigadas apresentaram risco aumentado/moderado ou alto risco de DCV pela CC e 48,8%, pelo IMC. Porém, Avelar (et al, 2008) afirmaram que o IMC se mostra inespecífico para predizer riscos de DCV em atletas, pois o mesmo não leva em consideração a composição corporal.

Ferreira (et al, 2013), que analisou os riscos cardiovasculares em adultos frequentadores de academia, identificou pela RCQ uma menor porcentagem de mulheres (6%) com riscos de DCV, comparado com a presente pesquisa.

Castro, Mato e Gomes (2006) afirmam que na CC e RCQ, se tem maior fidedignidade quanto à predição de riscos de DCV, pois leva em consideração a distribuição da massa corporal, tendo a gordura central como referência de risco.

TABELA 2: Apresentação dos riscos cardiovasculares das atletas de handebol de acordo com mensurações antropométricas de IMC, RCQ e CC.

Preditores Antropométricos para riscos DCV	BAIXO RISCO	RISCO MODERADO	ALTO RISCO
	Fa (%)	Fa (%)	Fa (%)
IMC	7 (70%)	3 (30%)	0 (0%)
RCQ	7 (70%)	3 (30%)	0 (0%)

Conclusão

Com a finalização deste estudo, conclui-se que mesmo atletas, que treinam de forma sistematizada, podem apresentar riscos de Doenças Cardiovasculares. Vimos que apesar de o IMC ser uma medida antropométrica que não leva em consideração a composição corporal do indivíduo e, portanto, não é um bom indicador de risco cardiovascular, equiparou-se com a circunferência da cintura e a relação cintura quadril, que são medidas antropométricas mais fidedignas, por se mais sensível à gordura central. Porém se faz necessário ampliar o número de atletas estudados. Sendo estas, indicações para próximos estudos

Referências

ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica, 2009

AVELAR, A.; SANTOS, K. M. D.; CYRINO, E. S.; CARVALHO, F. O.; DIAS, R. M. R.; ALTIMARI, L. R.; GOBBO, L. A. Perfil antropométrico e de desempenho motor de atletas paranaenses de futsal de elite. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 10(1), 76-80. 2008.

BARAZZONI, R.; ALEKSOVA, A.; CARRIERE, C.; CATTIN, M. R.; ZANETTI, M.; VINCI, P.; SINAGRA, G. Obesity and high waist circumference are associated with low circulating pentraxin-3 in acute coronary syndrome. *Cardiovascular diabetology*, 12(1), 167. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do Ministério da Saúde. Cadernos de atenção Básica n. 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 56p.

BUSCARIOLO, F. F.; CATALANI, M. C.; DIAS, L. C. G. D.; NAVARRO, A. M. Comparação entre os métodos de bioimpedância e antropometria para avaliação da gordura corporal em atletas do time de futebol feminino de Botucatu/SP. *Rev Simbio-Logias*, 1(1), 122-9. 2008.

CAPUTO E. L.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J.; comparação da frequência cardíaca máxima obtida por diferentes métodos. *rev. educ. fis/uem*, v. 23, n. 2, p. 277-284, 2. trim. 2012

CASTRO, S. H. D., MATO, H. J. D., & GOMES, M. D. B.. Parâmetros antropométricos e síndrome metabólica em diabetes tipo 2. *Arq. bras. endocrinol. metab*, 50(3), 450-455. 2006

COUTINHO, W. Conceitos e classificação. In: NUNES, M.A.A. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: 1998.

CZIRAKY, M. J.; WATSON, K. E.; TALBERT, R. L. Targeting low HDL-cholesterol to decrease residual cardiovascular risk in the managed care setting. *J Manag Care Pharm*, v. 14, n. 8, 2008.

DELLAGRANA, R. A., SILVA, M. P. D., SMOLAREK, A. D. C., BOZZA, R., STABELINI NETO, A., & CAMPOS, W. D. Composição corporal, maturação sexual e desempenho motor de jovens praticantes de handebol; Body composition, sexual maturation and motor performance the young practitioners handball. *Motriz rev. educ. fís.(Impr.)*, 16(4), 880-888, 2010.

FERREIRA, L. S. HONORATO, D., STULBACH, T., & NARCISO, P. Avaliação do IMC como indicativo de gordura corporal e comparação de indicadores antropométricos para determinação de risco cardiovascular em frequentadores de academia. *RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 7(42). 2013.

LIU, Y.; QI, L. T.; MA, W.; YANG, Y.; MENG, L.; ZHANG, B. W.; HUO, Y. Correlation between anthropometric parameters and arteriosclerosis biomarker in the middle-aged and the elderly. *Beijing da xue xue bao. Yi xue ban= Journal of Peking University. Health sciences*, 46(3), 455-459. 2014.

MARCHETTI, P. H., ORSELLI, M. I. V., MARTINS, L., & DUARTE, M.; Effects of a full season on stabilometric Parameters of team handball elite athletes. *Motriz: Revista de Educação Física*, 20(1), 71-77, 2014.

MCARDLE, W. D.; KATCH F. I.; [KATCH, V. L.](#); Exercise Physiology: Nutrition, Energy, and Human Performance. Edition 7, North American Edition. 2010.

MELO, N.R.; MONTEIRO, F.M.A.C.; PONTES, G.A.R.; MELLO, S.M.B. Eletrolipólise por meio da estimulação nervosa elétrica transcutânea (Tens) na região abdominal em pacientes sedentárias e ativas. *Fisioter Mov.* 2012 jan/mar;25(1):127-40

OPIE, L. H.; DALBY, A. J.; Cardiovascular prevention: Lifestyle and statins-competitors or companions?. *SAMJ: South African Medical Journal*, v. 104, n. 3, p. 168-173, 2014.

PÉRUSSE, L.; DESPRES, J. P.; LEMIEUX, S.; RICE, T.; RAO, D. C.; BOUCHARD, C.; Familial aggregation of abdominal visceral fat level: results from the Quebec family study. *Metabolism*, 45(3), 378-382, 1996.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde ea prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares [The promotion of health and integrated prevention of risk factors for cardiovascular diseases]. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(1), 7-17. (2012).

ROSSATO, A. T.; ZANON, S. Perfil antropométrico de atletas de handebol da cidade de Santa Maria–RS. *Revista UNINGÁ*, Maringá – PR, n.38, p. 61-70 out./dez. 2013,

SMITH, H. A.; STORTI, K. L., ARENA, V.C.; KRISKA, A. M.; GABRIEL, K. K. P.; TYRRELL K. S.; HAMES, K. C.; CONROY, M. B. Associations between Accelerometer-derived Physical Activity and Regional Adiposity in Young Men and Women. *Obesity* (Silver Spring). 2013 .

VIEBIG, R. F. VALERO, M. P., ARAÚJO, F., YAMADA, A. T., & MANSUR, A. J. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. *Arq Bras Cardiol*, 86(5), 353-60. 2006

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.

Agradecimentos

Agradeço a toda equipe que se fez presente para a realização desta pesquisa e todas as atletas voluntárias que aceitaram participar da construção da ciência.

RISCOS E DIFICULDADES: PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O SEU TRABALHO.

Flávia Vasconcelos Teixeira 1 (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, fllavia_18@live.com.

Antônia Gabriela Aragão de Oliveira Macêdo 2 - Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Danyela dos Santos Lima 3 – Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Lumma Rodrigues Olavo 4 – Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto 5 (Orientador) - Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Trabalho. Assistência.

Resumo

Com o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, o atendimento na atenção primária à saúde passou a ser mediado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), tornando-o o elo entre famílias, usuários e serviço de saúde. O estudo objetivou conhecer a percepção dos ACS sobre as dificuldades vivenciadas no cotidiano da assistência, os riscos os quais estão expostos durante o exercício da profissão, a importância do seu trabalho e o que lhes traz satisfação e/ou insatisfação em suas atividades. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, realizado no Centro de Saúde da Família Cleide Sales, localizado no Bairro Sumaré, município de Sobral- CE, durante o mês de julho de 2014. Onde foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semiestruturada. Para discussão e análise, os dados coletados foram agrupados em categorias estabelecidas a partir semelhança das falas das ACS e conforme as respostas da entrevista. Foram divididas em quatro categorias: Perfil Sociodemográfico dos sujeitos; Dificuldades e riscos do trabalho de ACS; Percepções das ACS sobre a Importância da profissão e o que traz satisfação e Insatisfações das ACS relacionadas ao trabalho/oportunidade de melhorias. Diante disso, entende-se que suas atividades são essenciais no programa saúde da família, o que nos faz vê-lo como o protagonista dos profissionais que trabalham na Atenção Primária a Saúde. Vemos que é necessário investir na qualidade de vida desse trabalhador para que se possa obter e promover a saúde e consequentemente a qualidade de vida da população.

Introdução

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi introduzido no Brasil em junho de 1991. Este foi proposto pelo o Ministério da Saúde como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no desenvolvimento de atividades relacionadas à orientação, acompanhamento e educação em saúde, visando, sobretudo, à prevenção de doenças, promoção da qualidade de vida e bem-estar da população, principalmente em municípios de baixa densidade populacional.

Com o Programa de Saúde da Família, criado em 1994, o atendimento na atenção primária à saúde passou a ser mediado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), tornando-o o elo entre famílias, usuários e serviço de saúde. No entanto, o protagonismo dessa profissão junto à atenção Primária a Saúde impõe sobre o ACS grande responsabilidade que recai sobre o mesmo através de uma grande demanda de trabalho devido às distorções ocorridas por falta de uma clara compreensão da delimitação de suas atribuições, de modo que ele é indevidamente responsabilizado sozinho pela consolidação do SUS.

Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o ACS tem como das atribuições: I - trabalhar com adscrição de famílias; II- cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - orientar quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. VI - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas.

As tarefas desenvolvidas pelos ACS, como visitar as casas dos integrantes da comunidade, ouvir suas queixas, questionar sobre questões de saúde e higiene, geram uma relação de maior intimidade entre os agentes e a comunidade. Se por um lado essa aproximação foi planejada e desejada pelos criadores do Programa de Saúde da Família, por outro lado, ela acarreta algumas complicações para a vida dos ACS que precisam lidar com uma enorme variedade de contextos, vivenciarem uma série de situações para as quais não existe um saber sistematizado, tampouco instrumentos adequados para o desenvolvimento de um bom trabalho de gerência.

Esses profissionais carregam uma gama de atribuições muito mais extensas do que a pertinente na proposta dos programas PACS e PSF. Muitas vezes são atividades perigosas, insalubres e propícias a riscos à saúde, adicionados às pressões e exigências do próprio trabalho, o que pode favorecer o desenvolvimento das doenças ocupacionais. Diferente dos outros membros da equipe de saúde que estão quase todo o tempo sob certa proteção da Unidade Básica de Saúde (UBS), os ACS estão nas ruas, expostos as várias situações, em nome da UBS, em ocorrências imprevistas, acolhidos em alguns momentos, mas em outros, expostos a circunstâncias conflitantes, podendo até enfrentar a estranheza da população. Além disso, a profissão não é subsidiada por nenhum conselho ou sindicato próprio que exija algumas normatizações para a regulamentação, como é o caso dos outros profissionais da área da saúde, o que se pode supor que seja a principal causa das irregularidades presentes na prática da profissão.

Apesar de todo esse contexto de riscos ocupacionais dos quais os ACS estão expostos, são poucos os estudos que avaliam a percepção dos mesmos sobre o assunto. Diante disso, esse estudo objetivou conhecer a percepção dos ACS sobre as dificuldades vivenciadas no cotidiano da assistência, os riscos os quais estão expostos durante o exercício da profissão, a importância do seu trabalho e o que lhes traz satisfação e/ou insatisfação em suas atividades.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, realizado no Centro de Saúde da Família Cleide Sales, localizado no Bairro Sumaré, município de Sobral- CE, durante o mês de julho de 2014. Tiveram como público alvo cinco Agentes Comunitárias de Saúde, trabalhadoras do referido centro com as quais foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semiestruturada contendo oito questões relacionadas às vivências da profissão, além das que buscavam traçar o perfil sociodemográfico. Durante todo o processo foi respeitado os princípios da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a realização de pesquisas com seres humanos, através do qual foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE e buscado minimizar todos os riscos aos sujeitos.

Resultados e Discussão

Para discussão e análise, os dados coletados foram agrupados em categorias estabelecidas a partir semelhança das falas das ACS e conforme as respostas da entrevista. Foram divididas em quatro categorias, apresentadas e discutidas a seguir:

3.1 Perfil Sociodemográfico dos sujeitos.

Todos os ACS entrevistados pertenciam ao sexo feminino, apresentando uma faixa etária entre 33 a 51 anos. Quatro delas eram casadas e apenas uma divorciada. Quatro tinham filhos, sendo que o número de filhos por mulher variava entre dois a cinco. Todas possuíam o ensino médio completo. A renda familiar mensal, entre elas, variava por volta de um a três salários mínimos e apenas três afirmaram possuir outra fonte de renda além do trabalho como ACS. Duas eram revendedoras de cosméticos e uma trabalhava com crochê.

Quanto ao tempo de trabalho como ACS, a mais nova no serviço tinha três anos, enquanto que a que estava há mais tempo, exercia o ofício há 13 anos. As ocupações exercidas por elas antes de se tornarem ACS, foram variadas, entre elas foram citadas: técnica de enfermagem, auxiliar de escritório, auxiliar de produção, professora, costureira, doméstica, operária de fábrica calçadista, babá e copeira.

3.2 Dificuldades e riscos do trabalho de ACS.

Em relação às dificuldades vivenciadas no dia a dia, foi mencionada por todas as ACS, a intensa cobrança do serviço de saúde por causa dos inúmeros sistemas a alimentar, e principalmente dos usuários que algumas vezes faziam reclamações quando existiam demora na marcação de consultas ou quando não existiam remédios no posto. Ficou nítido o grande aborrecimento relacionado às constantes queixas sobre algo que não tinham culpa e não poderiam resolver.

A relação de igualdade que o agente comunitário estabelece com a comunidade, propicia a aproximação e envolvimento com as famílias que leva o mesmo a conhecer todas as necessidades desta, havendo transposição dos problemas e das misérias humanas. Eles se envolvem se veem naquela ocorrência e acabam sofrendo com isso. Além do que o fato do ACS ser o intermediador entre usuário e unidade de saúde, faz com que no momento em que uma demanda não seja atendida, ele é visto como o culpado. Trabalhar em um lugar onde se conhecem muitas pessoas pode também ser ruim, por haver encontros mais frequentes e devido à cobrança ser maior, pois muitas vezes os usuários são vizinhos dos ACS, o que sugere a mudança das relações estabelecidas por eles.

Esse comportamento de transferência dos problemas de saúde para os profissionais, principalmente para os ACS, que estão a todo tempo em contato com a comunidade, leva a dificultar as ações do mesmo, pois pode não conseguir realizada efetivamente as propostas pretendidas de prevenção e promoção da saúde.

Quanto os riscos dos quais estavam expostas pelo exercício da profissão, as ACS quando indagadas, citaram: a criminalidade através de assaltos e balas perdidas, quedas, câncer de pele devido à contínua exposição ao sol, e contração de doenças em razão ao contato direto com os pacientes acometidos por enfermidades infecto contagiosas. Relataram já terem sido vítimas de assalto, presenciarem assassinatos e ainda serem surpreendidas por usuários de drogas invadindo suas casas a fim de se esconder em casos de

perseguições.

Pode-se enfatizar que o trabalho dos ACS, desenvolvido em área urbana, traz novos desafios, pois as dificuldades encontradas nesse tipo de área ultrapassam o campo da saúde e requerem uma ação intersetorial mais efetiva, devido aos problemas e agravos relacionados à violência, ao desemprego, a fome, e a outros fatores.

É comum que estes profissionais também se deparem com ambientes, muitas vezes inseguros, insalubres e propícios a riscos à saúde, que adicionados às pressões e exigências do próprio trabalho, podem sem dúvidas ocasionar o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho. Além disso, podem apresentar, com mais frequência, sintomas de estresse em relação aos demais membros da equipe, pelo fato de atuarem na criação de vínculos com a comunidade que assistem, sem terem recebido formação adequada e treinamento específico para o enfrentamento de possíveis dificuldades encontradas na relação estabelecida com o usuário.

Quanto às doenças adquiridas que tivessem relação com o trabalho, duas delas mencionaram. Uma disse ter uma tendinite no ombro direito devido ao excesso de peso da bolsa utilizada durante o serviço e a outra relatou que após começar a trabalhar como ACS, passou a ter sucessivas infecções urinárias e com o tempo descobriu ter câncer no rim esquerdo, sendo necessário realizar uma nefrectomia. Essa ACS acreditava que o problema poderia estar associado à desidratação causada pela exposição ao sol e a pouca ingestão de líquidos durante o trabalho.

3.3 Percepções das ACS sobre a importância da profissão e o que traz satisfação.

Diante das respostas referentes à importância da profissão, foi possível perceber que todas as ACS, vêm a sua função como algo essencial para o funcionamento efetivo da Unidade Básica de Saúde. As seguintes respostas deixam bem claro isso:

ACS1: O posto só funciona se nós estivermos na comunidade pra trazer as pessoas até ele, na busca ativa, dando informação, na marcação de consulta, ou mesmo para avisar quando a médica não vem.

ACS2: Levamos informações sobre a saúde e ajudamos a comunidade.

O reconhecimento da importância da profissão torna-se um instrumento para alavancar o trabalho do ACS, pois permite que o mesmo visualize o tamanho da responsabilidade que lhe é entregue, tal como o faz perceber que os bons resultados do programa Saúde da Família são frutos promissores do seu trabalho, levando-o a valorização da profissão.

ACS3: Cada pessoa tem sua necessidade, a gente pode ajudar. Aborda e enfrenta muita coisa, cria vínculo com a população, ganha a confiança.

Mesmo diante das dificuldades vivenciadas, a maioria das ACS afirmou ter satisfação com a profissão. A Justificativa foi uma só: a oportunidades de ajudar as pessoas. Sendo que a maior recompensa mencionada por elas seria a gratidão e reconhecimento dos usuários os quais prestaram ajuda.

ACS4: Gosto da minha profissão, pois ajudo as famílias. Escutar um “muito obrigado” é uma satisfação enorme.

ACS1: Adoro o que faço. Gosto de ajudar quem precisa.

3.4 Insatisfações das ACS relacionadas ao trabalho / oportunidade de melhorias.

Ao se questionar sobre o que trazia insatisfação no trabalho, obteve-se também resposta unânime das participantes, no qual foi bem destacada como maior causa de insatisfação a falta de recursos no serviço de saúde. A Falta de remédios na farmácia e a dificuldades na marcação de consultas foram mencionadas como fatores que dificultam o trabalho, levando a um maior nível de estresse pelas sucessivas reclamações dos usuários, além de colaborar para o sentimento de impotência e não cumprimento do dever.

ACS5: Não disponibilizam os recursos necessários para o trabalho. Se tivesse pelo menos remédios na farmácia e facilidades pras consulta, já seria de bom tamanho.

ACS3: Eles cobram muito e não fazem a parte deles. Por exemplo, eles exigem que a gente faça a carteirinha do SUS para todos os usuários. Quando estamos fazendo, acaba o material aí pronto, a gente para. Na época de campanha vacinal, a gente é que tem que se reunir e pagar um carro de som pra anunciar na comunidade sobre a campanha.

Outro ponto mencionado pelas ACS entrevistadas, como importante para melhoria das condições de trabalho foi o maior reconhecimento da comunidade e do próprio serviço de saúde em relação às suas ações. Torna-se até paradoxal falar de reconhecimento onde foi citado por elas mesmas, que a gratidão das pessoas ajudadas lhe trazia a satisfação na sua profissão. No entanto, a partir dos relatos pôde-se perceber que são poucas as pessoas na comunidade expressam agradecimentos, sendo antes um maior número de pessoas que não dão tanta importância a estas profissionais por julgar estarem apenas cumprindo seu dever. Já o desejo pelo reconhecimento do sistema de saúde pode ser interpretado como a necessidade de valorização do ACS pelos demais profissionais da estratégia saúde da família desde que sem o intermédio dele seria quase impossível a efetivação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças propostas pelo programa.

Conclusão

A profissão de agente comunitário de saúde é desafiadora. A tarefa de estar dentro da comunidade, conhecer o contexto de cada familiar do território, levando informações a fim de promover a saúde e prevenir as doenças, traz consigo a exposição a diversos riscos a integridade física e mental desse profissional. Suas atividades são a essência do Programa Saúde da Família, o que nos faz vê-lo como o protagonista dos profissionais que trabalham na Atenção Primária a Saúde. Diante disso, é importante investir na qualidade de vida desse trabalhador para que se possa obter e promover a saúde, consequentemente a qualidade de vida da população.

No entanto, através do estudo, podemos perceber que além da grande sobrecarga de trabalho, e intensa cobrança por parte dos usuários e serviço de saúde, esses são pouco reconhecidos e pouco valorizados. Apresentam insatisfações quanto à indisponibilidade de recursos suficientes para atender a demanda populacional e convivem com muitas dificuldades para a realização de suas atividades. Porém, sua satisfação é traduzida pela oportunidade de ajudar as pessoas e ouvir mesmo de que poucas delas um muito obrigado.

Referências

BARALHAS, M.; PEREIRA, M.A.O. Prática diária dos agentes comunitários de saúde: dificuldades e limitações da assistência. Rev Bras Enferm. Brasília, mai-jun; n.66, v.3, p. 358-65, 2013.

BARROSO, S. M.; GUERRA, A. da R.P. *Burnout* e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). Cad. Saúde Colet, Rio de Janeiro, n.21, v.3, p. 338-45, 2013.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/UERJ; p. 113-25, 2001.

FILGUEIRAS, A.S.; SILVA, A.L.A. Agente Comunitário de Saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 21. V. 3, P. 899-915, 2011.

GALAVOTE, H.S.; PRADO, T.N. do; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R. de C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, n.16, v.1, p.231-40, 2011.

GOMES K.O.; COTTA, R.M.M.; CHERCHIGLIA, M.L.; MITRE, S.M.; BATISTA, R.S. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. Saúde Soc; n.18, v.4, p.744-55, 2009.

LUNARDELO, S.R. O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto. 2004. 154p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TOMAZ, J.BC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface Comunic. Saúde Educ. n.6, v.10, p.75-94, 2002.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer em especial ao Prof. Dr. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto, coordenador do Módulo Trabalho em Saúde. E minhas colegas de turma Antônia Gabriela, Daniela e Lumma onde contribuíram para a realização deste estudo.

RODA DE QUARTEIRÃO: UMA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO SOCIAL NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CE

Autor 1 (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. leidysobral@hotmail.com

Autor 2 – Ingrid Melo Rodrigues – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

Autor 3 – Leidy Dayane Paiva de Abreu

Autor 4 – Nadia de Sousa Martins

Autor 5 – Rayane Alves Lacerda

Autor 6 (Isa Carolina Ximenes Dias) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

Palavras-chave: Roda. Serviço social. Promoção de saúde.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência do Serviço Social, trabalhando na lógica da colaboração interprofissional, na Roda de Quarteirão, enquanto espaço de promoção de saúde. A experiência foi realizada no recorte de um bairro de Sobral-CE, área denominada “morro dos terrenos novos” no Centro Saúde da Família Dr. Everton Mont’Alverne Terrenos Novos no período de junho a agosto de 2014. Os temas abordados foram: “Riscos do Trabalho Infantil”, “Drogas e suas consequências”, “Participação Social” foi tema do terceiro encontro. A estratégia metodológica adotada foi de natureza qualitativa, a partir de observação participante. Como resultados obtidos se encontrou: A potencialidade para promover saúde nos territórios e a valorização do conhecimento popular e a estimulação da participação social e comunitária.

Introdução

Estratégias de educação em saúde funcionam como formas de promover saúde e a prevenção primária e secundária de agravos de

saúde e doenças. Para alcançar tais efeitos as estratégias devem ser centradas na prática social dos indivíduos, valorizando suas experiências e dos grupos a que eles fazem parte. Esse processo gera uma análise da realidade e é possível perceber quais atitudes ou condutas influenciam nos processos de saúde e necessitam ser modificadas.

Buss (2000) expõe que a promoção da saúde vem sendo entendida como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e as situações que os circundam, para tanto é preciso de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para enfrentamento e resolução destes entraves.

A atenção primária enquadra-se em um nível de assistência que leva saúde para onde o povo se encontra trabalhando para e com população, objetivando à promoção, à prevenção e à recuperação, na amplitude da integralidade das ações de cuidado percebendo o ser humano na sua totalidade, e na luta contra a submissão e resignação. Além disso reflete o engajamento social, o envolvimento do profissional com o seu campo de atuação para ir levando ao usuário “saúde” para onde o povo se encontra (GOIS, 2008). Assim se entende que a atenção primária é um ambiente propício para desenvolver ações de educação em saúde promovendo a participação popular, a fim de promover empoderamento da população em noções de auto cuidado.

Uma ferramenta que vem sendo utilizada para promover saúde no município de Sobral-CE é a Roda de Quarteirão, momento em que os profissionais invertem a ordem habitual do fluxo dos Centros de Saúde da Família. Dirigem-se para locais mais próximos do cotidiano da comunidade, podendo ser uma calçada, embaixo de árvores ou na casa de algum morador que se sentir à vontade de abrigar esses momentos de partilhas de vivências. A população é convidada a dizer sobre o que falar e assim todos, profissionais de saúde e usuários do CSF discorrem sobre suas experiências e deliberamos encaminhamentos para os temas.

Assim, a roda funciona como uma estratégia para disseminar conhecimentos de acordo com a necessidade da população fora do Centro de Saúde da Família. Integra promoção da saúde e educação popular em saúde, tornando possível a comunicação entre o conhecimento técnico e o popular, através do diálogo, respeitando a realidade e o conhecimento das famílias. Além disso, esse processo viabiliza a proximidade da ESF com a comunidade proporcionando um diálogo mais estreito e de acordo com a realidade local. Desenvolvendo a autonomia dos sujeitos, à medida que desperta nos indivíduos a capacidade dos mesmos refletir de forma crítica sua realidade, na perspectiva de tomadas de decisões em conjunto diante das situações problemas.

Conforme afirma Campos (2006), as Rodas são espaços coletivos de co-gestão e gestão ampliada, como uma forma de valorizar os espaços da comunidade e saber intrínseco a ela. Sintetizar o saber clínico, biológico e a história do sujeito/grupo, analisando a capacidade de intervenção dessas pessoas em produzir saúde. Integrado em equipes multiprofissionais, o assistente social é considerado como uma das profissões com maior adequação de identificar riscos e potencialidades, uma vez que compreende a importância dos fatores sociais como aspecto integrante das condições de vida e saúde. Entendendo a importância das ações no campo da promoção da saúde como recurso importante na prestação da assistência. Segundo Quintino, et al (2011) muitas são as possibilidades de atuação no campo do Serviço Social, incorporando aspectos referentes ao ser humano em seu processo de interação com sua realidade social, proporcionando condições para a mobilização e desenvolvimento das potencialidades humanas e sociais que lhe permitam viver em sociedade com maior liberdade e autonomia. Desta forma, trazemos como experiência relevante atuação do serviço social dentro de uma equipe multiprofissional nesse espaço de cuidado em saúde, tendo como objetivo relatar a experiência do Serviço Social na Roda de Quarteirão, enquanto espaço de promoção da saúde.

Metodologia

Essa pesquisa é de caráter qualitativo, baseada no relato de experiência do serviço social na Estratégia Saúde da Família (ESF), pois esse tipo de abordagem apresenta melhores condições de compreender os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes das relações e processos que não podem ser resumidos a variáveis (MINAYO, 2001).

A técnica para coleta dos dados foi observação participante, De acordo com Chizzotti (1991), a Observação Participante é um meio de contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural. O cenário de atuação deu-se no território de atuação de uma equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Em Março de 2014 deu-se início a 11ª turma de RMSF, a ser realizada pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). A equipe formada por assistente social, enfermeira, farmacêutica, nutricionista e psicólogo, foi designada para atuar nos Centros de Saúde da Família (CSF) dos bairros Terrenos Novos e Vila União do município de Sobral. Durante os meses de Março e Abril de 2014 ocorreu o processo de territorialização para conhecer a comunidade, território, peculiaridades, potencialidades e fragilidades dos bairros. Aqui percebemos a necessidade de conhecer os territórios a partir da apropriação de sua dinâmica sob seus diversos aspectos, através das rodas de quarteirão, formando vínculos com as pessoas, conhecendo suas histórias de vida, entender como está sendo a participação popular e como relaciona-se para produzir saúde aos moradores.

A experiência relatada nesse presente trabalho foi realizada em um recorte do território coberta pela citada equipe de residência denominado “morro dos terrenos novos” no Centro Saúde da Família Dr. Everton Mont’Alverne no período de junho a agosto de 2014. Foram realizados três encontros na área, ruas aleatoriamente escolhidas pelo agente comunitário de saúde (ACS) e com a participação dos moradores, da equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, (RMSF), profissionais das áreas de

serviço social, farmacêutico, nutrição, enfermagem e psicologia, que são apoios técnicos para as equipes da estratégia saúde da família, além dos estudantes de massoterapia. Durante dois encontros os temas da conversa foram “Riscos do Trabalho Infantil”, “Drogas e suas consequências”, “Participação social” foi tema do terceiro encontro.

A atividade vivenciada reforçou a importância dessa ação participativa na Estratégia Saúde da Família (ESF). No primeiro encontro houve pouca participação, somente quinze participantes, sendo que quatro moradores, três agentes de saúde e oito profissionais de apoio matricial, três do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e cinco residentes. No segundo encontro foram dez moradores e três agentes de saúde e três residentes. No terceiro encontro cinco moradores, três agentes de saúde, quatro estudantes de massoterapia e três residentes. Portanto foi possível, através do método qualitativo analisar questões importantes para melhor compreender a complexidade da realidade local. Este estudo obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa e apresenta relevância social na medida em que contribui com a construção e fomento das reflexões sobre a temática e na sistematização do conhecimento científico no campo da saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados foram analisados e organizados a partir de cada encontro, procurando reunir e destacar as tendências e padrões relevantes do seu conteúdo de acordo com os quadros 1, 2 e 3.

QUADRO – 1 Temática: Riscos do trabalho infantil.

Data da roda	Temática	Atividade desenvolvida	Número de participantes
11 de junho	Riscos do trabalho infantil	Roda de conversa	15

Nesta primeira temática, buscou-se compreender o conhecimento dos moradores sobre os riscos do trabalho infantil. Iniciou-se o momento com uma dinâmica de apresentação, a ideia era apresentar a equipe de apoio da ESF e conhecer os moradores, no círculo tinha que dizer o nome e o que esperava daquele encontro, em seguida fez-se perguntas norteadoras para discutir a temática proposta. Inicialmente notou-se o desconhecimento desses em relação às consequências do trabalho para as crianças, o que nos instiga a associar à falta descentralização das informações por parte dos órgãos responsáveis pela saúde, educação e assistência social. A população em geral, continua sem saber como uma criança ou adolescente é perigosamente ameaçada pela exploração do trabalho infantil. Dentre os fatores que contribuem para o aumento de casos, destacam-se: a falta de conhecimento sobre o assunto, estímulo para a adoção de medidas preventivas por parte das autoridades de saúde e dos demais setores sociais, a ausência de conhecimento da população sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei nº 8.069 de 1990, a qual criou o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Esta lei assegura os direitos da criança e do adolescente, protegendo suas integridades no Brasil. O “Art. 2 do ECA considera-se criança para os efeitos desta Lei 8069/90, a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

QUADRO – 2 Temática: Drogas e suas consequências.

Data da roda	Temática	Atividade desenvolvida	Número de participantes
02 de julho	Drogas e suas consequências	Roda de conversa	16

No segundo encontro, o que seria para abordar o assunto drogas, foi alterada pela comunidade, naquele dia, pois a demanda era outra. Os moradores estavam sentindo na pele o descaso para com o meio ambiente da comunidade, as falas eram sobre a quantidade de lixo no bairro, o aumento da dengue e as ruas com esgoto aberto. Durante os encontros os moradores puderam fazer perguntas e expressar a opinião sobre questões como o conselho local de saúde, associações comunitárias, presença do agente de saúde na área, e o mau humor de alguns profissionais no CSF. O Estado brasileiro possui mecanismos para promover espaços, inclusive institucionalizados, de participação social. Podemos perceber isso na Constituição Federal do Brasil de 1988, tal mecanismo está à disposição do cidadão permitindo-o intervir nas decisões governamentais tais como: plebiscito, referendo, iniciativa legislativa popular. Entretanto, faz-se necessário questionar sobre as possibilidades reais de participação social, pois muitas vezes a realidade expressa uma participação desconectada com a liberdade, igualdade e justiça social. Conforme refere-se Demo (1996, p. 15) [...] “é a sociedade organizada que define o papel e o espaço do Estado, não o contrário”.

QUADRO – 3 Temática: Participação social.

Data da roda	Temática	Atividade desenvolvida	Número de participantes
13 de agosto	Participação social	Dinâmica da imagem	15

A participação comunitária é um princípio do SUS, essa participação está legitimada através dos conselhos e conferências de saúde. Destacam-se também outras formas de participação não institucionalizadas que devemos permitir seu desenvolvimento. No último encontro com a presença de novos participantes realizamos dinâmica de apresentação com os nomes e as expectativas do encontro, em seguida foi realizado a atividade das figuras e suas representações, foi colocado diversas imagens e palavras em um círculo, depois cada participante teria que pegar uma única figura ou palavra que mais chamou atenção. As imagens e palavras eram relacionadas a participação, como diversidade, comunidade, meio ambiente, velhice, dengue, entre outras. O que se pode perceber desse encontro foi a necessidade de se efetivar um processo educativo em saúde que envolva a comunidade para um pensar crítico e reflexível acerca da realidade em que se vive. A participação comunitária está previsto na Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira. Essa participação está legitimada em forma de controle social através dos conselhos e conferências de saúde. Destaca-se também outras formas de participação não institucionalizadas.

Conclusão

Diante do exposto, observou-se a importância do espaço Roda de Quarteirão como potencialidade para promover saúde nos territórios. Em Sobral essa realidade é bastante recorrente, como ferramenta das equipes multiprofissionais de apoio as equipes de referência da ESF, sobretudo, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Para além disso, é uma forma de valorizar o conhecimento popular e estimular a participação social e comunitária, transformando os usuários do SUS em sujeitos participantes, possibilitando que se desenvolva criticidade sobre assuntos que influenciam em sua qualidade de vida e saúde e que superem a noção ultrapassada de produção de saúde como ausência de doença.

Referências

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BUSS, P. M. Promoção de Saúde e qualidade de vida. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: [s.n], vol.5, 2000.
- CAMPOS, G.W. de S. Efeito Paideia e Campo da saúde: reflexões sobre a saúde do sujeito e mundo da vida. **Trabalho Educação e Saúde**, v.4, n1, p19-31, 2006.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991.
- DEMO, Pedro. Participação é conquista: noções de política social participativa. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasil, 1990.
- GÓIS, C. W. de Lima, **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo, Editora HUCITEC, 2008.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In:_____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.
- QUINTINO, T. D. et al. **As contribuições do Assistente Social no campo da promoção de saúde: desafios e possibilidades**. Rev. APS: 2012, jul/set.

Agradecimentos

Agradecer os profissionais do Centro de Saúde da Família do bairro Terrenos Novos, assim como os moradores participantes da roda de quarteirão.

USO DA METODOLOGIA DE PROBLEMATIZAÇÃO NO RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PARA AS

DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Bruna Bárbara Fernandes Moura – Universidade de Fortaleza. Email: brunafernandes@edu.unifor.br

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza.

Amanda Paula Josué – Universidade de Fortaleza.

Elitaianne Keite Moreira de Sousa – Universidade de Fortaleza.

Ingrid Thaís Lopes de Sousa – Universidade de Fortaleza.

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Fatores de risco. Programas de rastreamento. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na realização de um circuito para rastreamento dos fatores de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV). Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram do estudo usuários que aguardavam atendimento na sala de espera e profissionais da referida instituição. Realizou-se um circuito, em um ambiente privativo da unidade de saúde. O circuito foi constituído por sete etapas: 1. Registro do paciente; 2. Aferição do Peso e altura; 3. Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC); 4. Aferição da Pressão arterial; 5. Aferição da Circunferência abdominal; 6. Aferição da Glicemia; e 7. Orientações gerais ao paciente. O circuito ocorreu em três dias de atendimento da unidade, no mês de abril de 2014, e teve duração de três horas. Observou-se que os usuários apresentavam parâmetros, considerados, de risco para as DCV. O circuito destacou-se como uma metodologia ativa simples, eficaz e de baixo custo para o rastreamento de fatores de risco para as DCV.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade do mundo. Entre as DCNT, destacam-se as Doenças Cardiovasculares (DCV), consideradas um grande problema de saúde pública (MAGALHÃES *et al.*, 2014). No Brasil, esse grupo de enfermidades totalizou 30,7% dos óbitos em 2011 (BRASIL, 2012).

O impacto das DCV é maior em países em desenvolvimento, como o Brasil, pois contribuem mais sobre o seu ônus, em relação aos países desenvolvidos. Há previsão de que nos países desenvolvidos o risco de morte deve aumentar 20% até 2020, naqueles em desenvolvimento deverá dobrar. Se forem mantidas as atuais proporções, o Brasil terá as maiores taxas de novos eventos do mundo nas próximas décadas (CORREIA; CAVALCANTE; SANTOS, 2010).

Ressalta-se que, para a redução da incidência, prevalência e mortalidade dessas doenças, faz-se necessário a prevenção de fatores de risco associados a estes agravos, bem como realização do rastreamento de indivíduos para identificação precoce. O monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCV permitem a implementação de ações preventivas com maior custo-efetividade (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Evidencia-se, portanto, a importância da utilização das Metodologias Ativas (MA), estratégias de ensino que objetivam a busca do saber em enfermagem aproximando a prática assistencial da educacional, visto que o enfermeiro utiliza o processo ensino-aprendizagem em todas as suas ações de cuidado. As MA baseiam-se em problemas e, atualmente, duas se destacam: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problemática (MP) (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

A MP é um modelo de ensino que estimula a transformação social através de uma prática conscientizadora e crítica. Os problemas estudados precisam de um cenário real, para que a construção do conhecimento ocorra a partir da vivência de experiências significativas (SCHAURICH; CABRAL; ALMEIDA, 2007). Assim, essas metodologias de ensino permitem que o enfermeiro desenvolva habilidades para atuar na reorganização dos serviços e promoção da saúde, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O interesse pela temática surgiu enquanto acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina de Enfermagem em Saúde Pública II, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada. Obteve-se como finalidade apresentar o circuito, como uma opção de MA, no rastreamento dos fatores de risco para as DCV.

Neste interim, objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na realização de um circuito para rastreamento dos fatores de risco para DCV.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram do estudo usuários que aguardavam atendimento na sala de espera e profissionais da referida

instituição.

Foi realizado um circuito, em ambiente privativo, climatizado, dentro da própria unidade de saúde. O circuito foi constituído por sete etapas. Cada etapa era constituída por um a dois académicos de enfermagem que, sob a orientação da professora tutora, coletaram dados referentes ao sexo, idade, peso, altura, Índice de Massa Corpórea (IMC), Circunferência Abdominal (CA), Pressão Arterial (PA), glicemia; e foram realizados orientações gerais e encaminhamentos nos casos de indivíduos com alterações nos seus parâmetros.

O circuito ocorreu em três dias de atendimento da unidade, no mês de abril de 2014, e teve duração de três horas. Insumos para a realização desta atividade foram fornecidos pela unidade de saúde. Os achados encontrados no estudo foram analisados de forma descritiva.

Ressalta-se que os aspectos éticos e legais foram contemplados, visto que este estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

O rastreamento de fatores de risco para DCV configura-se como uma importante estratégia para a mudança do eixo da atenção para a promoção da saúde e a vigilância desta voltada às comunidades. Assim, a implementação de programas de intervenção de base comunitária destacam-se como metodologias eficazes por permitirem o acesso à informação e educação em saúde, instrumentos essenciais para a assistência de enfermagem.

A realização do circuito foi dividida em sete etapas: 1. Registro do paciente (sexo e idade); 2. Aferição do Peso e altura; 3. Cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC); 4. Aferição da Pressão arterial; 5. Aferição da Circunferência abdominal; 6. Aferição da Glicemia; e 7. Orientações gerais ao paciente.

A idade e o sexo apresentam estreita relação com a ocorrência de DCV. Ambos são fatores de risco importantes por contribuírem para o aparecimento de patologias que levam ao aparecimento de DCV, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (FARIAS *et al.*, 2009). Estudo recente verificou que, de 6.292 pacientes hipertensos, o sexo masculino foi prevalente com idade abaixo de 50 anos, e teve como fatores de risco associados à obesidade e a lesão renal crônica. As mulheres hipertensas predominaram na idade acima dos 80 anos, associado a fatores de risco como obesidade, DM e a cardiopatia isquêmica (GIJÓN-CONDE; GRACIANI; BANEGAS, 2014).

A literatura afirma que a HAS ocorre com maior frequência no sexo masculino. Contudo, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa diferença entre os sexos tem diminuído. As mulheres tabagistas e que fazem uso de anticoncepcional, com mais de 30 anos, são as mais atingidas. Na mulher, após a menopausa, há uma diminuição gradativa da produção hormonal feminina, o que aumenta o Risco Cardiovascular (RCV) (TAKAMUNE *et al.*, 2011).

Pesquisa recente evidenciou que as DCV são as principais causas de morte entre as mulheres americanas, independentemente de raça ou etnia. Elas vêm ocorrendo mais precocemente e aumentam com a meia idade e com a presença de fatores de risco, como tabagismo, etilismo, hábitos alimentares não saudáveis, obesidade e sedentarismo (CHAGAS; DOURADO; DOURADO, 2014).

Outros parâmetros avaliados foram o peso e a altura, para o cálculo do IMC. Este é obtido pela divisão do peso (em kg) pelo quadrado da altura (em metros). O resultado revela se o peso está dentro da faixa ideal, abaixo ou acima do desejado. Para classificação do IMC, utilizou-se como base o manual do Ministério da Saúde do Brasil de Obesidade (2006): baixo peso = < 18,5 Kg/m²; peso normal = 18,5 – 24,9 Kg/m²; sobrepeso = 25,0 – 29,9 Kg/m²; obeso grau I = 30,0 – 34,9 Kg/m²; obeso grau II = 35,0 – 39,9 Kg/m²; obeso grau III = ≥ 40,0 Kg/m².

Buscou-se correlacionar o sobrepeso/obesidade e obesidade dos participantes ao valor da circunferência abdominal. Nesse estudo adotaram-se os pontos de cortes preconizados pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009), de acordo com o grau de risco para DCV: risco aumentado = CA > 80 cm para mulheres e CA > 94 cm para homens; e risco muito aumentado = CA > 88 cm para mulheres e CA > 102 cm para homens.

A gravidade dos fatores de risco relacionados à obesidade está diretamente ligada à distribuição da gordura corporal. O excesso de gordura na região superior (central do corpo), particularmente no abdome, está associado com o aumento da incidência de acometimentos cardiovasculares (PEREIRA *et al.*, 2011). Estudos indicam que homens e mulheres com gordura corporal relativa acima dos valores aceitáveis de referência, apresentam maiores riscos para doenças crônicas não transmissíveis como cardiopatias, AVE, HAS, dislipidemias, DM, aterosclerose, cálculo biliar, entre outras (TAKAMUNE *et al.*, 2011).

Pesquisa recente buscou correlacionar os efeitos do IMC, sobrepeso e obesidade com a ocorrência de Doença Arterial Coronariana (DAC) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 1,8 milhão de participantes, através da estimação da razão de risco. Os autores verificaram que a cada 5 kg/m² acima do IMC adequado, os indivíduos tinham 46% de risco de aparecimento de DAC e 76% de AVE (LU *et al.*, 2014).

Na terceira etapa, foi aferida a pressão arterial, utilizando-se como base o manual do Ministério da Saúde do Brasil de Hipertensão (2013), com valores para Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), em mmHg: ótima = PAS < 120 e PAD < 80; normal = PAS < 130 e PAD < 85; limítrofe = PAS = 130 – 139 ou PAD = 85 – 89; hipertensão estágio 1 = PAS = 140 – 159 ou PAD = 90 – 99; hipertensão estágio 2 = PAS = 160 – 179 ou PAD = 100 – 109; hipertensão estágio 3 = PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110; hipertensão sistólica isolada = PAS ≥ 140 ou PAD < 90.

A PA é o maior fator de risco para ocorrência das DCV, sendo classificada como uma condição de alta morbidade. Estudo recente avaliou a associação do aumento da pressão arterial com 12 DCV. Os autores verificaram que o aumento da pressão sistólica está fortemente associado com a ocorrência de hemorragia intracraniana, hemorragia subaracnóidea, angina estável e aneurisma aórtico. Já o aumento da pressão diastólica teve maior efeito para infarto do miocárdio, doença arterial periférica (RAPSOMANIKI; TIMMIS; HEMINGWAY, 2014).

Dando seguimento às etapas do circuito, buscou-se verificar, também, a glicemia dos participantes, utilizando-se os valores glicêmicos do manual do Ministério da Saúde do Brasil sobre Diabetes Mellitus (DM) (2013): normal = < 100mg/dl (jejum) e < 140 mg/dl (após 2 horas); intolerância à glicose = 100 – 125mg/dl e 140 – 199mg/dl (após 2 horas); diabetes = ≥ 126mg/dl (jejum) e ≥ 200mg/dl (após 2 horas).

O Diabetes *Mellitus* (DM) é um sério fator de risco para DCV, visto que mesmo se o açúcar no sangue estiver sob controle, há aumento significativo do risco de DCV e cerebral. Dois terços das pessoas com diabetes morrem de complicações cardíacas ou cerebrais. Na presença do diabetes, os outros fatores de risco se tornam mais significativos e ameaçadores (FINAMORE; SANTANA, 2011).

As consequências do DM que ocorrem em longo prazo são resultantes de alterações micro e macrovasculares. A aterosclerose é comumente mais acelerada e agressiva no diabético, frequentemente se associando a outros fatores de risco, conduzindo a complicações cardiovasculares mais precocemente. As complicações macrovasculares incluem DAC, AVE e Doença Arterial Oclusiva Periférica (DAOP), enquanto que as microvasculares tendem a se apresentar como nefropatia diabética, retinopatia e cardiomiopatia (EYKEN; MORAES, 2009).

Após a aferição de todos os parâmetros eram realizadas orientações aos participantes, bem como o encaminhamento daqueles com valores alterados.

A educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação diálogo-reflexiva entre enfermeiro e cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida (SOUSA *et al.*, 2010).

Ressalta-se a importância em se orientar a comunidade acerca dos fatores de risco para DCV, tendo em vista a prevenção.

Estudo recente evidenciou que de 200 mulheres com idade entre 15 – 49 anos, 76% relataram que as DCV podem ser prevenidas. Contudo, a única forma de prevenção citada foi a realização de atividades físicas diárias (MAZLOOMY *et al.*, 2014).

As ações educativas podem trazer olhares diferenciados ao trabalho dos profissionais que desenvolvem a sua prática cotidiana. A utilização da educação como uma forma de cuidar na enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois, por meio do educar, o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização deste os capacita a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro (ROSA *et al.*, 2012).

Conclusão

Pode-se observar que o enfermeiro é um profissional que tem várias atribuições relacionadas à promoção da saúde. Entre elas, evidenciou-se o de educador, não só na organização de grupos de educação em saúde, mas também na implementação de estratégias que busquem o rastreamento de doenças, tendo como foco a prevenção.

A enfermagem tem o cuidado como núcleo de competência e responsabilidade e, tendo em vista uma melhor assistência, busca tecnologias, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade.

Para atender às novas exigências do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário, portanto, a implementação de estratégias voltadas para a promoção da saúde, bem-estar e prevenção de agravos. Nesta pesquisa, constatou-se a realização do circuito como uma MA simples, eficaz e de baixo custo para o rastreamento de fatores de risco para as DCV.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Obesidade. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS (2012). Acesso em: 31 jul. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/matriz.htm#mort>

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, n.37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n.36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p.

CHAGAS, A. C. P.; DOURADO, P. M. M.; DOURADO, L. A. Woman's heart: differences that make a difference. Rev Soc Bras Clin Med., v.12, n.1, p.84-92, 2014.

CORREIA, B. R.; CAVALCANTE, E.; SANTOS, E. A prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários. Rev Bras Clin Med., v.8, p.25-29, 2010.

EYKEN, E. B. B. D. V.; MORAES, C. L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública., v.25, n.1, p.111-123, 2009.

FARIAS, N.; SOUZA, J. M. P.; LAURENTI, R.; ALENCAR, S. M. Mortalidade cardiovascular por sexo e faixa etária em São Paulo, Brasil: 1996 a 1988 e 2003 a 2005. Arq Bras Cardiol., v.93, n.5, p.499-505, 2009.

FINAMORE, F. S.; SANTANA K. S. Fatores de risco cardiovascular e análise do nível de estresse em docentes do curso de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior filantrópica de Vitória/ES. [Monografia]. Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, 2011.

GIJÓN-CONDE, T.; GRACIANI, A.; BANEGAS, J. R. Demografía y características clínicas de la hipertensión resistente em 6.292 pacientes em atención primaria. Rev Esp Cardiol., v.67, n.4, p.270-276, 2014.

LU, Y.; HAJIFATHALIAN, K.; AZZATI, M.; WOODWARD, M.; RIMM, E. B.; DANAEI, G. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants. Lancet., v.383, n.9921, p.970-983, 2014.

MAGALHÃES, F. J.; MENDONÇA, L. B. A.; REBOUÇAS, C. B. A.; LIMA, F. E. T.; CUSTÓDIO, I. L.; OLIVEIRA, S. C. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais de enfermagem: estratégias de promoção da saúde. Rev Bras Enferm., v.67, n.3, p.394-400, 2014.

MAZLOOMY, S. S. et al. A study of the Knowledge, Atitudes, and Practices (KAP) of the womem referred to health centers for cardiovascular disease and their risk factors. Health Care Women Int., v.35, n.1, p.50-59, 2014.

PEREIRA, D. C.; OLIVEIRA, K. R. de.; ZAGO, D. Perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados numa Unidade Básica de

Saúde (UBS) do município de Ijuí/RS. Rev Contexto & Saúde., v.10, n.9, p.137-140, 2010.

RAPSOMANIKI, E.; TIMMIS, A.; HEMINGWAY, H. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. Lancet., v.383, n.9932, p1899-1911, 2014.

RIBEIRO, A. G.; COTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ciênc Saúde Coletiva., v.17, n.1, p.7-17, 2012.

ROSA, J.; FACCIN, C.; DALEGRAVE, D.; ARGENTA, C.; FRANSCISCATTO, L. H. G. Ações educativas de assistência em enfermagem em ambiente hospitalar: a atenção a pais e familiares de neonatos em fototerapia. Rev Enferm., v.8, n.8, p.154-165, 2012.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. Esc Anna Nery R Enferm., v.11, n.2, p.318-324, 2007.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP., v.48, n.1, 208-218, 2012.

SOUSA, L. B.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; PINHEIRO, A. K. B. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev Enferm UERJ., v.18, n.1, p.55-560, 2010.

TAKAMUNE, D. M.; MARUICHI, M. D.; PAI, C. Y. W.; SILVA, C. S. H. A.; AMADEI, G.; LIMA, S. M. R. R. Conhecimento dos fatores de risco para doença cardiovascular em mulheres no climatério: estudo piloto. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa., v.58, n.3, p.117-121, 2011.

Agradecimentos

Aos profissionais que aceitaram fazer parte desta pesquisa. À professora Mayenne, por toda a paciência, disponibilidade, carinho e amizade.

Grupo de Gestantes como Estratégia de Promoção à Saúde: Um Relato de Experiência

Krishna Bezerra de Lima (apresentador) – Universidade Regional do Cariri - URCA. Email:krishnabezerra@hotmail.com

Maria Naiane Rolim Nascimento – URCA

Nalva Kelly Gomes de Lima – URCA

Ingrid Grangeiro Bringel Silva – URCA

Mayara Arraes Alencar – Secretaria Municipal de Saúde do Crato - CE

Simone Soares Damasceno (Orientador) – URCA

Palavras-chave: Promoção da saúde. Educação em saúde. Grupo de gestantes.

Resumo

O estudo objetivou relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem na execução de uma atividade educativa com um grupo de gestantes. Trata-se de um relato de experiência realizado por graduandos de enfermagem durante atividades teórico práticas da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde da Mulher. Desenvolveu-se uma atividade educativa com dez gestantes no contexto na ESF, no mês de maio de 2014 em uma parceria entre acadêmicos de enfermagem e profissionais de saúde do serviço. A atividade realizada baseou-se em dinâmicas problematizadoras em que cada gestante foi desafiada a lançar na “roda”, isto é, para o grupo suas experiências e dúvidas relativas à gestação. Dos aspectos discutidos, destacaram-se as informações sobre as mudanças corporais e comportamentais relativas ao ciclo gravídico-puerperal e os mitos e verdades desse período. A discussão conjunta conduziu a reflexão crítica e construção coletiva de saberes, ao socializar sua experiência e compartilhar seus saberes e dúvidas cada participante colocou-se como sujeito ativo de um processo de ensino aprendizagem. Participantes compartilharam conhecimentos e esclareceram dúvidas em um processo dialogado, valorizando as capacidades individuais e o resgate da autonomia feminina, o que possibilitou a ressignificação das experiências e promoção do autocuidado por meio do incentivo a adequada adesão ao acompanhamento pré-natal, entre outros aspectos como, alimentação saudável, prática de exercícios e cuidados com recém-nascido. Percebeu-se que as dinâmicas educativas em grupos favorecem as interações humanas e podem conduzir a promoção da saúde através da valorização dos sujeitos envolvidos e resgate de suas experiências.

Introdução

A atenção pré-natal de qualidade é considerada por Vettore et al. (2013) como uma das principais ações de promoção à saúde da gestante e do bebê, além de favorecer a prevenção de eventos adversos da gestação. A melhoria do cuidado pré-natal pode ser considerada uma das mais importantes metas em termos de saúde pública devido à possibilidade de redução dos níveis de morbimortalidade materna e neonatal. O acolhimento da gestante é considerado por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, favorecendo uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. Esse acolhimento na atenção básica resulta na responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada e a partir da criação do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2012). A educação em saúde é um instrumento flexível de construção e socialização de saberes, por meio dele pode-se trabalhar a promoção da saúde. Almeja-se um processo educativo capaz de promover a troca de informações e saberes, possibilitando aos indivíduos envolvidos que se tornem sujeitos ativos na construção do conhecimento. O grupo representa uma união de pessoas com características distintas, porém com um interesse em comum. O processo educativo desenvolvido no grupo é considerado relevante por possibilitar a quebra de mitos, além de preparar para o parto e maternidade, dá maior segurança e autonomia, gerando mudanças de atitudes e comportamentos (FREIRE, 2005; ZAMPIERI, 2010). O ciclo gravídico puerperal exige um planejamento e organização por parte da rede de atenção à saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as fases desse ciclo. O desenvolvimento de atividades educativas baseadas na saúde da gestante, incluindo os cuidados ao recém-nascido é essencial e preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil como um dos critérios para atendimento pré-natal efetivo (BRASIL, 2012). Esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, bem como da estrutura dos serviços de saúde existentes, incluindo as unidades básicas e os serviços de referência. (BRASIL, 2010). A principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde brasileiro é a unidade básica de saúde (UBS). Nela concentra-se o ponto de atenção estratégica que garante o acolhimento as necessidades da mulher, principalmente durante o período gravídico puerperal (BRASIL, 2012). O acolhimento dessas mulheres deve estar pautado no Princípio da Integralidade da atenção, que se define como um conjunto articulado e contínuo das ações entre equipe de saúde, família e comunidade, visando garantir à gestante ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Cabe as equipes produzirem um efeito pontencializador das suas ações como integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos, além de ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extrasetoriais dentro de seu território de atuação (BRASIL, 2012). Nesse sentido, revela-se a importância de relatar experiências relativas à promoção da saúde da gestante no contexto da atenção básica, visando fomentar estratégias voltadas

à educação em saúde.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como descritivo tipo relato de experiência, realizado por estudantes do sétimo período do curso de enfermagem da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar em Saúde da Mulher da Universidade Regional do Cariri – URCA. Desenvolveu-se uma atividade educativa durante o estágio teórico prático, com um grupo de dez gestantes que realizavam pré-natal em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Crato-CE, no mês de maio de 2014. A atividade realizada baseou-se em dinâmicas problematizadoras em que cada gestante foi desafiada a lançar na “roda”, isto é, para o grupo suas experiências e dúvidas relativas à gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém nascido. A atividade constitui-se basicamente de 4 momentos, o primeiro consistiu na apresentação das acadêmicas de enfermagem, profissionais do serviço e gestantes. No segundo momento foi realizada a “dinâmica do desafio”, onde as gestantes foram posicionadas sentadas em uma roda. Nessa dinâmica elas foram desafiadas a passar um envelope enquanto ouviam uma música e ao parar a música elas foram desafiadas a abrir aquele envelope, e consequentemente realizar a atividade nele indicada, a saber, um brinde de incentivo a gestante que corajosamente havia decidido abrir o envelope, o objetivo da dinâmica foi empoderar as mulheres e mostrar a importância de encarar os desafios apresentados. O terceiro momento consistiu em uma segunda dinâmica denominada “mitos e verdades sobre a gestação” para discussão de temáticas relativas à gestação, parto e puerpério, nela cada gestante teve a oportunidade de responder a questionamentos simples a respeito do tema em discussão e refletir com todo o grupo os mitos e verdades que permeiam a gestação, parto e puerpério, além de informações sobre as mudanças corporais e comportamentais relativas a esse período. No quarto e último momento realizou-se o sorteio de brindes e o conhecimento consolidado do conhecimento construído.

Resultados e Discussão

Percebeu-se que as atividades educativas desenvolvidas no grupo de gestantes são indispensáveis para construção de conhecimentos e produção do cuidado à gestante e ao recém nascido. Segundo Hoga e Reberte (2007), o trabalho em grupo deve ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste processo acontece por meio das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho grupal promove o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania. A experiência realizada com as gestantes evidenciou que há mitos e tabus que permeiam o imaginário das mulheres, a exemplo da ideia de “leite materno fraco” mencionado por algumas gestantes do grupo, aspectos como esse devem ser trabalhados através de estratégias educativas. Para Reis et al. (2010), a partir do trabalho de educação em saúde, desenvolvido em conjunto entre acadêmicos e gestantes, a mulher poderá atuar como agente multiplicador de informações preventivas e de promoção da saúde. Trabalhou-se ainda o incentivo a adequada adesão ao acompanhamento pré-natal, alimentação saudável, prática de exercícios e cuidados com recém-nascido. Observou-se que inicialmente as gestantes apresentaram relativa timidez, manifesta pelo medo da verbalização/socialização durante as atividades em grupo, o qual logo foi superado por meio de dinâmicas de aproximação e empoderamento. Há necessidade de espaços que acolham e permitam as gestantes expressarem suas necessidades e vivências através de uma abordagem dialogada com foco na escuta qualificada e na valorização de suas experiências. Gonçalves e Watanabe (2011) afirmam que, o grupo de gestantes caracteriza-se como um espaço de socialização de vivências, sendo uma oportunidade para a gestante expressar seus medos, ansiedades e sentimentos, assim como, relacionar-se com outras pessoas que estão passando pela mesma experiência, o que possibilita um melhor enfrentamento das mudanças e situações que envolvem a gestação. Outro resultado alcançado na construção da experiência aqui relatada a foi a troca de conhecimentos entre acadêmicos, profissionais do serviço e gestantes da comunidade. Enquanto acadêmicos a vivência desde a programação das atividades até sua execução foi indispensável para formação em saúde, pois permitiu apreensão/consolidação não somente de conhecimentos teóricos, mas de aspectos relacionais, isto é, de interação com as mulheres na prática do serviço. Segundo Zampieri et al. (2010), esta participação permite concretizar o conteúdo teórico, amplia e aprimora o processo de ensino-aprendizagem na área obstétrica e na promoção da saúde. Também permite trocar informações com os profissionais e os participantes, além de possibilitar a compreensão do papel do profissional de saúde como facilitador do processo educativo no âmbito coletivo.

Conclusão

A experiência com o grupo de gestantes permitiu a construção de conhecimentos importantes relativos a promoção da saúde, com destaque para o incentivo a adequada adesão ao acompanhamento pré-natal, alimentação saudável, prática de exercícios físicos e cuidados com recém-nascido. Ressalta-se que o conhecimento foi elaborado coletivamente em uma abordagem que uniu acadêmicos de enfermagem, profissionais de saúde e mulheres.

Percebeu-se que as dinâmicas educativas em grupos favorecem as interações humanas e podem conduzir a promoção da saúde através da valorização dos sujeitos envolvidos, no caso, a saúde da gestante e do bebê, além do resgate de suas experiências por meio de vivências anteriores ou relatos de outras pessoas relacionadas. A experiência descrita permitiu não apenas a construção de conhecimentos em busca da promoção da saúde e prevenção de agravos, mas também favoreceu a criação de vínculos entre gestantes, profissionais e estudantes.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. (SUS): Princípios e Conquistas. Brasília – DF, 2000.

BRASIL, Secretaria do Estado de São Paulo. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo – SP, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília – DF, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32, 2012.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra. 41. ed., 2005.

GONÇALVES, A. K.; WATANABE, R. T. M. Grupo de gestantes: educação em saúde no pré-natal. In: Anais do Seminário de extensão universitária, Mato Grosso do Sul. v. 3: p. 1-1, 2011.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc da Enferm. v. 41, p. 559-566, 2007.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 269-276, 2010.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil. Recife, v. 13, n. 2, p. 89-100, 2013.

ZAMPIERI, M, F. M. O processo educativo: interpretando o som da humanização. In: Oliveira, M. E.; Zampieri, M. F. M.; Santos, O. M. B. A. Melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis (SC): Cidade Futura; 2001.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: Possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, 2010.

Reflexões sobre a importância da roda de gestão na óptica dos residentes no município de Horizonte/ CE

Sarah Gabrielle Sousa de Oliveira – Escola de Saúde Pública do Ceará e Email: sarahgab@gmail.com Hévila Nascimento Gomes

Rochelle Holanda Barroso

Erika Guidetti

Maria Danúbia Dantas de Carvalho

Orientador: José Auricélio Cândido - Escola de Saúde Pública do Ceará

Palavras-chave: gestão em saúde, saúde da família, apoio ao planejamento em saúde.

Resumo

Um dos espaços que se desenvolve o processo educativo dos profissionais residentes é a Roda, esta se propõe a fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo, através da solidariedade, aprendizado e na melhoria da qualidade do serviço. A roda se insere no processo formador de graduação em saúde como exemplo método de planejamento participativo e gestão participativa, sendo importante a aproximação de estudantes às condições reais de trabalho pela possibilidade de vivências e aprendizagens mais significativas. Objetivo: Refletir sobre a importância da roda de gestão na óptica dos residentes no município de Horizonte/ CE. Metodologia: Trabalho de natureza descritivo do tipo relato de experiência, realizado a partir das vivências dos autores no período de Julho a agosto de 2014. Apresenta-se como sistematização de uma experiência dos residentes que compõe o NASF e equipe de Referência, pretendendo refletir em torno da aprendizagem e dos acontecimentos ocorridos na roda de gestão. Foram utilizadas a matriz FOFA e GUT para elencar os problemas, e o planejamento participativo para a efetuar e organizar a resolução desses problemas. Discussão: Concordando com Soares et al (2009) os autores observaram que a roda fez emergir a necessidade de formação de lideranças comunitárias, papel pouco encontrado na comunidade, e fez enxergar a importância dos usuários de serem atores nesse processo transformador diagnosticando e buscando a resolução dos problemas. Conclusão: A roda de gestão é uma ferramenta que veio para somar na construção da democracia ampliando a visão dos usuários, Residentes e profissionais na busca pela qualificação na saúde dos usuários.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das maiores políticas de Estado de inclusão social (SANTOS, 2007). Dentre os principais desafios, podemos destacar a necessidade de imprimir novos modos de gestão em saúde no sentido de ultrapassar a predominância das formas tradicionais que não atendem a perspectiva democrática da reforma sanitária. Neste sentido, vários estudos apontam para a criação de modelos organizacionais com recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização, linha dos contratos de gestão, organogramas horizontalizados, dentre outros (CAMPOS, 2007; COELHO, 2010).

A busca por novas formas de gestão nos serviços de saúde torna necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática administrativa, mas também na sensibilidade e na intuição. Essa possibilidade leva, assim, a se pensar na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam e dirigem, e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde, estabelecendo as estratégias que possam abrir possibilidades para que o trabalhador da saúde se reconheça como autor do projeto assistencial que está sendo construído e resgate seu papel de sujeito (CECILIO, 2006).

Outro processo decorrente dessa concepção de saúde foi a criação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), em 1999, com o objetivo de preparar os profissionais do sistema municipal de saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). Atualmente, apresenta em sua composição profissionais das categorias de educação física, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e farmácia, que atuam nos territórios da zona urbana (MARTINS, 2008).

Um dos espaços que se desenvolve o processo educativo dos profissionais residentes é a Roda, método proposto por Campos (2000), que se propõe a fortalecer a autonomia do sujeito e do coletivo, através da solidariedade, integração, aprendizado e na melhoria da qualidade do serviço.

A roda se insere no processo formador de graduação em saúde como exemplo de instrumento, método de planejamento participativo, gestão participativa, sendo importante a aproximação de estudantes às condições reais de trabalho pela possibilidade de vivências e aprendizagens mais significativas (CAMPOS, 2000).

Destaca-se também que o Método da Roda aponta para uma visão de gestão que supera e confronta as abordagens tradicionais centradas numa perspectiva meramente instrumental, ou seja, traz algumas simplificações que colocam a necessidade de avançar na construção de trabalhadores reflexivos, críticos, solidários e autônomos (CAMPOS, 2007).

O presente texto propõe-se a refletir sobre a importância da roda de gestão na óptica dos residentes no município de Horizonte/ CE, além de descrever o método da roda de gestão aplicado por residentes e observar essa roda no cotidiano do serviço de saúde e no trabalho com as comunidades.

Metodologia

Trabalho de natureza descritivo do tipo relato de experiência, realizado a partir das vivências dos autores no período de Julho a Agosto de 2014. Apresenta-se como sistematização de uma experiência dos residentes que compõe o NASF e equipe de Referência, pretendendo refletir em torno da aprendizagem e dos acontecimentos ocorridos na roda de gestão.

A roda foi utilizada devido a necessidade de um momento para serem trabalhadas questões inerentes a equipe, introduziu-se um momento mensal composto por um turno normalmente a tarde com o objetivo de trabalhar a organização do processo de trabalho, estimular práticas colaborativas e um momento de educação permanente. Nesse contexto foi realizado oito reuniões desde o início da RIS, sendo duas em cada Unidade Básica de Saúde (Mangueiral, Diadema II, Planalto Horizonte II e III), todas com participação de profissionais de ensino superior, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), Serviço de Arquivo médico e de Enfermagem (SAME), Gerente da unidade e Comunidade, Residentes multiprofissionais.

Todas as rodas iniciaram com uma dinâmica que aborda questões de trabalho em equipe. Posteriormente foram trabalhadas questões relacionadas ao processo de identificação dos pontos positivos e negativos dentro e fora da unidade básica de saúde da respectiva área, através da utilização da matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) que se trata de uma ferramenta de gestão utilizada como parte do planejamento estratégico. Após trabalhar a matriz FOFA utilizamos outra ferramenta em seguida, a Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) para elencarmos as situações através de pontuações. As reuniões seguem com outra oficina onde foi trabalhado o planejamento das situações problemas elencadas através da utilização da FOFA e da GUT, os problemas são organizados em eixos de governabilidade tais como, condições de saúde da população; determinantes e condicionantes de saúde e gestão da saúde. No encontro para o planejamento participativo os participantes debatem sobre quais problemas serão enfocados primordialmente, em seguida são divididos em grupos de afinidade por cada problema, o grupo fica responsável pelo preenchimento da tabela que contém os seguintes itens: problema, objetivos, ações, responsáveis e prazo.

Haverá novas oficinas mostrando o andamento ou a resolução de cada problema, dando continuidade assim a roda de gestão.

Resultados e Discussão

Assim como em Silva e Sousa (2010) o presente estudo também concorda com a importância do surgimento de espaços com trocas de idéias e diálogos sobre o andamento dos serviços de saúde, para que assim possa formar cidadãos visando a construção de uma cultura democrática e com poder para transformar a comunidade em que vivem.

Na roda foi possível verificar que a dinâmica de sua organização e que seu desenvolvimento se apresentaram de maneira ampliada. A todos os presentes, como a própria roda sugere, é dado o poder de voz ativa. No entanto, essa experiência deixou dúvidas sobre os processos dialógicos e integrativos que se estabeleceram sugeridas por parte de alguns participantes, como posturas de silenciamento, intolerância, apatia, manifestações de descrédito e falta de participação por parte da população nesse processo, no qual acontece disposição ou recusa em relação ao planejado. Para os estudantes, a roda foi uma experiência de grande valia, a partir da qual houve reflexões e discussões com os preceptores após cada roda.

Em concordância com Soares et al (2009) os autores observaram que a roda fez emergir a necessidade de formação de lideranças comunitárias, papel pouco encontrado na comunidade, e fez enxergar a importância dos usuários de serem atores nesse processo transformador diagnosticando e buscando a resolução dos problemas. Dentro dessa perspectiva essas lideranças são importantes para as necessidades da comunidade serem ouvidas pelos profissionais de saúde.

Através da metodologia aplicada foram visualizados os problemas da população, da equipe de saúde e da unidade básica de saúde sendo responsáveis pela busca de soluções não apenas um individuo mas os atores envolvidos no processo.

Conclusão

A roda de gestão é uma ferramenta que veio para somar na construção da democracia ampliando a visão dos usuários, Residentes e profissionais na busca pela qualificação na saúde dos usuários.

Há o desafio dentro dessa prática, pois a participação social apesar de ser direito do usuário ainda é recente, pois culturalmente não é vivida devendo ser inserida e com o decorrer do tempo se firmar.

Essa temática não se esgota, pois existe a constante fomentação dos problemas dentro do território, em todos os cenários que se produzem saúde.

Referências

CAMPOS GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e Saúde Coletiva**, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, HUCITEC, 2000.

CECÍLIO LOC. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2006.

COELHO IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.15,n.1, p. 171-183, 2010.

MARTINS Jr. et., al. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-Ceará. **Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p.23-30, jul./dez. 2008 .

SANTOS NR. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização de rumos: a necessidade de acompanhamento. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p. 429-436, 2007.

SILVA, A. L. F; SOUSA, R.M. A roda como espaço de co-gestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral-ce. **Sanare**, Sobral, v.09, n.02, p.07- 13,12 jul. /dez. 2010.

SOARES, C.H.A; PINTO, V.P.T; PONTE, HEVILA. H. M. S; ALBUQUERQUE, I.M.N. A participação social em Sobral-ce: Experiências que versam sobre gestão compartilhada. **Sanare**, Sobral, v. 8, n.01, p. 06-11, jan/jun. 2009.

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, e a todos que colaboraram de forma direta e indireta na busca dos conhecimentos necessários para a realização deste trabalho.