

Revista Brasileira de Ciências da Saúde

**Anais do II Congresso
Norte-Nordeste de
Residência Multiprofissional
em Saúde**



Editorial

Saudando o II Congresso Norte-Nordeste de Residência Multiprofissional em Saúde: Uma Parceria Pela Formação em Saúde na Paraíba

A Revista Brasileira de Ciências da Saúde, pela primeira vez, foi convidada e aceitou com imenso prazer e orgulho acolher os Anais II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Reafirmamos, assim, nosso ideal e compromisso com divulgação da ciência no campo da saúde coletiva com qualidade, particularmente com as produções das universidades e grupos de pesquisa.

Continuamos evoluindo em busca da melhor divulgação da produção científica e o aprimoramento da pesquisa em saúde.

Saudamos a todos os participantes e parabenizamos a Comissão Organizadora deste grande evento.

Wilton Wilney Nascimento Padilha
Editor da RBCS



**II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

**Anais do II Congresso Norte-
Nordeste de Residência
Multiprofissional em Saúde**

*“As Residências em Saúde como espaço de
produção de conhecimento e de transformação
da prática e do modelo de atenção no SUS”*

João Pessoa – PB
Julho – 2011



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

COMISSÃO CIENTÍFICA II CONNERMS:

PROF.^a. MS. ERIKA RODRIGUES DE ALMEIDA
PROF.^a. MS. ANARITA DE SOUZA SALVADOR
PROF. MS. PABLO QUEIROZ LOPES
PROF.^a. MS. MARCELLE DE OLIVEIRA MARTINS

COLABORADORES:

PROF.^a. DR.^a. CLÁUDIA HELENA SOARES DE MORAIS FREITAS
PROF.^a MS. ANA CRISTINA DE OLIVEIRA E SILVA
PROF.^a. MS. MARÍSIA OLIVEIRA DA SILVA
PROF.^a. MS. NÚBIA KELLY RODRIGUES RIBEIRO
PROF. DR. EYMARD MOURÃO VASCONCELOS
PROF.^a. ESP. NATÁLIA MARIA MESQUITA DE LIMA
ENF. LÍGIA MARIA CABEDO RODRIGUES
PROF.^a. DR.^a. PATRÍCIA VASCONCELOS LEITÃO MOREIRA
PROF.^a. MS. LUCIANA MARIA MARTINEZ VAZ
NUT. ADRIANA GOMES CEZAR DE CARVALHO
NUT. ROBERTA GOUVEIA DE ARAÚJO

**Os resumos aqui exibidos foram publicados na íntegra e não passaram por
revisão, já que os textos são de inteira responsabilidade de seus autores.**



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

JULHO - 2011

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| Trabalhos Premiados..... | 04 |
| Trabalhos Aprovados para Apresentação Oral..... | 21 |
| Trabalhos Aprovados para Apresentação Em Pôster.. | 145 |



**II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

**TRABALHOS PREMIADOS NO II
CONNERMS**



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“APOIO MATRICIAL: UM CAMINHO DE FORTALECIMENTO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM PALMAS-TO”

Prestes, Ludimila Inês Nunes¹; Araújo, Ana Clébia de Araújo²; Costa, Cídia Silva³; Nascimento, Maria Dilce Wânia⁴; Oliveira, Débora Amorim de⁵.

(1) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II; (2) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (3) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (4) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (5) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II.

INTRODUÇÃO: Os resultados do Diagnóstico Situacional do CAPS II de Palmas-TO indicaram fragilidades no serviço em relação à falta de participação da Estratégia Saúde da Família em suas ações, situação que comprometeria o atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, dificultando o acolhimento e o atendimento integral às suas necessidades de saúde. Acredita-se que a responsabilização compartilhada reflete no fluxo dos encaminhamentos e aumenta a capacidade resolutive dos serviços de saúde. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Relatar a experiência do apoio matricial às ESF's, que objetivou promover a integração da rede de atenção à saúde mental. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Primeiramente, foram convidadas 50 ESF's para participarem do Encontro dos Familiares do CAPS II, porém, somente cinco estiveram presentes e agendaram visitas de matriciamento. Diante das demandas para álcool e outras drogas, o CAPS ad foi convidado para compor o matriciamento. A partir de rodas de conversa com enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde e coordenadores, foram discutidos casos vivenciados pelas equipes, focando as limitações, as necessidades e as dificuldades em prestar atendimento em rede aos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

portadores de transtorno mental (CAMPOS, 2000). RESULTADOS E DISCUSSÃO: Dentre as indagações dos profissionais durante os encontros, destaca-se: Como diferenciar os casos de CAPS ad e CAPS II? O que faço se a família demonstra negligência e abandono? O que faço com usuário em crise? O que preciso providenciar para ser atendido no CAPS II e no CAPS ad? Diante das dúvidas, foram fornecidas informações sobre o manejo dos usuários com transtornos mentais, os diagnósticos e as possibilidades de intervenção e encaminhamento para cada caso. Tais visitas possibilitaram o resgate da relação entre os componentes da rede de saúde, estimulando o diálogo cotidiano contribuindo para um atendimento mais integral e resolutivo (BRASIL, 2003). CONCLUSÕES: Cumprindo o objetivo de integração da rede de atenção à saúde mental através do apoio matricial, o CAPS II institucionalizou o apoio matricial em suas práticas. Diante das dúvidas dos profissionais de saúde em relação à identificação e o manejo dos usuários com transtornos mentais (referência e contra-referência), conclui-se que a falta de comunicação e de uma estreita relação entre a ESF e o CAPS II compromete o funcionamento da rede de saúde mental e, conseqüentemente, a qualidade do atendimento prestado aos usuários de transtorno mental e seus familiares.

REFERENCIAS:

BRASIL. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR PARA CRIANÇAS COM MIELOMENINGOCELE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE”.

Medeiros, Deyse Rose Miranda de¹; Teixeira, Luciara de Lira² ; Cortez, Lyane Ramalho³; Saraiva, Luzia Livia Oliveira⁴; Costa, Daniella Cristina de Carneiro⁵; Nascimento, Lamech Simplício Góes de Carvalho⁶

(1) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (2) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Enfermagem/HUAB, Complexo Hospitalar da; (3) UFRN, Medicina - Pediatria/HUAB, Complexo Hospitalar da; (4) UFRN, Fisioterapia/FACISA, Complexo Hospitalar da; UFRN, (5) UFRN, Serviço de Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (6) UFRN, Residência Médica em Pediatria/HUAB, Complexo Hospitalar da;

A mielomeningocele (MM) constitui uma malformação do tubo neural que ocorre entre a terceira e a quinta semana de vida intra-uterina caracterizada por falha na fusão dos elementos posteriores da coluna vertebral, com conseqüente protrusão da medula espinhal e meninges. Esta condição constitui a forma mais frequente e incapacitante dos defeitos do fechamento do tubo neural (NORTHROP; VOLCIK, 2000). Além de alterações motoras, sensitivas e de coordenação as pessoas com mielomeningocele podem apresentar diversos problemas de saúde associados à doença. A presença de outras alterações neurológicas como malformações cerebrais e hidrocefalia são comuns e podem ocasionar deficiência intelectual, dificuldade nas funções executivas, alterações visual-espaciais e oculomotoras. As pessoas com MM podem apresentar complicações ortopédicas como escoliose e deformidade articulares. A incontinência urinária e fecal também são freqüentes e exigem grande empenho no tratamento (FERNANDES et al., 2005). O conceito de cuidado imprime um modelo de atenção



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

voltado para integralidade que extrapola as intervenções médico-hospitalares e assume uma nova proposta. Esta deve fomentar espaços de discussões multidisciplinares, estabelecendo parcerias mais consistentes com a rede socioassistencial e propiciando à criança, o cuidador e a sua família um modelo de assistência mais contínuo e efetivo. Com isso, o plano terapêutico multidisciplinar ajuda na compreensão e no sucesso do tratamento, no sentido de reforçar e aprimorar as opções na abordagem da seqüência saúde/doença/reabilitação, proporcionando uma linha de cuidado integral para essas crianças, seus cuidadores e suas famílias (BRASIL, 2004). Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de construção de um plano terapêutico multidisciplinar para crianças com mielomeningocele atendidas no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB - Santa Cruz/RN) vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Trata-se de um relato de experiência de uma equipe multidisciplinar de saúde formada por residentes e servidores técnicos da UFRN, voltada para crianças com MM atendidas no HUAB/UFRN. A partir da hospitalização foi realizada uma anamnese multidisciplinar objetivando compreender o contexto biopsicossocial em que a criança esta inserida, a qual subsidiou uma roda de discussão entre servidores e residentes a fim de traçar a linha de cuidado a ser adotada que incorpore benefícios para o paciente, o cuidador e a sua família. Para a criança foram traçadas estratégias voltadas para o favorecimento da autonomia, autoestima, inserção na escola regular, inclusão social, autocuidado e oferta de uma dieta adequada. Para o cuidador foram priorizadas ações enfatizando o cuidado com a higiene, o empoderamento da genitora para aquisição dos seus direitos como Benefício de Prestação Continuada e o aprendizado sobre cateterismo vesical, administração de medicamentos de uso contínuo, prevenção de lesões de pele, uso de órteses, dentre outros. Além disso, se buscou resgatar o feminino em suas funções de mulher e mãe, bem como a aceitação da limitação do filho. Para a família optou-se por trabalhar no sentido da readaptação no cotidiano familiar incluindo na rotina momentos de lazer, de modo a propiciar a aceitação da limitação da criança culminando na estimulação do processo de resiliência. O plano



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

terapêutico se prolongou com visitas domiciliares, realizadas em parceria com a equipe da Estratégia de Saúde da Família que referencia a família em questão, permitindo assim uma continuidade do trabalho instituído pela prática assistencial hospitalar com a rede socioassistencial, caracterizando uma prática integrativa e resolutiva. Neste sentido, se faz inteiramente necessário priorizar o espaço em que a família se junta à equipe e esta tem como função fornecer todas as orientações, subsidiando e mediando os encaminhamentos advindos do plano terapêutico. Os resultados são advindos, a priori, de um modelo de atuação em que fica evidente uma transformação do modelo hegemônico das práticas de atenção à saúde, centradas na doença e na execução de procedimentos, para um modelo entendido a partir das diretrizes do acolhimento, integralidade e responsabilização que passa pela formação de uma nova consciência no fazer e no saber profissional. Sendo assim, se constitui então, uma interlocução muito tênue entre a equipe e a demanda que se apresenta, o que constitui em um processo que atende uma linha de continuidade que rompe em definitivo com o modelo hospitalocêntrico e a assistência passa a assumir uma função de integralidade, acesso e mediação para a criança, seu cuidador e sua família. A qualidade de sobrevivência dessas crianças é significativamente afetada por fatores socioeconômicos e pela ausência de centros multidisciplinares de acompanhamento e tratamento. A ação multidisciplinar, apesar dos desafios, apresenta-se como uma forma promissora e irreversível de atendimento na área da saúde, e com esta proposta espera-se prestar uma atenção baseada na integralidade e no empoderamento dos cuidadores e familiares das crianças com MM para minimizar as dificuldades de assistência e cuidado.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

terapêutico / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERNANDES, A.C. et AL. Mielomeningocele – Aspectos clínicos. In: WENTS, E. AMARAL, P. (Org). **Fisioterapia – Aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. São Paulo, Artes Médicas, 2005. P. 87-97.

NORTHRUP, H.; VOLCIK, K.A. Spina bifida and other neural tube defects. **Current Problems In Pediatrics**, Saint Louis, v.30, n.10, p. 317-332, nov – dec, 2000.

SANTOS, E. M. **Qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes com mielomeningocele**. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – MG, 2009.

“PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE SEXUAL MASCULINA: DESAFIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ PINHEIRO I” (PESQUISA FINANCIADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE)

SIQUEIRA, Flávia Alves Aguiar¹; SILVA, Silmara de Oliveira²; BENEVIDES, Philipe Meneses³; ALMEIDA, Mariana Souto Batista⁴; LIMA, Tereza Natália Bezerra⁵; BISNETO, Fioravante Prest⁶.

1. Enfermeira Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Preceptora PET Saúde do Homem; 2. Graduando em Enfermagem pela UFCG;

3. Graduando em Medicina pela UFCG; 4. Graduando em Farmácia pela UEPB; 5. Graduando em Enfermagem pela UEPB; 6. Graduando em Medicina pela UFCG.

As ações de promoção, prevenção e controle em relação à Saúde Sexual ainda esbarram em preconceitos arraigados de questões culturais e sociais e que



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

determinam, na maioria das vezes, o atendimento do Homem no serviço de saúde, apenas quando a doença está em estágio avançado, demandando atendimento de ordem terciária. Dessa forma, o artigo discute a respeito dos desafios encontrados pelas Equipes de Saúde da Família José Pinheiro 1 (ESF) frente às ações de prevenção e promoção à saúde sexual direcionadas aos homens, público alvo deste estudo. Esta reflexão motivou-se pela mediação do Programa de Educação do trabalho pela saúde (PET) Saúde do Homem, desenvolver-se neste serviço e possibilitar uma análise mais aprofundada sobre as atividades planejadas aos homens atendidos por estas equipes. A relevância deste estudo, parte do princípio de que as atividades desenvolvidas junto aos homens ainda eram insipientes e que os princípios da Política nacional de saúde do Homem, em relação à saúde sexual, precisavam ser avaliados e norteados no serviço, diante da compreensão da realidade Masculina em seus diversos contextos sócio-culturais, político-econômicos e de acessibilidade. O Estudo teve caráter descritivo e retrospectivo, de análise quanti-qualitativa, foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) José Pinheiro 1, Equipes I e II, que pertence ao distrito Sanitário I do município de Campina Grande-PB. A população compõe-se dos homens de 25 a 59 anos que estão na área adscrita da UBSF. A amostra foi aleatória e compreendeu um número que permitiu a representação significativa dos dados desejados (critério de saturação das respostas). Os critérios de inclusão corresponderam a presença de cadastramento dos usuários na UBSF José Pinheiro 1, estarem na faixa etária correspondente (25 a 59 anos, conforme recomenda a Política Nacional de Saúde do Homem) e aceitarem participar do estudo. Os dados foram avaliados, através de análise documental, registros de atendimentos e atividades educativas, além dos prontuários destes usuários e fichas de notificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis, notificadas pelos profissionais das ESF. Foram também realizadas 18 entrevistas entre os homens da área adscrita destas equipes, e suas falas foram avaliadas através da análise de conteúdo, proposta por Bardin. O instrumento foi validado por meio de pré-teste para garantir sua viabilidade e foi aplicado



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

individualmente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme resolução 196/96, após aprovação do estudo pelo comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) n°: 0395.0.133.000-10. Durante a análise dos dados observou-se a inexistência de atividades educativas voltadas à saúde sexual e direcionadas aos homens, relatada pelos mesmos, como também, através do registro documental, justificada pela pouca procura dos homens ao serviço, pela sobrecarga de atividades dos profissionais e pelo predomínio do aspecto gênero, reafirmando a predominância de mulheres na busca aos serviços de saúde. Também é perceptível a falta de preparo dos profissionais na busca ativa destes homens, principalmente para e na abordagem de cunho sexual. Em relação à acessibilidade os homens entrevistados direcionam uma percepção das Unidades de Saúde da Família como locais voltados apenas ao tratamento de doenças e não à prevenção, o que remete a percepção da comunidade de que o funcionamento dos serviços fundamenta-se em um modelo curativista e ambulatorial, que é contrário à noção de cuidado proposta pela perspectiva da Atenção Básica. Quando questionados sobre a busca ao serviço diante de algum problema em relação à sua saúde sexual ou órgão genital, a maioria dos usuários apresentava falas restritivas e negando o questionamento. Dos 18 homens entrevistados, apenas 2 afirmaram ter tido, ao longo da vida, alguma infecção nos órgãos genitais ou em relação a sua sexualidade. A partir da análise dos registros de atendimentos do ano de 2009/2010 caracterizou-se a prevalência do atendimento de mulheres com Infecção Sexualmente transmissível (IST) em detrimento aos homens, na proporção de 60 mulheres para 1 homem. De modo geral, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. Os autores associam a ausência dos homens ou sua invisibilidade nos serviços a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do auto-cuidado e à preocupação incipiente com a saúde. A população masculina, na maioria das vezes, coloca em segundo plano os aspectos agravantes que atuam sobre sua saúde, em especial as de ordem sexual, não



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

se preocupando em adotar condutas que visem à manutenção do cuidado. Em relação ao conhecimento sobre o que é uma IST, a maioria dos entrevistados relatou não conhecer. Quanto ao acesso aos insumos de prevenção, apenas 5 dos 18 homens entrevistados tinha conhecimento da disponibilidade de entrega do preservativo na UBSF. Esta se constitui em uma das atividades de promoção e prevenção à saúde prioritária e estabelecida pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Além de se constituir em uma das medidas mais simples de prevenção às IST e de cuidado à saúde sexual. Por este aspecto, este item denota a importância da necessidade de melhoria das informações pelos profissionais da equipe, em especial, o Agente Comunitário de Saúde, para que, na abordagem à família, o homem seja orientado sobre os insumos de prevenção disponíveis, objetivando reduzir de maneira menos custosa e prática a incidência e o aumento da morbidade por IST/HIV. Sob este enfoque, para o aumento da promoção a saúde do Homem no que diz respeito às IST e ao HIV, deve haver ações de educação em saúde voltadas para a promoção, prevenção e tratamento das mesmas, destinadas a população como um todo e também aos profissionais de saúde, que devem dispor de capacitação técnica de acordo com suas atribuições. A participação nas atividades de educação permanente se constitui em uma das atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na ESF e está preconizado na Política de Educação e Desenvolvimento do SUS aprovada em setembro de 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). A partir destes aspectos deve-se conceber a prática educativa a partir do conhecimento da realidade, tendo o homem como colaborador neste processo de elaboração da melhoria de sua qualidade de vida, sendo o profissional e o usuário sujeitos pró-ativos na construção desta educação popular.

REFERÊNCIAS



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

BRASIL. **Política de Educação Permanente em Saúde e Capacitação do Programa Nacional de DST e Aids.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília: 2005. 68 p.

BRASIL **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem.** Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: 2008. 40 p. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> >. Acesso em 10 de Maio de 2010.

GOMES, R., et al. 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. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 2007 vol.23 n°3.

RODRIGUES, Lígia Maria Cabedo; MARTINIANO, Cláudia Santos; CHAVES, Ana Elisa Pereira; AZEVEDO, Elisângela Braga de; UCHOA, Severina Alice da Costa. Abordagem às Doenças Sexualmente Transmissíveis em Unidade Básicas de Saúde da Família. **Revista Cogitare Enfermagem.** vol.16, n°2011.1, p.63-9, Curitiba, Jan/Mar de 2011.

“RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA CLÍNICA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPSad DE RECIFE/PE”

GALVÃO, Marina Hazin^{1,2}; MELO, Camila Gondim Fonseca^{1,2}; SILVA, Leonildo Severino^{1,3}; INTERAMINENSE, Íris Nayara C.S. ^{1,3}; OLIVEIRA, Wanessa Celerino de^{1,4}; BRITO, Janylle Silva^{1,5}.

(1) Hospital das Clínicas – UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMIS). (2) Fisioterapeuta Residente. (3) Enfermeiro (a) Residente. (4) Nutricionista Residente. (5) Terapeuta Ocupacional Residente.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde tem como um dos seus princípios a garantia da integralidade das ações. Aumentar a qualidade da saúde dos indivíduos e da população implica a não aceitação passiva de uma realidade que exclui loucos e drogaditos da sociedade. É nesse contexto que se insere o movimento de Reforma Psiquiátrica, propositor de novos fazeres e saberes no cuidado integral àquele que possui um sofrimento psíquico grave, fundamentados na luta por seus direitos enquanto cidadãos e na afirmação da vida em sua multiplicidade. **OBJETIVO:** Este estudo pretende relatar uma experiência multiprofissional, no contexto do movimento da reforma psiquiátrica através de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-Ad) da cidade do Recife-PE, com residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMIS) do Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC-UFPE). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo de análise situacional. A população de estudo é composta por onze profissionais (residentes) que estão vinculados ao PRMIS/HC/UFPE. O período do estudo corresponde a 3 meses. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O CAPS-Ad Eulâmpio Cordeiro é uma instituição pública que assiste usuários de álcool, tabaco e outras drogas e para isso conta com atendimentos multiprofissionais especializados de adultos de ambos os sexos. Por considerarmos que o tratamento das dependências de drogas exige uma abordagem integrada das diversas dimensões implicadas, é imprescindível que o mesmo seja abordado num enfoque interdisciplinar para além da abordagem multidisciplinar. Entendemos que só poderemos evoluir neste trabalho se avançarmos no conhecimento do fenômeno das dependências em sua amplitude e complexidade. Assim, o fenômeno da dependência de drogas deve ser visto como fenômeno complexo e transdisciplinar. Propõe que os profissionais trabalhem integrados para não perderem a visão global do fenômeno e da pessoa em atendimento enquanto sujeito ativo e participante do processo inserido num contexto familiar e sócio-cultural. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesta direção, a residência é um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde, articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID. 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID>>. Acesso em 28 de abril de 2011.

CARNEIRO, Allann da Cunha; OLIVEIRA, Ana Carolina Moreira; SANTOS, Mariane Marques de Souza; ALVES, Mirian dos Santos; CASAIS, Noêmia de Aragão; SANTOS, Ailton da Silva. Educação Popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.2, p.462-474, 2010.

MORIN, Edgar. Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa, Instituto Piaget, 1991.

“SAÚDE BUCAL A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CAPS II DE PALMAS-TO”

Medeiros, Josiana Rodrigues de¹; Araújo, Ana Clébia de Araújo²; Nascimento, Maria Dilce Wânia Rodrigues de Almeida do³; Oliveira, Débora de Amorim⁴; Oliveira Filho, José Fiel⁵.

UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (2) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (3) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade (4) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II; (5) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: Com base no diagnóstico situacional do CAPS II, conduzido pela equipe e pelos residentes em Saúde da Família e Comunidade do Tocantins, identificou-se a necessidade de revitalizar a prática da escovação supervisionada enquanto ação de promoção e prevenção de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização o processo de autonomia é discutido na Política Nacional de Saúde Bucal como fundamental para a promoção de saúde, demonstrando estreita relação com a (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). **OBJETIVO PRINCIPAL:** Relatar a experiência da prática de higiene bucal dos usuários do CAPS II de Palmas-TO, objetivando a promoção da autonomia e do auto-cuidado. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Primeiramente, foram realizadas oficinas de reciclagem com os usuários e profissionais para fabricação das caixas de acondicionamento e do suporte para as escovas. A temática da saúde bucal foi abordada de forma lúdica e interativa em rodas de conversa e atividades educativas com usuários, familiares e profissionais da unidade (CAMPOS, 2000). Como proposta de revitalização da escovação supervisionada, estabeleceu-se a formação de pequenos grupos de usuários, os quais foram assistidos por um profissional. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante as oficinas de reciclagem os usuários tiveram participação expressiva e verbalizaram a importância do cuidado com a higiene bucal e com a proteção das cerdas quanto à contaminação, armazenamento adequado e técnicas de escovação. Assim, as oficinas proporcionaram momentos de escuta e acolhimento. O método da roda de conversa proporcionou o levantamento e o esclarecimento de dúvidas, contribuindo para desmistificação de várias questões relacionadas à saúde bucal. Nesses momentos, reconheceu-se a necessidade de apropriação das técnicas de escovação, bem como, da autonomia dos usuários em relação à sua higiene bucal contando com o apoio da família (SGAVIOLI, 2006). Logo, pactuou-se que os usuários mais orientados se responsabilizariam pelo seu kit escovação, fomentando a autonomia e a co-responsabilização. Durante três semanas de escovação supervisionada 83 usuários participaram de pelo menos duas escovações diárias, tendo 100% de participação. **CONCLUSÕES:** A intervenção



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

contribuiu para o empoderamento, a autonomia e o auto-cuidado dos usuários e familiares, observados na participação, no envolvimento das ações e na mudança de hábitos. Com mudanças nas práticas do serviço, foi possível construir espaços de promoção e prevenção à saúde.

REFERÊNCIAS:

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

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004b.

CAMPOS. Gastão Wagner de Sousa. **Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

SGAVIOLI, Claudia de Almeida Prado e Piccino. **Avaliação clínica da técnica de tratamento restaurador atraumático associada ao Carisolv em pacientes com deficiência mental**. Dissertação de Doutorado em Odontologia. USP: Bauru, 2006.

“SENSIBILIZAÇÃO COM OS CUIDADORES DAS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DO DISTRITO DE ITAPAGIPE MUNICÍPIO DO SALVADOR BAHIA.”

“PEREIRA, Cláudia Santos”

(1) UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

O presente artigo é produto de um relato de experiência vivenciada por uma professora de educação física e uma terapeuta ocupacional (ambas residentes) e uma psicóloga do CAPS. As RTs deste distrito foram criadas em 2006. As Residências Terapêuticas constituem-se como alternativa de moradia para pessoas que estavam internadas há



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

anos em hospitais psiquiátricos e não contavam com suporte adequado na família e na comunidade. A proposta de sensibilização com os cuidadores surgiu a partir de inquietações das residentes do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e dos técnicos do CAPS Professor Adilson Sampaio, a partir de observações da práxis de cuidado dos cuidadores com os moradores nas Residências Terapêuticas, as intervenções dos cuidadores limitavam a autonomia dos moradores. Portanto o objetivo da intervenção foi “Qualificar os cuidadores das Residências Terapêuticas do Distrito de Itapagipe, no sentido de melhorar a práxis de cuidado oferecidas aos moradores das RTs”. Os procedimentos metodológicos partiram de uma sensibilização a partir de quatro encontros com cada grupo de oito cuidadores, a partir da utilização de recursos áudio visuais; dinâmicas, rodas de conversa e análise da legislação relativa aos Serviços Residenciais Terapêuticos. Durante os encontros foram trabalhadas as seguintes temáticas: O que são os SRT; A importância do trabalho em equipe; O papel dos cuidadores e Como estimular a autonomia dos moradores. Buscou-se a partir das discussões realizadas nos grupos, compreender a dinâmica da RT e as principais dificuldades e potencialidades dos cuidadores na efetivação da reabilitação. Foi possível identificar várias questões que interferiam na assistência aos moradores das RTs: fragilização da relação entre os cuidadores, pouco conhecimento sobre a função do cuidador e necessidade de formação técnica; forma de administração do dinheiro dos moradores; dificuldade em concretizar reinserção social dos moradores; dificuldade na co construção do cuidado junto ao (TR) Técnico de Referência; relação de superproteção dos cuidadores com os moradores e falta de articulação entre a equipe do CAPS e os cuidadores das RTs. No que se refere à condução dos nós críticos, surgidos durante os momentos de sensibilização foi construído com os cuidadores algumas sugestões para serem encaminhadas para coordenação do CAPS. Ao final dos encontros e após discussão dos resultados com a equipe técnica e com a gestão do CAPS, foi realizado uma reunião com os cuidadores no qual foi feito um repasse sobre as propostas de continuidade da sensibilização e entrega dos certificados. Os



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

cuidadores avaliaram como algo de suma importância para a melhoria das relações tanto entre cuidadores quanto entre CAPS e RT, definiram também que os encontros propiciaram momentos de reflexões sobre suas práticas apontando caminhos possíveis para melhoria na assistência ao morador.

Referências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, 2005.



**II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

**TRABALHOS APROVADOS PARA
APRESENTAÇÃO NA MODALIDADE
ORAL**



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE HIPERTENSO E DIABÉTICO: CONSTRUINDO A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO HIPERDIA”

Almeida, Katarina Themotheo¹; Cêelho, Luciola Kelly de Moraes² ; Costa, Hanielle Oliveira³.

(1) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, (2) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia Residência Multiprofissional em Saúde da Família, (3) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Trata-se da construção do espaço de inserção do profissional de psicologia no acompanhamento aos pacientes do Programa Hiperdia, do Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Padre Palhano, no município de Sobral, no Ceará. O interesse por este tema surgiu através da observação em território dos pacientes e, da verificação da necessidade do acompanhamento para a doença evoluir de forma saudável, sem prejuízo ao doente, trazendo assim benefícios ao seu tratamento. A partir disso, viu-se a necessidade de estruturar um serviço de atendimento interdisciplinar no CSF, para sensibilizar os profissionais de saúde para o acompanhamento psicológico dos hipertensos e diabéticos. Objetiva também realizar um trabalho terapêutico de intervenção, educação e apoio, com enfoque no processo atual de vida do paciente, levando-o a elaborar suas vivências, conviver melhor com a doença e suas limitações,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

desenvolvendo também suas potencialidades; realizar atendimento interdisciplinar para possibilitar ao paciente um conhecimento de sua doença, suas consequências, os cuidados a serem tomados para uma conscientização maior do problema, acompanhar também os familiares; assistir o paciente, oferecendo um espaço para ele lidar com as dificuldades emocionais que podem interferir na adesão ao tratamento e os fatores psicossociais que podem influenciar na evolução da doença. Antes, as doenças infecciosas transmissíveis ocupavam lugar de destaque no plano do governo, mas devido às mudanças sociais e econômicas ocorridas no Brasil, ocorreram mudanças no perfil epidemiológico das doenças na nossa população e as Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT) passaram a preocupar as autoridades, tornando-se centro das atenções no que diz respeito à criação de estratégias ou programas de controle das doenças, prevenção e promoção da saúde, por gerar custos altos ao governo com hospitalizações e tratamento, ou por necessitar de reabilitação e readaptação às novas condições de vida do indivíduo doente. Tanto o diabetes mellitus quanto a hipertensão arterial são consideradas doenças não transmissíveis responsáveis por um número crescente de óbitos e do aumento dos gastos assistenciais em saúde no Brasil, o que causa grandes impactos à saúde pública no sentido de reestruturar planos de controle, prevenção das doenças e promoção da saúde, criando novas formas de lidar com essa situação. Diante desta preocupação o governo federal criou em 2002 o Programa de acompanhamento e cadastramento de pacientes hipertensos e /ou diabéticos para gerar informações a fim de desenvolver políticas de saúde pública para a melhoria do quadro assistencial e a qualidade de vida dos doentes. Acompanha e monitora de forma contínua a qualidade da assistência à população assistida, acompanhando os atendimentos rotineiros do paciente feitos pela equipe básica de saúde, além de garantir o recebimento dos medicamentos prescritos para o tratamento adequado. Assim, além do trabalho da equipe básica, devem ser incluídos outros profissionais da saúde e cada profissional pode ter uma ação individual dentro de sua especificidade em prol do paciente, com o objetivo de garantir seu bem estar e o sucesso do tratamento.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

As ações coletivas também são valorizadas para garantir a discussão de planos terapêuticos singulares em equipe, ou mesmo realizar trabalhos de educação em saúde para orientar os pacientes possibilitando o conhecimento de sua doença, para aprender a conviver com ela de forma equilibrada evitando possíveis prejuízos a sua saúde tanto física quanto emocional. A inserção do trabalho do psicólogo no acompanhamento dos pacientes ainda é bastante incipiente e desconhecida, mas se sabe que há uma correlação entre o estado emocional do paciente e as situações de estresse vivenciadas por eles e seus efeitos principalmente na pressão arterial e na evolução da diabetes. Além disso, o tratamento inclui a modificação de hábitos alimentares e de estilo de vida, que afeta diretamente na vida desses pacientes que, por vezes, não aderem ao tratamento por muito tempo. Os aspectos emocionais estão ligados tanto a etiologia da doença hipertensiva quanto é um dos fatores que dificulta o controle da pressão, já que foram encontrados fatores como o nervosismo, a preocupação e a ansiedade nas situações de vida dessas pessoas doentes. Considerou-se que se os aspectos emocionais forem controlados, a pressão alta também poderá ser controlada. Ainda há uma correlação importante entre a preocupação social, econômica e familiar que influenciará diretamente na evolução da doença. Em relação ao diabetes mellitus, notadamente verifica-se que o maior problema desses pacientes é na adesão ao tratamento que exige mudanças radicais nos hábitos de vida e leva o doente a conviver sempre com as limitações que a doença impõe. Por isso, o diabético entra em contato com inúmeros sentimentos negativos que precisam ser acompanhados pelo psicólogo: rejeição e negação da condição de ser doente, sofrimento e revolta devido às mudanças nos hábitos alimentares, ter que praticar atividades físicas e tomar medicamentos diariamente, inclusive a insulina que causa bastante desconforto. O paciente também entra em contato com o sentimento de culpa por achar que adquiriu a doença devido aos seus hábitos de vida e a doença aparece como um castigo pelo estilo de vida que ele estaria levando. Diante dessas idéias iniciais, percebe-se o quanto é importante a inserção do profissional de psicologia no atendimento desses



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

pacientes, respeitando suas crenças e valores, seus sentimentos e percepções a respeito do processo de saúde – doença. É necessário também conhecer a dinâmica de vida desses pacientes, o que pode dificultar o reconhecimento da doença e de seu tratamento e suas consequências para a vida dos sujeitos e as possibilidades de não aderir ao tratamento e reconhecer o paciente como um ser biopsicossocial, onde qualquer desequilíbrio na dinâmica de seus fenômenos vitais poderá interferir em todo organismo. Apoiar principalmente na fase de reconhecimento da doença como forma de aderir ao tratamento e valorizar o vínculo e a participação dos familiares ou cuidadores nesse processo. O programa Hiperdia hoje em dia trabalha enfocando quase sempre os aspectos biológicos, epidemiológicos e econômicos da hipertensão e diabetes, sendo pouco priorizados os de caráter sócio-psicológicos e culturais. É necessário um olhar voltado para o cuidado do paciente, levando em conta as várias esferas de sua vida, não esquecendo o tratamento medicamentoso e a mudança dos hábitos de vida (uso de cigarro, álcool, sedentarismo, alimentação inadequada) para assim controlar os fatores de risco que predispõem a doença e seus agravos. O CSF do bairro Padre Palhano conta com uma equipe básica de saúde da família formada por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes de saúde e, conta ainda com o apoio da equipe do NASF e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Esta unidade de saúde atende programas como o Hiperdia. No Padre Palhano, cada agente de saúde marca trimestralmente com seu grupo de pacientes, em torno de 25 pessoas, uma reunião onde principalmente são dispensados os medicamentos. Geralmente, nessas reuniões são realizadas oficinas educativas com o objetivo de repassar ao paciente, informações sobre saúde em geral. Os pacientes são atendidos pela enfermagem, individualmente, com o objetivo de avaliar seu estado de saúde em geral: peso, pressão arterial, etc. São passados exames clínicos e laboratoriais e dispensados os medicamentos necessários ao tratamento. Diante de intercorrências, o paciente é agendado para o médico da unidade. Novos pacientes são avaliados em triagem pela enfermagem e depois agendados para a consulta médica e diante do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

diagnóstico de hipertensão e diabetes, são inseridos no programa. O que se percebe nesse contexto atual é o atendimento dos profissionais da saúde com pouca inter-relação, feitos através de encaminhamentos quando necessário, com o objetivo comum de garantir o atendimento desta parcela da população do bairro. Diante desta realidade, a proposta de intervenção inicial, valoriza a atuação interdisciplinar para garantir a melhora na qualidade de vida dos pacientes, inserindo assim a atuação do psicólogo dentro desse contexto. Iniciamos realizamos a abordagem individual e coletiva das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com o objetivo de conscientizá-las sobre a importância do acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, realizada através da triagem inicial e discussão de casos para acompanhamento. Depois realizamos educação permanente para as ACS, para conhecer melhor a hipertensão e a diabetes, e como o estado emocional pode influenciar na evolução da doença ou na aderência ao tratamento. Utilizamos também a abordagem multidisciplinar no atendimento aos pacientes do Programa Hiperdia, através das reuniões, sala de espera, atendimento individual e discussão de casos em equipe e o acompanhamento individual de pacientes triados e encaminhados. Realizamos avaliação, atendimento individual em consultório ou realização de visitas domiciliares para pacientes impossibilitados de se locomoverem. Por fim, este trabalho veio com o objetivo maior de sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do acompanhamento psicológico dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos; contribuindo assim para o atendimento interdisciplinar do paciente, valorizando-o como um ser biopsicossocial para garantir um conhecimento maior da doença, convivência melhor com a mesma e sua adesão ao tratamento, resignificando sua atual situação de vida. Trouxe ainda reflexões para a área já que acaba enriquecendo bastante a formação profissional do residente que direcionará seu olhar para uma nova possibilidade de atuação. Percebe-se também a significativa relevância da atuação do profissional de psicologia que colaborará com a qualidade de vida e bem estar global dos pacientes.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

COSTA E SILVA MED, et al. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília 2008.

FERRAZ AEP; ZANETTI ML; BRANDÃO ECM; ROMEU LC; FOSS MC; PACCOLA GMGF; PAULA FJA; GOUVEIA LMFB & MONTENEGRO Jr R. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no Ambulatório de Diabetes do HCFMRP-USP. Medicina, Ribeirão Preto, 33: 170-171, abr./jun. 2000.

FONSECA, F. C. A. e *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. Jornada Brasileira de Psiquiatria. 2009.

GORAYEB, Ricardo. Psicologia e hipertensão. Rev Bras Hipertens, Vol 7, No 2, Abril/Junhode2000.

“ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA”

SILVA¹, Cleyton César Souto; SANTOS², Gracielle Malheiros; GONÇALVES³, Suênia Xavier; LIMA NETO⁴, Pedro Joaquim de

¹Enfermeiro. Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo NESC/UFPB/SMS-JP. Mestrando em Modelos de Decisão e Saúde DE/UFPB.

² Nutricionista. Mestranda em Saúde Coletiva UEPB.

³Fisioterapeuta. Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo NESC/UFPB/SMS-JP. Núcleo de Apoio ao Saúde da Família SMS-Recife.

⁴Enfermeiro. Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo NESC/UFPB/SMS-JP.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos, para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbi-mortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e mortalidade materna (PUCCINE et al, 2003). O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. As Unidades de Saúde da Família devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Assim, o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007). A carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a Unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (RIOS; VIEIRA, 2007). OBJETIVO PRINCIPAL: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência multiprofissional e interdisciplinar dos residentes na atenção pré-natal e puerperal em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Município de João Pessoa. MATERIAL E MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, onde serão relatadas as experiências de quatro Residentes em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). Possui como lócus de prática uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Município de João Pessoa. RELATO DA EXPERIÊNCIA: Na Unidade de Saúde da Família onde os residentes atuaram, a consulta de pré-natal era realizada toda quarta-feira pela manhã através de agendamento, com apoio de equipamentos como balança digital, sonar, gestograma e fita métrica, além do cartão da gestante. Enquanto Residentes em Saúde da Família, as interconsultas (enfermagem, nutrição e fisioterapia) foram realizadas com base na interdisciplinaridade e trabalho em equipe. Os enfermeiros residentes realizaram o atendimento as gestantes com base na consulta de Enfermagem preconizada no “Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério” (BRASIL, 2005), onde foi realizado o cálculo da idade gestacional, escuta das principais queixas, verificação de PA, peso e altura, aferição da medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, leitura e solicitação dos principais exames obstétricos de rotina, anamnese dos membros inferiores, imunização anti-tetânica e anti-hepatite B, e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, quando identificados problemas. A nutricionista residente atuou realizando adequação alimentar, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, verificação de sobrepeso e anemia, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso. Já a residente fisioterapeuta orientava sobre técnicas de relaxamento, prevenção de varizes e correção postural. Juntamente com as equipes de saúde da USF, os residentes realizaram atividades educativas através de grupos de gestante onde preparavam a mulher para o parto e amamentação, orientavam sobre as principais intercorrências da gestação, puerpério e cuidados com recém-nascido, e proporcionavam a troca de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

experiências entre elas, ajudando no entendimento do significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o bebê. **CONCLUSÃO:** Esta foi uma atividade importante para nossa formação enquanto Residentes em Saúde da Família. As áreas adstritas das USF possuíam uma grande demanda de gestantes que muitas vezes não encontravam vaga para realizar a consulta ou sobrecarregavam o processo de trabalho da enfermeira da USF. Nossa atuação foi baseada numa tentativa multiprofissional de desafogar esta demanda e realizar interconsultas com um olhar interdisciplinar, envolvendo o restante da equipe de saúde. Portanto, o pré-natal e nascimento, momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, implicam para as equipes de saúde o dever em assumir postura de cuidadores e educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver plenamente à gestação, o parto e o puerpério.

REFERÊNCIAS

1. PUCCINE, Rosana Fiorini et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da região metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.1, p.35-45, Rio de Janeiro: 2003.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: 2006.
3. RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, Rio de Janeiro: 2007.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: 2005



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“DES(CONSTRUINDO) CONCEITOS E IDÉIAS DA PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES”

PEREIRA, Francilene Jane Rodrigues¹; BEZERRA, Adelaide Aires¹; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira¹; MARQUES, Clébya Candeia de Oliveira¹; CARREIRA, Carla Fernanda Sirino¹

(1) Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH) - UFPB

INTRODUÇÃO: As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Abrangem as profissões da área da saúde e é definida como proposta de acrescentar ao serviço de saúde a formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, articular o trabalho em equipe, ampliarem o conjunto de ações e serviços da atenção em saúde, humanizar a assistência e promover a integralidade (BRASIL, 2009). A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH) vinculada ao Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) tem como objetivo geral especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma multiprofissional e interdisciplinar, articulando os diversos níveis de atenção, equipamentos e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS, com especial destaque para a promoção da atenção integral (RIMUSH, 2010). Quando a integração ensino-serviço acontece de forma



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário, esta dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde se ameniza. Sendo assim, é preciso investir na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem (ALBUQUERQUE et al, 2007). Assim, apesar da proposta inovadora da residência multiprofissional na Paraíba muitas dificuldades e avanços são vivenciados pela característica pioneira da formação desses profissionais no âmbito hospitalar. No horizonte imediato, esta temática surgiu da necessidade de compartilhar as vivências, incluindo desafios e avanços, proporcionadas pela RIMUSH aos residentes da atenção a Saúde Cardiovascular do Adulto no HULW - PB. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que visa enriquecer a fundamentação teórica do texto com a própria vivência profissional, 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 (TEIXEIRA, 2008). A vivência faz referência aos cenários de prática dos residentes da ênfase da Atenção Cardiovascular do Adulto da RIMUSH. Esta equipe que se faz composta de uma assistente social, duas enfermeiras, uma farmacêutica e uma fisioterapeuta iniciaram suas atividades no programa em abril de 2010 e desde então, atuam diretamente nas dependências clínicas do HULW junto aos funcionários e frequentadores dessa instituição de saúde, ensino e pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A atuação nos cenários de práticas, pela característica intrínseca da interdisciplinaridade, refletiu em aspectos de extrema relevância para a formação profissional, conferindo um caráter inovador nas condutas assistenciais. No entanto, devemos destacar que este caminho foi calcado superando obstáculos iniciais, que resultaram, a posteriore, no empoderamento de ações que favoreceram o processo de luta pela desconstrução do modelo biologicista vigente. Algumas das barreiras encontradas perpassaram o âmbito do campo das relações interpessoais e profissionais, expressas pela dificuldade na receptividade da equipe de residentes pelos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

profissionais, na articulação e integração das ações uni e multiprofissionais, na aceitabilidade da proposta da multiprofissionalidade, na autonomia das ações e da comunicação efetiva com os demais profissionais na maioria dos setores de prática. A vivência continuada em cada setor de atuação nos possibilitou a superação desses obstáculos, proporcionando importantes avanços concernentes ao desempenho da prática multiprofissional pela equipe, além de contribuir para instigar o desenvolvimento dessa prática pelos profissionais de tais setores, tornando mais estimulantes e produtivos os ambientes de prática clínica. Em virtude disso, fomos presenteados com transformações satisfatórias e de extraordinária relevância para nossa caminhada profissional, construídas pela aceitação das propostas fundamentadas na relação de confiança, pela efetividade das ações desempenhadas, pela relação interpessoal alicerçada no respeito profissional, pela crescente produtividade e qualidade das ações prestadas, como também pela autonomia no desempenho e valorização profissional.

CONCLUSÃO: Todas as experiências que nos foram oferecidas, sejam positivas ou conflitantes, trouxeram significativas contribuições para o nosso processo ensino-aprendizagem, ressaltando impreterivelmente a importância da integralidade na assistência à saúde e o inegável papel colaborativo e promissor das residências multiprofissionais para sua efetividade como um enorme avanço no âmbito do cuidado e na geração inovadora do processo de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S; GOMES, A.P; REZENDE, C.H.A; SAMPAIO, M.X; DIAS, O.V; LUGARINHO, M. V. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista brasileira de Educação Médica**. 2007. Disponível em: <http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo03.PDF>.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

BRASIL, Ministério da Educação. Residência multiprofissional. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=86.

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITALAR - RIMUSH. Processo seletivo público edital 01/ 2010. Hospital Universitário Lauro Wanderley. João pessoa-PB. 2010.

TEIXEIRA, J.W. Manual de artigo científico (graduação e pós-graduação). Faculdades de Ciências Biomédicas de Cacoal. Cacoal-RO, 2008. Disponível em www.facimed.com.br/academicos/.../manual_artigo_cientifico.doc

“EDUCAÇÃO EM SAÚDE: GRUPO DE GESTANTES: UMA VIVÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”

Teixeira, Luciara de Lira¹; Medeiros, Deyse Rose Miranda de²; Martins, Karoline Queiroz³; Medeiros, Sonaira Larissa Varela⁴; Dias, Aline Maia⁵; Coelho, Thayana Tareja Garcia⁶

(2) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Enfermagem/HUAB, Complexo Hospitalar da; (2) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (3) UFRN, Enfermagem/HUAB, Complexo Hospitalar da; (4) UFRN, Fisioterapia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (5) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (6) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Nutrição/HUAB, Complexo Hospitalar da;



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

O sistema de saúde do Brasil sofreu constantes mudanças ao longo do século XX, a Atenção Básica à Saúde passou por vários ciclos, mas apenas em 1960 houve a implantação de ações prioritárias para assistência à mulher, com ênfase às demandas relativas a gravidez e ao parto, e à criança. Esse modelo traduzia uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e dona de casa. Com o discurso de proteção à mulher dos riscos à sua saúde, estabeleceu-se então um modelo de atenção pré-natal visando o nascimento de crianças saudáveis e justificando-se a institucionalização do parto. Dentre estes, destaca-se o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propôs uma nova e diferenciada abordagem, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério. No que se refere à atenção do pré-natal, o Ministério da Saúde, por meio do PAISM, estabeleceu os seguintes procedimentos: captar a gestante na comunidade, fazer os controles periódicos, contínuos; garantir as consultas, bem como reuniões socioeducativas, prover área física adequada, equipamento e instrumental mínimo; oferecer medicamentos básicos e apoio laboratorial. A promoção à saúde no pré-natal ocorre quando possibilitamos à mulher conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar (Brasil, 2001), visando à autonomia, o respeito e à dignidade à pessoa humana, quando se fala em humanização do parto por meio da apreensão de conhecimentos e poder de decisão da mulher, do planejamento do seu próprio parto e a participação do companheiro. A educação em saúde, no pré-natal, especialmente nos cursos para gestantes, necessita olhar para o conceito de gênero em sua dimensão social, histórica e política, necessário ao atendimento da mulher que vivencia o processo de gestar e parir e os condicionantes sociais, culturais e históricos que restringem, fixam e ocultam o valor e o poder desses sujeitos. O ser consciente da sua cidadania exerce influência sobre os demais, favorece o desenvolvimento da autonomia e empodera a mulher que toma decisões baseadas nas



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

suas necessidades, nos seus saberes e, conseqüentemente, ganha mais saúde e liberdade. (Cardoso, 2007). Objetivamos, portanto, descrever a experiência do trabalho interdisciplinar de saúde realizado por residentes e servidores técnicos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) vinculados ao Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) Santa Cruz/RN, a gestantes atendidas na Atenção Básica do município de Santa Cruz/RN. Trata-se de um relato de experiência de uma equipe interdisciplinar na assistência as gestantes atendidas nas Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, por meio do curso de gestantes “ Bem - estar ”. O curso foi estruturado em encontros semanais, em que as gestantes adscritas das respectivas Estratégias de Saúde da Família do Município de Santa Cruz são convidadas no momento da consulta de pré-natal a participar dos encontros. Nesses encontros discutimos aspectos relacionados à: importância do pré-natal; relações conjugais/familiares; construção de vínculo materno-filial; expectativa e ansiedade frente ao parto; auto-estima; auto-imagem; cuidados com o recém-nascido; importância e aspectos relacionados ao aleitamento materno e aos direitos sociais na maternidade, bem como orientações nutricionais no tocante a importância da alimentação adequada às necessidades específicas da gestante bem como da nutriz promovendo a saúde materna e o desenvolvimento fetal e neonatal. Para se construir essa abordagem tão ampla e complexa, foi necessário articular um trabalho interdisciplinar envolvendo residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e servidores técnicos, envolvendo as seguintes profissões: Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia, Serviço Social, além de acadêmicos dos Cursos de Graduação em Odontologia e Medicina, todos vinculados a UFRN. A metodologia utilizada para a construção do curso foi: a realização de um encontro para discussão dos temas que teve a presença de representantes de todas as profissões. No primeiro momento fez-se uma discussão sobre o significado e a importância desse planejamento e do contexto social em que as gestantes estão inseridas. Num segundo, há uma exposição dialógica sobre os diversos temas que devem ser abordados, estes são discutidos em rodas de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

conversa onde há abertura para que as usuárias coloquem outros assuntos de seu interesse, bem como seus questionamentos. A partir daí construímos o cronograma de atividades e partimos para formular a metodologia de trabalho nos encontros, que por vezes foi: exposição oral, dinâmicas de grupo, exposições práticas e teatralização, ao término de cada encontro abrimos para discussão. Buscando sempre que nesse processo houvesse uma construção de conhecimento compartilhado bem como o fomento para a participação das usuárias e a troca de experiências entre elas. Observamos portanto, no decorrer do processo que a qualidade do pré-natal é garantida na medida em que as consultas individuais são complementadas com ações educativas (individuais, em grupo e a união de ambas) capazes de favorecer as mulheres quanto ao conhecimento sobre seu corpo e compreensão das alterações ocorridas, atuando de forma mais consciente e positiva no seu gestar e parir, numa perspectiva participativa. A troca de experiências entre os profissionais/acadêmicos e o grupo de gestantes e especialmente entre elas, possibilita a percepção do singular no coletivo, reduzindo a ansiedade através dos discursos comuns. Na realização dos encontros foi utilizada uma linguagem adequada para a compreensão de todas as participantes e de acolhimento e valorização da mulher enquanto protagonista de seu cuidado. Nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador igualmente sujeito no processo, assim, é possível compreender que a educação em saúde está intimamente relacionada com as ações cuidadoras. Finalmente, torna-se necessário promover uma prática educativa que vise a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde, direcionando esse trabalho de acordo com suas necessidades, crenças, representações e histórias de vida, tornando-os co-produtores desse processo educativo, juntamente com os profissionais de saúde (Santos & Penna, 2009). É imprescindível o comprometimento dos profissionais, gestores e comunidade na implementação e viabilização de ações educativas com enfoque na promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida no pré-natal,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(Cardoso, 2007) por intermédio dessas ações torna-se possível a formação de um vínculo maior da gestante com o profissional e conseqüentemente com as unidades básicas de saúde favorecendo ao efetivo andamento e realização do pré-natal (Hesler, 2010).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

CARDOSO, Ângela *et al.* **O pré-natal e a atenção à saúde: diálogos possíveis**. 2007. Disponível em: < www.fsba.edu.br/dialogospossiveis>. Acesso em: 12 de mai. 2011.

HESLER, Lilian Zielke. *et al.* **Ações de saúde em grupo com adolescentes gestantes: um relato de experiência**. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul – UFSM/ CESNORS – BRASIL. 2010.

SANTOS, Regiane Veloso; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.4. 2009. p. 652-60.

“EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NAS ESCOLAS: UM OLHAR INTERDISCIPLINAR”

Coêlho, Luciola Kelly de Moraes¹; Almeida, Katarina Themotheo²; Costa, Hanielle Oliveira³.

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(1), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(2), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(3).



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Introdução: A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorganização do modelo técnico assistencial que era voltado para a cura de doenças e realizado principalmente nos hospitais. Atualmente esta estratégia prioriza as ações de promoção da saúde e possui equipes multiprofissionais em Centros de Saúde que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, conhecida como território. Para Andrade. et al. (2006), a Estratégia Saúde da Família prioriza a promoção da saúde, o que não significa desconsiderar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores, além de que todas as ações em saúde como promoção, prevenção, cura e reabilitação estão embutidas no conceito amplo de promoção. Os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família deverão identificar as condições de saúde da população, em seus aspectos culturais, econômicos, sociais e promover uma melhor qualidade de vida para cada indivíduo de forma integral e contínua. Jardim, Afonso e Pires (2008), afirmam que os profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família não atuam somente em ambientes fechados restritos ao serviço de saúde, mas realizam ações fora do Centro de Saúde, a exemplo das visitas às residências dos sujeitos, da participação nos espaços comunitários e sociais, como praças, centros esportivos, salões comunitários, equipamentos sociais, ampliando o serviço de saúde para além de seus limites físico- institucionais. Uma das ações que a equipe multiprofissional também desenvolve é a educação em saúde nas escolas com os alunos utilizando a abordagem da educação popular, pois partindo de uma perspectiva em que a educação é vista numa concepção problematizadora, libertadora e que gera autonomia, segundo os princípios de Paulo Freire, e a saúde demarcada no seu princípio de integralidade e num conceito ampliado para sua definição, a união entre educação popular e saúde é um campo de prática e conhecimento que se envolve com a ligação entre a ação em saúde e o pensar e fazer do cotidiano da população (SOPHIA, 2001). De acordo com o Caderno de Educação Popular e Saúde (2007), a educação popular em saúde é um modo de participação de agentes eruditos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(professores, profissionais de saúde e dentre outras categorias) e usuários para promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e as estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento para uma melhor qualidade de vida. Acredita-se que a atuação da equipe multiprofissional junto à escola se faz importante nesse contexto, pois torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, orgânica, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidados mais humanizados, compartilhados e integrais. A escolha do tema desse projeto surgiu a partir do momento em que foi realizada uma visita aos equipamentos sociais durante a territorialização e foi percebido a importância da atuação da equipe multiprofissional nas escolas para realizar a educação em saúde utilizando a abordagem da educação popular com os alunos.

Objetivo principal: Promover a saúde dos alunos a partir das trocas de experiências, conhecimentos destes juntamente com os profissionais de saúde e do responsável pelo Programa Saúde nas Escolas – PSE e possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos do público alvo para que possam tornar-se agentes multiplicadores.

Metodologia: Relato de experiência vivenciado pelos autores que são residentes multiprofissionais em Saúde da Família das categorias de Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, com colaboração de uma Enfermeira do Centro de Saúde do bairro Sumaré e de um profissional responsável pelo Programa Saúde nas Escolas – PSE. A atividade foi desenvolvida de maneira interdisciplinar, em duas escolas, uma localizada no bairro Sumaré e a outra no bairro Pe. Palhano no Município de Sobral, onde os participantes eram crianças com faixa etária de 4 à 6 anos de ambos os sexos. A atividade abordou o tema Combate à Dengue, pois com a chegada do verão e com o início da temporada das chuvas, essa doença volta a ser uma ameaça à saúde pública no Brasil. A estratégia utilizada para a realização dessa atividade foi o teatro de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

fantoches que é uma atividade lúdica que envolve as crianças, levando-as a interagir com os bonecos numa linguagem simples e adequada à sua faixa etária. No início da atividade as crianças foram estimuladas a participar e relatar seus conhecimentos sobre o tema abordado. Em seguida foi apresentado o teatro de fantoches em que foi aprofundado o conhecimento das crianças e estimulando-as a colocarem em prática algumas atividades importantes para o combate à dengue. No final da atividade a equipe solicitou que as crianças expressassem seus sentimentos e impressões sobre a atividade realizada. O relato de experiência corresponde todos os aspectos da área temática Cidadania. **Resultado e considerações finais:** A partir da vivência realizada foi evidenciado a importância de abordar a educação em saúde nas escolas de maneira interdisciplinar com a utilização da abordagem da educação popular, pois as crianças conseguiram expressar e aprofundar seus conhecimentos sobre o combate à dengue. A estratégia utilizada foi adequada porque através do teatro de fantoches o público alvo conseguiu manter a atenção, participar e realizar um “feedback” imediato, expressando seus sentimentos, conhecimentos e impressões sobre a atividade realizada. E a partir dessa vivência as crianças poderão ser agentes multiplicadores.

Referências:

- ANDRADE, L. O. M. et. al. A Estratégia Saúde da Família. In: DUCAN, B. B; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI; E. R. J. *Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 88 – 100.
- JARDIM, T. A; AFONSO, V. C.P; ISIÉLEN, C. A Terapia Ocupacional na Estratégia Saúde da Família: Evidências de um estudo de caso no Município de São Paulo. *Rev. Terapia Ocupacional*. Universidade de São Paulo [online], v.19, n.3,p.167-175,set-dez.2008.
- CADERNO DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *Revista Tema. Educação Popular em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública : Fiocruz, n.21, p. 4-6, nov/ dez.2001.

“FORMAÇÃO EM SERVIÇO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA- PB”

CHAVEZ, Ana Cláudia Cardozo¹; CARDOSO, Camylla Suellen Lavor²; SILVA, Cleyton César Souto³; RODRIGUES, Ligia Maria Cabedo⁴; LIMA NETO, Pedro Joaquim de⁵; SILVA, Vivian Karla Bezerra Alvez⁶

¹ Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba. Email: anaccardo@hotmai.com

² Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba. Email: camylasuellen@yahoo.com.br

³ Enfermeiro. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Mestrando em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba. Email: cez2004@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba. Email: ligiacabedo@yahoo.com.br

⁵ Enfermeiro. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Universidade Federal da Paraíba. Email: pedrojliman@yahoo.com.br

⁶ Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Paraíba. Email: viviannutreira@homail.com



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: Como estratégia na superação de barreiras à consolidação dos preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) com a intenção de reorganizar o modelo assistencial brasileiro. Este novo modelo assistencial se construiu sobre diferentes bases e critérios de processo de trabalho, substituindo o trabalho voltado somente à assistência curativa e hospitalar, ampliando o foco para a prevenção de doenças e promoção da saúde (MORETI-PIRES et al, 2010). No processo de construção do SUS e de reorientação do modelo assistencial em saúde, um dos problemas de maior relevância a ser enfrentado é a formação de recursos humanos qualificados (BADUY; OLIVEIRA, 2001). Para que os profissionais de saúde possam transformar as práticas do trabalho em saúde, é necessário que se sintam incomodados ou inquietados. É essencial que o que ora incomoda seja discutido, dialogado e pensado em todas as suas dimensões (CORADINI et al, 2004). Com o intuito de formar profissionais na perspectiva de um novo modo de fazer saúde, foi criada a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45, de 12 de janeiro de 2007 que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, cuja principal proposta consiste em capacitar profissionais para o trabalho em equipe, visando humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção (BRASIL, 2007). Assim, a Residência Multiprofissional com ênfase na Saúde da Família consiste numa modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às profissões que se relacionam com a saúde. É caracterizada pela formação em serviço e busca capacitar profissionais para o trabalho em equipe, tentando abranger o conjunto de ações e serviços da Atenção Básica em Saúde. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Relatar a experiência de enfermeiros residentes em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no município de João Pessoa-PB e descrever sua atuação teórico-prática neste processo. **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo de análise situacional, onde serão relatadas as vivências de seis enfermeiros da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPB, durante o



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

período de julho de 2009 a setembro de 2010. Possuem como locus de prática as Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de João Pessoa, os serviços de atenção secundária e de alta complexidade. As atividades teóricas foram desenvolvidas pelo NESC/UFPB. A RMSFC foi pensada e operacionalizada por um conjunto de professores ligados ao referido Núcleo, em parceria com outros departamentos desta instituição e membros da gestão municipal de saúde de João Pessoa. Foi proposta a distribuição de vagas destinadas aos seguintes núcleos de saber: Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Farmácia, Educação Física, Serviço Social e Psicologia. Todos os residentes foram distribuídos em USF de bairros periféricos do município, de acordo com a necessidade apresentada pelos territórios em receber cada núcleo profissional, apontada pela gestão municipal de saúde. Os enfermeiros residentes foram inseridos nos processos de trabalho de seis cenários de prática da Rede Escola do município de João Pessoa-PB, totalizando 20 Equipes de Saúde da Família (ESF), acompanhados por um tutor, apoiador matricial responsável pelo residente na Unidade de saúde, além de preceptores docentes da UFPB. RELATO DA EXPERIÊNCIA: Neste município, uma característica importante é a existência de Unidades de Saúde diferenciadas, em que algumas funcionam na lógica de integração, com quatro ESF utilizando uma mesma estrutura física para suas ações, e outras funcionam isoladamente, com uma equipe por estrutura física. Os residentes que se vincularam as USF integradas passaram, então, a acompanhar o trabalho de quatro equipes de saúde, e os que se vincularam a Unidades isoladas, acompanharam duas equipes. Por tratar-se de uma residência com caráter multiprofissional, os enfermeiros residentes foram vinculados a esses locais de atuação junto a outros profissionais residentes de outras categorias, formando grupos com uma proposta de atuação orientada para a interdisciplinaridade. Inicialmente, como forma de conhecer a rede de saúde do município foi utilizada a metodologia de casos-guias, onde os residentes percorreram o caminho que determinados usuários destas Unidades de saúde fizeram em busca de tratamento e cuidados de saúde. Também foi construída a cartografia dos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

territórios, como forma dos residentes conhecerem as potencialidades e dificuldades do território de cada ESF e de estabelecer vínculos com a comunidade. A demanda do enfermeiro residente foi, para tanto, organizada e pactuada com as equipes de Saúde da Família que acompanham, e suas ações englobaram: consultas de enfermagem com abordagem aos ciclos de vida; construção de projetos terapêuticos singulares junto às equipes; realização de interconsultas com os demais residentes e profissionais das USF; participação em grupos de educação em saúde; visitas domiciliares; e atuação em espaços existentes na área adscrita às Unidades (escolas, grupos de convivência e ONGs). Em paralelo aos outros núcleos profissionais, os residentes enfermeiros realizaram, quinzenalmente, um encontro denominado “preceptoria de núcleo”, no qual ocorreram discussões específicas da categoria com a participação dos preceptores do núcleo de saber (docentes do curso de Enfermagem da UFPB) e facilitadores convidados. Neste espaço construímos um documento contendo as atribuições do núcleo da Enfermagem na RMSFC, a partir das recomendações da Política Nacional da Atenção Básica e do Projeto da Residência, além da referencia a estudos teóricos sobre temas relacionados à prática. Além disso, os residentes de enfermagem, junto aos dos demais núcleos de saber, participaram quinzenalmente de encontros com seus grupos de atuação por território, incluindo preceptores de campo (docentes dos diversos cursos da UFPB) e um tutor (apoiador matricial do serviço), espaço denominado de “preceptoria de campo”. Semanalmente, participaram de módulos teóricos em que eram abordados temas gerais relativos à saúde pública, facilitados por professores da residência e convidados. No segundo semestre de 2010, os residentes enfermeiros iniciaram, junto aos demais núcleos, estágios semanais em serviços de média complexidade e plantões quinzenais em nível hospitalar e, posteriormente, passaram por estágios na gestão de saúde do município (Diretoria de Atenção à Saúde, Sistema de Regulação e Vigilância à Saúde) como forma de complementar a formação profissional, ampliando as discussões a respeito da rede de saúde pública municipal.

CONCLUSÕES: Diante da perspectiva do novo modo de fazer saúde e dos desafios



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

para a formação e qualificação dos profissionais para atuar no SUS, a RMSFC firma-se como uma proposta de reforçar a troca entre os saberes da academia e do serviço de saúde. Entretanto, por ser a primeira turma de RMSFC, algumas dificuldades foram visualizadas: a possível descontinuidade das ações desenvolvidas nas USF após o término da residência; entraves na construção do programa com pouca participação dos residentes neste processo. Entre as principais potencialidades destacam-se: a atuação do enfermeiro residente como complementar e não substitutiva à do enfermeiro da ESF, garantindo seu processo formativo como prioridade dentro das ações do serviço; as relações e vínculos estabelecidos pelos residentes com os trabalhadores, os usuários e os gestores no cotidiano do trabalho; a possibilidade de uma leitura crítica da realidade do processo de trabalho, onde se vivenciou a sobrecarga de atribuições voltadas para aspectos curativos, dificultando a efetivação da proposta de reestruturação de um modelo de saúde pautada pela promoção à saúde e prevenção de doenças. Espera-se que esta experiência impulse a reflexão sobre o desafio de uma mudança substancial no modelo de saúde, onde os profissionais possam enxergar o valor da Atenção Básica, considerando os sujeitos em sua singularidade e complexidade, como parte da formação do cidadão, dando suporte para um processo democrático da promoção da saúde, realizado com integralidade e humanização da assistência, e fortalecendo a construção de políticas sociais e públicas voltadas para o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

1. FARIA, Iana Barbara Ramalho; VENTURA, Julia Carvalho; SILVA, Daniela Eba; Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. O processo de trabalho em saúde da família no contexto do interior da Amazônia. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n.2, Santa Catarina: 2010.
2. BADUY, Rossana Staevie; OLIVEIRA, Maria do Socorro Monteiro. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para profissionais das equipes de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

saúde da família: reflexões a partir da prática no Pólo Paraná. **Revista Olho Mágico**, v. 8, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico.htm>.

3. BRASIL. Ministério da Educação (BR). Ministério da Saúde (BR). **Portaria Interministerial MEC/MS N° 45/07 de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. Disponível: <http://www.in.gov.br/materiais.htm>.

4. CORADINI, Sônia Regina et al. Processo de trabalho no programa saúde da família em porto alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, Porto Alegre: 2004.

“INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CASO DE TRANSTORNO MENTAL COM RISCO AO RECÉM-NASCIDO”

Silva, Ilana Ananias Bento da¹; Soares, Joseneide Costa²; Dias, Aline Maia³; Medeiros, Deyse Rose Miranda de⁴; Almeida, Denise Soares de⁵; Brito, Kátia Maria Fernandes de⁶.

(3) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Serviço Social/HUAB, Complexo Hospitalar da; (2) UFRN, Serviço Social/HUAB, Complexo Hospitalar da; (3) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Serviço de Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (4) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Serviço de Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (5) UFRN, Serviço de Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (6) UFRN, Serviço de Nutrição/HUAB, Complexo Hospitalar da.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Este resumo tem como objeto o relato de experiência de um caso clínico permeado por situação de risco e vulnerabilidade psicossocial que fora atendido no Cenário de Prática de Saúde Materna e Neonatal, do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB)/Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Sendo este Hospital referência em assistência materno-infantil – de baixa e média complexidade – para a cidade de Santa Cruz e municípios circunvizinhos, tornou-se a Instituição de Saúde mais procurada pela população da microrregião geográfica Borborema Potiguar do estado do Rio Grande do Norte para clínica médica feminina e pediátrica. Neste sentido, objetiva-se, com este trabalho, demonstrar a importância da garantia do acesso aos serviços de saúde aos sujeitos de direitos; do atendimento multiprofissional direcionado à integralidade do cuidado; e, do compromisso dos profissionais visando a resolutividade das demandas identificadas a partir dos diversos condicionantes e/ou determinantes de saúde. Para entendimento destas especificidades do trabalho em saúde, apresenta-se a atuação da equipe de saúde do HUAB – em especial, da atuação dos integrantes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RMS) – frente ao caso. Para tanto, relata-se que uma parturiente (41 anos de idade, G20P12) foi admitida no serviço de emergência obstétrica em trabalho de parto e sem acompanhantes. E, já na Secção de Pré-parto, o Serviço de Psicologia observou que esta apresentava características indicativas de transtorno psíquico, como: comportamento inadequado; descaso com higiene pessoal; apatia; letargia; humor rebaixado; não colaborativa ou responsiva frente às intervenções da equipe; e, discurso incoerente com confusões de idéias. Na Sala de Parto, apresentou ausência na construção de vínculo com o recém-nascido (RN) e, ainda, esboçou reação de agressividade frente aos procedimentos de dequitação placentária; mesmo com fase expulsiva sem intercorrências – trabalho de parto com duração de, aproximadamente, 04 (quatro) horas; evolução para parto normal; e, concepto em bom estado clínico. No pós-parto imediato – já em enfermaria do Alojamento Conjunto, a equipe de saúde identificou e, inclusive, presenciou comportamentos agressivos da puérpera junto ao



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

RN que determinaram a vigilância permanente da díade, a fim de garantir a integridade física dos mesmos. Diante desta situação, a equipe que acompanhava o caso providenciou avaliações psiquiátricas para a puérpera, as quais indicaram hipóteses diagnósticas de psicose puerperal e esquizofrenia paranóide; e, assim sendo, foi solicitado isolamento entre a díade e prescrito tratamento medicamentoso. A partir do posicionamento dos especialistas ora citados, a equipe de saúde emitiu instrumento de solicitação de permanência hospitalar do binômio para garantir a proteção de ambos em atos contra a vida (BORTOLETTI et al., 2007). Em tempo, foram possibilitadas investigação e análise da realidade familiar, articulações com as instâncias competentes e responsáveis e proposição de encaminhamentos terapêuticos. Então, profissionais do Serviço Social, Psicologia e Nutrição realizaram visita ao município de residência da paciente para averiguação e avaliação da rede de atendimento socioassistencial disponibilizada e, conseqüentemente, do núcleo familiar em questão. Neste encontro, fizeram-se presentes representantes das Secretarias Municipais de Assistência Social e Saúde, do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do Conselho Tutelar, da Delegacia de Polícia e, também, de familiares da puérpera (filha primogênita e irmãs da paciente). E, foram fornecidas informações de que esta paciente possui histórico de internação em Hospital Psiquiátrico há aproximadamente 20 (vinte) anos, mas sem adesão ao tratamento que fora proposto. Quanto à família, foram indicados: desestruturação familiar; ambiente doméstico insalubre e desfavorável ao desenvolvimento infantil satisfatório; e, relapso acentuado dos cuidados básicos de higiene pessoal e alimentação de todos os membros, levando até ao adoecimento das crianças (internações destas por desnutrição, pediculose e infestações por *Ascaris lumbricoides*) – aspectos estes que deram indícios de maus tratos para com as mesmas, mas que apontaram a necessidade de avaliação adequada e acompanhamento permanente pela rede de atendimento socioassistencial local. Entretanto, apesar da considerável cobertura municipal disponibilizada, observou-se não só a resistência como a não adesão, por parte das figuras matriciais da família, às



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

intervenções da rede de atendimento – pois, tais membros assumem postura não-interativa com a sociedade, inclusive, com seus próprios parentes. Assim sendo, os encaminhamentos desta reunião inter-setorial recomendaram que a alta hospitalar da díade estivesse condicionada à responsabilização das necessidades, cuidados básicos e segurança com o RN, por algum membro do grupo familiar em questão. Acordou-se, portanto, que uma das suas tias maternas – com disponibilização e consentimento da mesma – ficaria encarregada de prover tais cuidados até determinação de instância judicial. A administração municipal, por conseguinte, responsabilizou-se pelos suprimentos das necessidades demandantes do RN. Vale salientar, que foram suscitadas, também, questões sobre planejamento familiar, saúde mental da genitora (e, possivelmente, do genitor) e condições dignas de moradia da família – as quais ficaram sob discussão e viabilização ao nível do município. Durante a continuidade dos direcionamentos do caso, a equipe multiprofissional de saúde e a inter-setorial envolvidas se depararam com a desistência da referida tia e, também, de toda a família em assumir o acordo estabelecido. Diante disto, teve-se que reavaliar o caso e traçar novas estratégias de enfrentamento para a situação, pois, considerando todas as condições de risco e vulnerabilidade arraigadas ao caso – que, por sinal, extrapolavam a alçada desta instituição, fez-se necessário o encaminhamento para outra esfera – a jurídica; uma vez que foram constatadas questões pertinentes ao poder familiar e à colocação do RN em família substituta – tendo em vista a vontade expressa da família em dispor a criança, diretamente, à adoção. Então, frente a necessidade de se efetivar as garantias de proteção social à puérpera e RN neste processo condicionante de saúde, fez-se necessário a co-responsabilização da rede de atendimento socioassistencial do município de origem e o repasse do caso ao pólo regional do ministério público estadual para que se fossem providenciadas as modalidades de seguranças: de sobrevivência (rendimento e autonomia); de acolhida (provisão de necessidades humanas); e, de convívio ou vivência familiar (BRASIL, 2004). Ainda na primeira semana posterior às articulações referidas, a promotoria emitiu concessão de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

alta à puérpera e corroborou para a permanência do RN na instituição até decisão judicial. Em (02) duas semanas, o juiz da Vara Cível local determinou colocação do lactente em família substituta, por meio de guarda provisória. Ressalta-se que por todo este período a equipe multiprofissional do HUAB atuou sempre de forma integrada no processo de discussão e decisão de condutas para este caso, registrando todas as ações em prontuário da puérpera e/ou instrumental de registro de atividades. Ademais, mostrou-se assertiva e empenhada em dar resolutividade ao episódio relatado e disponível em fornecer e/ou colaborar na prestação de esclarecimentos que se fizeram necessários. Por fim, há de se considerar que a atuação desenvolvida pelo serviço de saúde do HUAB para proceder diante das condições de risco e vulnerabilidade, em que o RN se deparou, atendeu aos mais diversos preceitos do arcabouço legal brasileiro para a atenção a saúde. Isto vai desde o reconhecimento do artigo 196 da Constituição Federal que preconiza a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Ou o que diz a Lei Orgânica da Saúde acerca da identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, atendendo aos princípios da integralidade da assistência, capacidade de resolução dos serviços, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, dentre outros (BRASIL, 1990). Verificou-se, então, que a escolha pelo trabalho interdisciplinar ultrapassou meramente o limiar da multiprofissionalidade, gerando um processo de coesão das diversidades profissionais onde as diferenças e particularidades de cada um foram preservadas, o que resultou na construção de unidade da equipe.

BORTOLETTI, Fátima F. et al. **Psicologia na prática obstétrica**: abordagem interdisciplinar. Barueri/SP: Manole, 2007.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

BRASIL. Presidência da República do. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF, 1988.

_____. **Lei nº 8080**: Lei Orgânica da Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. **Resolução nº 145**: Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília/DF, 15 de outubro de 2004.

“O MODO DE FAZER SAÚDE: REFLEXÕES DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO NORTE-RN”

Medeiros, Deyse Rose Miranda de¹; Teixeira, Luciara de Lira²; Menêzes, Taiana Brito³; Silva, Ilana Ananias Bento da⁴; Santos Flávia Andréia Pereira Soares dos⁵; Coelho, Thayana Tareja Garcia⁶

(4) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Psicologia/HUAB, Complexo Hospitalar da; (2) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Enfermagem/HUAB, Complexo Hospitalar da; (3) UFRN, Nutrição/HUAB, Complexo Hospitalar da; (4) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Serviço Social/HUAB, Complexo Hospitalar da; (5) UFRN, Enfermagem/HUAB, Complexo Hospitalar da; (6) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Nutrição/HUAB, Complexo Hospitalar da;

A concepção ampliada de saúde preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o lazer, o transporte, portanto, saúde aparece como qualidade de vida, como produto social. Dessa forma, o território passou a ser referência para a organização dos serviços, uma vez que se valoriza a produção



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

social da saúde. O SUS representou um grande avanço na política de saúde brasileira, já que trouxe uma concepção de atenção à saúde pautada pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (BRASIL, 1990). A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma importante ferramenta no processo de transformação do modo de fazer saúde, que muitas vezes está centrado na doença e na execução de procedimentos. Sendo assim, se mostra como uma proposta mais coerente com os propósitos do SUS, uma vez que enfatiza o trabalho multiprofissional e as ações interdisciplinares, bem como o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e a co-responsabilidade (SOARES; PINTO, 2008). A proposta da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RMP) realizada no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizado no município de Santa Cruz-RN, se apresenta como uma ferramenta estratégica para efetivar mudanças no modelo de atenção à saúde. A RMP tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população. Apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar, com base nos princípios e diretrizes do SUS. A RMP fundamenta-se na multidisciplinaridade como facilitadora da construção do conhecimento ampliado de saúde, em resposta ao desafio de atuar nas coletividades, visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos do cuidado (NASCIMENTO; OLVEIRA, 2010). O atual currículo da RMP prevê a atuação dos residentes do programa em Unidade Básica de Saúde (UBS). Através da inserção da Residência Multiprofissional na Atenção Básica, tem-se o propósito de promover a reflexão ampliada das práticas de intervenção, incorporando



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

no cotidiano dos serviços a interação entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade entre os diferentes saberes. O intuito é transpor um modelo de atuação que privilegia o saber técnico, a partir da contribuição de diferentes saberes e fazeres (BRASIL, 2004). Diante desse pressuposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência sobre o modo de fazer saúde no campo de trabalho multidisciplinar inserido em UBS no estado do Rio Grande do Norte. Através deste relato, pretende-se descrever, discutir, ampliar o entendimento e elucidar as formas com que os profissionais neste tipo de formação apropriam-se do conhecimento multidisciplinar e contribuem para a prática e o aprendizado dos demais profissionais. Os estágios foram realizados durante os meses de outubro de 2010 e maio de 2011 em uma UBS no município de Santa Cruz/RN e de Lajes/RN, respectivamente, envolvendo residentes da área de Nutrição, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Farmácia. Foram realizadas atividades referentes ao perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS, a atualização profissional para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), avaliação nutricional e fisioterápica com os ACS, visitas domiciliares com posterior construção do plano terapêutico singular discutido com toda a equipe em articulação com a rede socioassistencial, rodas de conversa com os usuários, atividades na fila de espera, teatro de fantoches, atendimento multiprofissional a gestante de baixo risco, atendimento multiprofissional a criança na consulta de crescimento e desenvolvimento, palestra socioeducativas, construção de instrumentos pedagógicos que fomentem a inserção posterior de atividades educativas de forma lúdica e a sistematização da dispensação de medicamentos através do uso de envelopes ilustrativos. A inserção da RMP no contexto da UBS redimensiona e amplia o modo de ser e do fazer profissional, sendo capaz de reconhecer as necessidades dos usuários de uma forma integral, compreendendo que processos de adoecer são expressões das formas de vida, trabalho e saúde, determinadas socialmente e expressas na subjetividade, ou seja, nas percepções, crenças e valores dos indivíduos assistidos. Partindo dessa premissa, se faz necessário renovar as práticas de saúde de modo a fortalecer os vínculos de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e os usuários, se fazendo perceber a necessidade de recriar novas metodologias que minimizem os problemas de saúde encontrados na atenção básica. Sendo este um desafio contínuo da saúde, se anseia a incorporação de práticas diferenciadas com uma perspectiva que prioriza uma atenção integral atrelada ao cuidado, de forma a suscitar o trabalho multiprofissional que se apresenta como uma forma promissora e irreversível do modo de se fazer saúde.

REFERENCIAS:

BRASIL. **Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS**. 2004.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília (DF), 1990.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C.. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.814-827, 2010

SOARES, N.M.; PINTO, M.E.B. Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Londrina. **Rev. SBPH** v.11 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008.

“O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: POSSIBILIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER”

Anjos, Marianne Neves¹; Dantas, Silmara Garcia²

(1) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Farmácia, HUAB; (2) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Farmácia, HUAB.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

O intenso processo de especialização na área da saúde suscita uma necessidade de implementar uma proposta do trabalho em equipe, uma vez que esta especialização tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Neste contexto, a inserção da equipe multiprofissional é tomada como realidade pertinente já que conta com profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente e a articulação das práticas especializadas não se apresenta de forma problematizada, o que otimiza fortemente os serviços de saúde prestados aos pacientes, em primeira instância, e conseqüentemente à comunidade. Além disso, em se considerar dinâmica a atualização do conhecimento nas diversas áreas, é razoável a busca pela interdisciplinaridade uma vez que se torna impraticável o domínio pleno deste conhecimento por parte dos profissionais, uma espécie de “polivalência do saber”. Certamente, se considerarmos que o contexto atual do serviço de saúde ainda prevalece nesta “polivalência”, é racional enxergar como um desafio o conceito da “multidisciplinaridade”, que tende a ser vencido com certo grau de resistência, e que por esta razão necessita fundamentalmente de profissionais habilitados e comprometidos em promover esta mudança, a fim de implementar a equipe multiprofissional integrada, uma realidade prática. Sendo assim, a inserção do profissional farmacêutico nesta equipe não poderia ser menos desafiadora, já que os serviços farmacêuticos prestados no âmbito da farmácia hospitalar tendem a esta individualização da prática profissional, não permitindo tempo hábil para a realização de outras atividades. Logo, com a introdução da residência multiprofissional integrada, ocorre uma reorientação do papel do farmacêutico no contexto de consolidação do SUS, como membro da equipe multiprofissional de saúde, tendo como característica principal a reaproximação da farmácia com a atenção direta ao paciente e a articulação com outras profissões. Diante disso, este estudo objetiva relatar a vivência do profissional farmacêutico inserido como residente no setor de atenção à saúde da



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

mulher no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB-UFRN). O alojamento conjunto deste hospital consiste em 5 enfermarias, divididas em clínicas cirúrgicas, obstétricas e médicas, onde diariamente a equipe multiprofissional realiza visitas aos leitos, prestando orientações sobre demandas gerais (orientações quanto ao AME, cuidados pós-natal com o RN e com a púrpura) e específicas (pertinentes a cada profissional). Na realidade do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB-UFRN), atuando no alojamento conjunto, a co-participação do residente de farmácia se dá de forma ampla no cenário de prática em questão, uma vez que está engajado em projetos que visam a otimização dos recursos farmacoterapêuticos, com segurança e eficácia. Sendo assim, durante estas visitas, o farmacêutico observa as prescrições diárias e as discute, quando necessário, com a equipe médica; além de esclarecer possíveis dúvidas acerca dos medicamentos em uso, bem como, os cuidados pós-parto com a díade (RN e puérpera). Além disso, cabe ao farmacêutico-residente, participar efetivamente dos projetos: Mãe-cidadã/Ambulatório multiprofissional de alto risco, consulta multiprofissional integrada à triagem neonatal e visita domiciliar. Desenvolvendo, respectivamente, a promoção à saúde da gestante, com enfoque no uso racional e prevenção da automedicação; no segundo em questão, são compartilhadas as vivências das díades durante o período puerperal (pós-alta hospitalar) correlacionando com as necessidades trazidas pelas mesmas. Já o último, vislumbra a observação *in loco* da realidade vivida pela díade com a finalidade de propor o melhor projeto terapêutico condizente com dia-a-dia dos mesmos. Estas atividades são desenvolvidas em caráter de natureza educativas e informativas, que são empregadas em dois momentos: pré-natal e pós-natal. Sendo assim, o primeiro é aplicado em projetos como o Mãe-cidadã/Pré-natal de alto risco, bem como, em um segundo momento, no trabalho de parto, no pós-parto imediato e por fim, com visitas domiciliares. As atividades que envolvem o momento pré-natal acontecem com agendamento prévio em dias específicos da semana, contemplando a realidade das puérperas quanto aos dias de avaliação obstétrica e as condições de acesso ao hospital. No caso do projeto Mãe-



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

cidadã, o mesmo acontece em duas etapas, sendo que a primeira ocorre em forma roda de conversas expositivas e interativas, abordando temáticas pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal, em que se incluem discussões multiprofissionais de cada área. Na segunda etapa, em momento subsequente, ocorre o ambulatório multiprofissional com gestantes de alto-risco, em que é realizada uma consulta multiprofissional. As gestantes passam por um processo de triagem, utilizando critérios determinados consensualmente pela equipe, sendo aplicado um instrumento para obter dados demográficos da paciente, sócio-econômicos, informações obstétricas e patológicas, uso medicamentos, dentre outras. Neste momento, este residente presta esclarecimentos quanto aos medicamentos de diversas classes terapêuticas, comumente utilizados por este grupo, como antibióticos, antibiabéticos orais, antihipertensivos, analgésicos. Alertando quanto aos principais cuidados, desde a administração - posologia, interferência com alimentos e/ou medicamentos, problemas relacionados a medicamentos, entre outros - ao armazenamento dos mesmos, sempre enfocando quanto aos possíveis riscos e promovendo o esclarecimento de dúvidas suscitadas. A atenção à saúde da mulher como área de trabalho, se torna um amplo campo de atuação farmacêutica, sendo este um dos profissionais envolvidos na promoção da saúde, em especial, relacionado com o uso racional dos medicamentos. Considera-se então, que a atuação do farmacêutico é de alta relevância, uma vez que há promoção e melhoria dos serviços prestados, resultando assim, no avanço da qualidade de vida da comunidade. Onde todas as práticas desenvolvidas têm como propósito garantir a otimização do melhor plano farmacoterapêutico, bem como, prover informações relevantes na prática do aconselhando àqueles que prescrevem, e àqueles que fazem uso dos produtos farmacêuticos, visando a conduta racional na utilização destes medicamentos, e o desestímulo a automedicação.

Referências:

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, vol. 1, n. 35, p. 103-109, São Paulo, 2001.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

GARCIA, Bianca Lessa et al. A efetividade da equipe multiprofissional integrada. **XVII CIC (Congresso iniciação científica) - X Enpos (Encontro de pós graduação).**

“ALTA ASSISTIDA: POR UMA ATENÇÃO HUMANIZADA AO USUÁRIO COM TRANSTORNO MENTAL”

Oliveira, Débora Amorim de¹; Araújo, Ana Clébia de Araújo²; Costa, Cídia Silva³; Medeiros, Josiana Rodrigues de⁴; Prestes, Ludimila Inês Nunes⁵.

(2) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II; (2) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (3) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (4) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (5) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II.

INTRODUÇÃO: Como modelo substitutivo de atenção à saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) têm como função o acompanhamento psicossocial dos usuários com transtorno mental severo e persistente, objetivando a co-responsabilização e a promoção da autonomia (BRASIL, 2001, 2004). Considerando que os usuários em processo de alta apresentavam resistência quanto à mudança do modelo de atendimento, a equipe e os residentes em Saúde da Família e Comunidade sistematizaram o Projeto de Alta Assistida, o qual compõe o Projeto Terapêutico Singular (OLIVEIRA, 2010). Essa prática se insere no contexto da Reforma Psiquiátrica, acreditando que uma saída planejada e assistida é fundamental no processo de reinserção social do sujeito. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Relatar a implantação do Projeto de Alta Assistida no CAPS II de Palmas-TO, com intuito de acompanhar a reinserção



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

social dos usuários. RELATO DA EXPERIÊNCIA: Primeiramente, fez-se o levantamento dos usuários em processo de alta de outubro/2010 a fevereiro/2011. Para sistematizar as visitas e avaliar o processo de alta assistida, elaborou-se um questionário semi-estruturado o qual buscou observar o estado geral do usuário e da família, bem como, a necessidade de encaminhamentos intersetoriais. O usuário que demonstrava potencial para ser reinserido na sociedade através do trabalho ou de outros mecanismos sociais, foi abordado pela equipe, a qual orientou quanto ao encaminhamento para tratamento em ambulatório, representado pelas policlínicas que compõem a rede municipal de saúde. Todo usuário em alta foi acompanhado por um profissional “referente”, responsável pelas orientações gerais, agendamento da consulta e visita domiciliar após dois meses da alta. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foram identificados seis usuários em processo de alta assistida, dos quais, apenas um não foi localizado. Nas visitas concluiu-se que 40% dos usuários tiveram recaída, relacionando-se com a compreensão limitada da alta e a resistência com a nova modalidade de tratamento. Por sua vez 60% aderiram o tratamento ambulatorial, exemplificado pelo retorno ao trabalho e pela retomada dos vínculos afetivos familiares. CONCLUSÕES: A proposta de uma transição assistida entre os serviços de atenção à saúde são fundamentais para a adesão ao tratamento, para a autonomia e reinserção social dos usuários com transtorno mental. Contudo, a equipe reconhece que transpor as dificuldades é um desafio diário e contínuo, característico dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. **Lei n. 10216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 2 mai. 2011.

_____. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das praticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde.** 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

“ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS ADOLESCENTES: EXPERIÊNCIAS COM ADOLESCENTES, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DAS COMUNIDADES CHICO MENDES E XIMBORÉ, RECIFE-PE.”

Pereira, Charlene de Oliveira¹; Carneiro, Daniela Gomes de Brito¹; Jucá, Adriana Lobo; Lima Júnior, Ivo Aurélio de²; Lira, Aline Cavalcante de¹; Nascimento, Hercília Melo do.

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); ² Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP – FioCruz.

Introdução: O contexto de criação e implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem suscitado debates acerca da resolubilidade da Atenção Básica. Em consonância com este novo cenário, iniciou-se em 2010 o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da UFPE, com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para atuar na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família, visando ao desenvolvimento e à consolidação do SUS. As atividades desenvolvidas junto às Equipes de Saúde da Família e ao território são múltiplas, circulam por todos os ciclos de vida, pelas dimensões da promoção de saúde e do apoio pedagógico às equipes. Todavia, o atual cenário epidemiológico de vulnerabilidades vividas pelos adolescentes no Brasil, configura-se como uma frente de trabalho estratégica para desenvolvimento das atividades de promoção à saúde.

Objetivo: Relatar a experiência desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Chico Mendes/Ximboré-Recife/PE referente ao grupo de adolescentes da área adscrita.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Relato da experiência: Com periodicidade quinzenal, os encontros são mediados por recursos expressivos, como vídeo, músicas, movimentos corporais e atividades de expressão plástica e de linguagem. As ações acontecem com cerca de doze adolescentes, de ambos os sexos, de faixa etária entre 10 a 14 anos; com destaque para ações educativas intersetoriais e de promoção da saúde (oficinas de fotografia e violência contra mulher; rodas de conversa sobre Estatuto da Criança e do Adolescente; Cine Pipoca; Passeios e outras atividades recreativas). **Resultados e Discussão:** O grupo tem o intuito de contribuir para o fortalecimento da autonomia, da tomada de decisões e construção de projeto de vida destes adolescentes. Baseia-se na troca de experiências e percepções trazidas pelos adolescentes, bem como na reflexão coletiva, em especial, sobre suas condições de vida/saúde. **Conclusão:** Muitos são os desafios que se colocam a nossa prática, em especial aqueles relativos à “construção do olhar” para as necessidades de saúde destes adolescentes, respeitando as características do território onde estão inseridos, elencando as prioridades e definindo as estratégias de atuação que envolvam a participação destes e de seus familiares.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para organização de serviços de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“LEGISLAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E SOLICITAÇÃO DE EXAMES POR ENFERMEIROS”

Martiniano, Cláudia Santos¹; Andrade, Paula Stefânia¹; Marcolino, Emanuella de Castro¹; Magalhães, Fernanda Carla¹; Souza, Fernanda Ferreira¹; Kluczynik, Caroline Evelin Nascimento¹

(1) Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem.

Introdução - Desde a regulamentação da profissão de enfermagem pela Lei Nº 7.498, em 1986, está assegurado o direito à prescrição de medicamentos, desde que dentro dos programas de saúde pública. Porém, esta prática vem ganhando contornos mais nítidos a partir da década de 1990, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) que tem como objetivo de reorientar o até então modelo hospitalocêntrico vigente, através da inserção de ações de promoção e proteção à saúde da comunidade e, conseqüentemente, organizar a Atenção Básica e estruturar o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, Rosa e Labate (2005) caracterizam o PSF como uma nova forma de se trabalhar a saúde, já que, o foco das ações passa a ser a família e o processo de intervenção não mais se constitui pela vinda da população a procura de atendimento, visto a proposta de prevenção trabalhada no programa. O enfermeiro representa um dos profissionais que integra a equipe mínima exigida para atuar no PSF onde tem atribuições comuns a toda equipe e atribuições específicas, dentre as quais destaca-se: a consulta de enfermagem, a solicitação de exames e a prescrição/transcrição de medicações conforme estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde, amparada por disposições legais da profissão (BRASIL, 2001). Apesar de constituírem, legalmente, parte das ações que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro no PSF, ainda existe um largo espaço entre o que está regulamentado e o que os enfermeiros



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

vêm assumindo como suas atribuições. Suspeita-se que haja desconhecimento da legislação que orienta a profissão, lacuna deixada já no processo de formação, além do debate incipiente nos serviços de saúde, haja vista a não padronização de atendimento pela equipe baseada nos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde. **Objetivo Principal** - Analisar o delineamento legal e normativo da prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros. **Materiais e Métodos** - Trata-se de um estudo documental que de acordo com Gil (2002) baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico. Assim, segundo Silva e Grigolo (2002) este tipo de pesquisa visa selecionar, tratar e interpretar a informação bruta buscando extrair dela algum sentido e introduzir-lhe algum valor. Para tanto, utilizou-se a legislação referente à prescrição de medicamentos e solicitação de exames específica da prática em Enfermagem a partir da Lei do Exercício Profissional e resoluções do Conselho Regional de Enfermagem sobre esta matéria; das portarias do Ministério da Saúde que normatizam esta prática e de legislações do setor saúde que, de alguma maneira, incidem sobre esta questão. **Resultados e Discussão** – A regulamentação do trabalho da enfermagem ocorreu em junho de 1986, por meio da Lei Nº 7.498, trazendo como atividade do enfermeiro, em seu Artigo 11º, dentre outras atribuições, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Essa prerrogativa permanece no Decreto-Lei Nº 94.604, que regulamenta a lei anterior, aprovado em 1987. Apesar da lei do exercício, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) não definiu como deveria ser tal rotina, sendo esta informação encontrada apenas no Parecer 002/2009 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) do estado do Tocantins. No que diz respeito especificamente à solicitação de exames, em 1997 foi publicada a Resolução COFEN Nº 195 que dispõe sobre o assunto sob justificativa de que esta atribuição se assenta na garantia de uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo na vigência da prescrição de medicamentos. A resolução aponta doze programas e/ou manuais de normas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde onde a solicitação de exames por enfermeiros já



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

estava prevista. A pesquisa mostra, ainda, que em 2002, o COFEN publicou a Resolução Nº 271, tratando de forma específica a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros. Esta resolução serviu apenas para chamar atenção do Conselho Federal de Medicina (CFM) que de imediato entrou com pedido de anulação desta resolução sob alegação de exercício ilegal da medicina. Essa resolução foi revogada em 2007 pela Resolução Nº 317, sob o discurso que o disposto na antiga resolução já estava previsto legalmente. Desde 1983 o Ministério da Saúde (MS) vem editando programas e manuais onde a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está prevista. Mas, em 2006, com a aprovação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), através da Portaria Nº 648 do Ministério da Saúde, esta prática ganha contornos mais nítidos. Sabe-se que esta portaria é condizente com a lei do exercício profissional, no entanto, tem-se assistido a inúmeros embates judiciais movidos, principalmente, pelos médicos, os quais alegam que os enfermeiros estariam exercendo ilegalmente a profissão de medicina não sendo necessária tamanha manifestação, já que os protocolos estão baseados em evidência. Acredita-se que esta questão vem assumindo esse dimensionamento por parte dos médicos, pela compreensão de que a prescrição, historicamente pertenceu ao núcleo da profissão de medicina, mas atualmente integra o campo de várias profissões de saúde, compondo um espaço de limites imprecisos em que as categorias profissionais buscariam o apoio entre si para a execução de suas atividades (CAMPOS, 2000). Também no setor saúde, de forma mais ampla, algumas legislações incidem sobre a questão da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, como o Projeto de Lei 7703/2006, popularmente conhecido como a Lei do Ato médico, que se aprovado nos termos em que está sendo encaminhado, tende a não respeitar a atribuição prescritiva do enfermeiro, uma vez que, em seu artigo 4º - Inciso I, define como atribuição privativa do médico a formulação do diagnóstico nosológico e respectiva prescrição terapêutica. Nesse sentido, percebe-se uma resistência médica em aceitar o exercício pleno das demais profissões, perpetuando a histórica centralização médica na área da



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

saúde. Outro documento que merece destaque nesse trabalho já que incide sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 44, de 26 de outubro de 2010, que dispõe sobre o controle dos medicamentos à base de antimicrobianos. Nessa resolução, a ANVISA determina nos artigos 2º e 3º que somente serão dispensados antimicrobianos mediante receita sob prescrição de profissional devidamente habilitado, não especificando o profissional prescritor. Com a existência dessa abertura, os conselhos de enfermagem exigiram um posicionamento da ANVISA em relação a quem caberia a prescrição dos antimicrobianos. Em resposta, este órgão publicou a RDC Nº 20 que especifica a primeira resolução reservando um capítulo para a prescrição, onde estabelece no art. 4º, claramente, que a prescrição dos medicamentos antimicrobianos abrangidos nesta resolução deverá ser realizada por profissionais legalmente habilitados. Dessa forma, a prescrição do enfermeiro seria suficiente para a aquisição do antimicrobiano já que está habilitado pela Lei do Exercício Profissional. Em contrapartida, a Portaria Nº 184, de 3 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil, em seu art. 27 estabelece que para a comercialização e a dispensação dos medicamentos e/ou correlatos no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil, as farmácias e drogarias devem obrigatoriamente exigir a prescrição médica incluindo o número de inscrição do médico no CRM, assinatura e carimbo médico, impedindo, assim, a plena execução das funções do enfermeiro, já que o mesmo não teria autonomia suficiente para garantir a assistência integral ao usuário, conforme os documentos assistências do Ministério da Saúde. Tomando como base esse dispositivo legal, percebe-se que há uma controvérsia no discurso ministerial, visto que considera o enfermeiro um profissional legalmente habilitado para prescrever medicamentos que constem nos programas de saúde pública, porém essa prescrição não é aceita em um estabelecimento que, por sua vez, é também regulamentado pelo Ministério da Saúde. **Conclusões:** A legislação brasileira relacionada à prescrição de enfermagem assegura, claramente, o papel de prescritor do enfermeiro, à medida que tal função está legalmente definida na Lei do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Exercício Profissional. Todavia, após 25 anos desta lei, ainda discute-se a efetivação dessa atribuição contrariando a lei maior do exercício da profissão. Ao que parece, estes embates ainda perdurarão por longo tempo até superado o paradigma médico-centrado devendo profissionais da enfermagem lutar pelo adequado espaço dessa atribuição que, assim como todas as atribuições, deve ser exercida com independência e domínio técnico científico.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEn, 2001. 45p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 5, n. 2. Rio de Janeiro: 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ROSA, Walisete; LABATE, Renata. Programa de Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, nov./dez., 2005.

**“O PAPEL DO NUTRICIONISTA NA CLÍNICA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CAPSad DE RECIFE/PE”**

OLIVEIRA, Wanessa Celerino de^{1,2}

(¹) Hospital das Clínicas – UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMIS). (²) Nutricionista Residente.

Email: wanessacelerino@hotmail.com



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: O Profissional de nutrição no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS ad) pode atuar na alimentação dos dependentes químicos favorecendo funções importantes na vida dos indivíduos. A alimentação saudável tem por finalidades específicas, atuar na prevenção, manutenção e recuperação da saúde (HELMAN, 2003), incluindo problemas psicossociais. A dependência química é um grave problema de saúde pública e, dentre os grupos em situação de insegurança alimentar, destaca-se o dos dependentes pela interferência do abuso de substâncias psicoativas no comportamento alimentar, afetando sobremaneira a ingestão de alimentos. (BALDISSERA; OLIVEIRA et al, 2005). Quanto às alterações alimentares causadas pelo consumo de drogas ocorre menor apetite, mal estar, náuseas e vômitos, afetando os hábitos alimentares dos dependentes e quando não estão sob seus efeitos grande maioria faz poucas refeições diárias, principalmente, almoço, jantar e café da manhã. Geralmente os dependentes têm desconhecimento sobre conceitos básicos de nutrição e os alimentos consumidos por esta clientela são pobres em vitaminas, minerais, lipídios e proteínas, podendo levar à desnutrição ou subnutrição dos dependentes de droga (OLIVEIRA et al, 2005). Existe desequilíbrio entre os grupos alimentares e o baixo número de refeições/dia entre os usuários dependentes, o que indicam que não são atendidas as diretrizes de uma alimentação saudável, o que reforça a relevância da inserção do profissional nutricionista a equipe de tratamento da dependência química. Muitos usuários apresentam desvio nutricional (excesso ou déficit de peso), o que sugere um consumo alterado de alimentos durante o tratamento. E em relação ao tabagismo o excesso de peso esta fortemente ligado ao abuso de alimentos em substituição à droga de dependência. Segundo França (2007), existe a necessidade de um olhar clínico-nutricional dentro da terapêutica psíquica e poderiam ser trabalhados diversos temas: a relação do estado nutricional e uso de fármacos; construção coletiva de roteiro de nutrição para o atendimento clínico; papel da unidade de alimentação e nutrição (UAN) em saúde mental; oficina culinária; o cuidado do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

paciente albergado. A nutrição no CAPS e as ações do nutricionista fazem parte do trabalho em equipe multidisciplinar. Entre elas estão: gerenciamento da Unidade de Alimentação e Nutrição; promoção da saúde e estímulo a práticas alimentares saudáveis; manejo dos agravos nutricionais; atuação nos grupos terapêuticos; incentivo à caminhadas, passeios, jogos de futebol; participação nas oficinas de geração de renda, de culinária. O modelo de gestão participativo tem permitido que os profissionais se sintam mais integrados, valorizados, seguros e capacitados a atuar em uma relação de diálogo equipe-usuário-família. Considerando a alimentação no projeto terapêutico, têm-se geralmente como restrição o número insuficiente de recursos humanos e a estrutura física e operacional do serviço de nutrição nos CAPS. Um grande desafio para a área tem sido a inclusão pelos profissionais da lógica do processo de trabalho em nutrição e saúde mental (FRANÇA, 2007). **OBJETIVOS:** O presente estudo propõe apresentar um relato de experiência do nutricionista na equipe multiprofissional, no CAPSad Eulâmpio Cordeiro na cidade do Recife, vivenciado no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** o estudo foi uma análise situacional descritiva vivenciada por nutricionista inserida na sistematização multiprofissional integrada durante 3 meses de 2011. **RESULTADOS/ DISCUSSÃO:** O Centro de Atenção Psicossocial Eulâmpio Cordeiro possui atendimentos terapêuticos em grupo e individuais, incluindo familiares. São realizadas terapias com grupos operativos, de tabagismo, informativos, oficinas, atividade física, e outras atividades essenciais para a reflexão do projeto de vida no de tratamento. Esse Caps é uma instituição pública que assiste usuários de álcool, tabaco e outras drogas e fornece atendimentos multiprofissionais especializados em dependência química de indivíduos adultos de ambos os sexos. A atuação do nutricionista neste serviço atende de forma grupal os usuários, podendo ser realizadas intervenções individuais quando necessário uma dietoterapia específica. Nesta clínica os usuários recebem 2 refeições e são realizadas atividades que visem estimular os usuários quanto à importância de uma



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

alimentação adequada e equilibrada; controle do peso e estímulo a atividades físicas; além de orientar o controle financeiro para melhorar o consumo de alimentos nutritivos. Nesse contexto são desenvolvidas atividades terapêuticas envolvendo diversas categorias profissionais utilizando a expressão corporal, memória, projeto de vida, culinária e horta, além de jogos educativos, dinâmicas de grupo, passeios terapêuticos e utilização de recursos áudio-visuais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** assim o nutricionista como membro da equipe multiprofissional, é um profissional com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e à atenção dietética dos dependentes químicos, atuando na promoção, manutenção e recuperação da saúde e prevenção de doenças de indivíduos ou grupos populacionais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, pautado em princípios éticos, com reflexões sobre a realidade econômica, política, social e cultural. É de grande importância a realização continuada do profissional nutricionista para avaliar o consumo alimentar e realizar a avaliação nutricional nos serviços prestados pelos CAPS ad, pois podem servir de estratégia para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (COZER & GOUVÊA, 2010). O desenvolvimento de ações e efeitos terapêuticos capazes de facilitar a construção de uma pessoa ou grupo é atribuição de qualquer profissional de saúde e o nutricionista pode intermediar as relações e favorecer melhor interação dos sujeitos em seus diferentes contextos.

REFERÊNCIAS:

BALDISSERA, L.; RECH, F.R.F.; TEO, C. R. P.A. **Segurança alimentar e nutricional de dependentes químicos institucionalizados: um estudo de caso.** Disponível em <http://www.unochapeco.edu.br/static/files/trabalhosanais/Ensino/Sa%C3%BAde%20%20Banner/Francielle%20Rodrigues%20da%20Fonseca%20Rech.pdf>.> Acesso em 25 de abril de 2011.

COZER, M., GOUVÊA, L. Assessment of nutritional status and food habits of adolescents attending centers for psychosocial care for alcohol and drugs in western Paraná, Brazil. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.**; vol 4, n.1, p. 145-54, 2010;



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

OLIVEIRA, E.R.N.; MARIN, I.C.; FERRUZZI, L.; TENÓRIO, M.F.S.; TRINDADE, E. Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de dependentes químicos. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama**, v. 9, n.2, p.91-96, mai./ago, 2005.

“TERRITÓRIO: ESPAÇO DE RESSIGNIFICAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO SUJEITO”

Silva, Andresa Tabosa Pereira da¹; Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de²; Silva, Amanda Tabosa Pereira da³; Gomes, Pedro Araújo⁴, Pires, Débora Louise Lima de Moraes⁵

(1) Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMSF/UFPE); (2) UFPE, professora do departamento de enfermagem; (3) Graduanda de enfermagem da UFPE; (4) Terapeuta ocupacional residente do PREMSF/UFPE; (5) Educadora física residente do PREMSF/UFPE

E-mail: andresatabosa@hotmail.com

O território constitui um espaço complexo e dinâmico em permanente transformação, podendo ou não oferecer condições favoráveis a moradia. Neste estudo, o território de uma Unidade de Saúde da Família (USF), pertencente ao distrito sanitário V, na cidade do Recife, apresentou expansão de forma não planejada. Para se conhecer a influência do território no processo saúde-doença é importante a percepção do mesmo como agente determinante e condicionante da saúde. Concretamente, pela oferta de trabalho e renda, equipamentos de lazer e cultura, serviços de saúde, redes comunitárias, dentre outros, podendo funcionar como agente promotor da saúde ou favorecedor de agravos e doenças. Já subjetivamente, destaca-se a criação de rede de sociabilidade, a busca de concretizar sonhos e desejos da moradia própria, que remete ao sentimento de pertencimento, pois a partir de sua inserção no território continua a luta de se manter



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

no local em questão, conseqüentemente fornecendo subsídios para a organização do espaço, por meio de associações ativa, manifestação em grupo de moradores, dentre outros. A estratégia utilizada, neste caso, para a caracterização do território é a epidemiologia descritiva. Objetivou-se analisar a influência do território na saúde da comunidade. O relato de experiência foi desenvolvido em dois momentos, a primeira etapa consistiu no levantamento de dados, direcionados ao diagnóstico de área, presente nos seguintes bancos de dados, Sistema de Atenção da Atenção Básica (SIAB), fichas A, Sala de espera, Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e prontuários. Posteriormente, a consolidação destes dados com a decodificação das informações. Desta forma, caracterizou-se a população, a relação entre os sujeitos e a relação destes com o território. A territorialização foi a primeira etapa de trabalho desenvolvida na residência multiprofissional em saúde da família da UFPE, no período de setembro de 2010 a março de 2011. Quanto ao resultado e discussão, percebe-se a influência que o território exerce no processo de saúde-doença, nos aspectos relacionados ao indivíduo, ao espaço e ao tempo, segundo a epidemiologia descritiva. No tocante ao indivíduo, observou-se que há predominância da faixa etária de adultos jovens, porém com expressiva tendência ao envelhecimento populacional, tendo no primeiro caso, um grupo potencialmente predisposto ao envolvimento com violência e acidentes; já no segundo, observa-se uma prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis na comunidade, como a hipertensão, a diabetes, acamados por seqüela de acidentes vascular encefálico. Outro ponto marcante do diagnóstico de área foi o risco que a cultura de buscar benzedadeiras pode trazer aos comunitários, visto que em alguns casos, elas prestam orientações de possíveis chás terapêuticos, além de algumas vezes serem as únicas fontes consultadas em momentos de doença, não sendo orientados quanto à procura complementar dos serviços de saúde. Observado sua influência sobre os comunitários, acredita-se que tal prática pode ser trabalhada em conjunto com a USF e profissionais aptos a fornecerem orientações visando a padronização e adequação do uso das plantas com finalidade



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

terapêutica, quanto a indicação clínica, higienização, armazenamento e dose adequada para cada pessoa. Destaca-se ainda, mudança do padrão do arranjo familiar tradicional, como das nucleares, para as formas uniparentais, os sem família e as famílias alargadas, sendo este último, cenários de possíveis conflitos interparentais, com repercussões psicológicas, conflitos de geração, de distribuição de renda, de cultura, devendo ter esta dinâmica familiar acompanhada pela equipe de saúde. Ressalta-se que os níveis de escolaridade prevalentes na comunidade não são qualificados no que diz respeito a funcionalidade, refletindo em uma dificuldade na decodificação das informações prestadas pela equipe de saúde, desta forma, não sendo indutora da transformação do meio em que ele vive. Por conseguinte, acarreta a precariedade dos vínculos empregatícios, visto a quantidade de pessoas que referem nunca ter trabalhado fora de casa, estar desempregados e baixos níveis de trabalho formal. Percebe-se uma distorção da quantidade de aposentados e pensionistas diante do número de idosos, além do processo de envelhecimento da população em questão, sendo quase insignificante em termos percentuais. No que concerne as características relacionadas ao espaço, encontra-se a precarização do saneamento básico e de abastecimento de água em múltiplos pontos das micro-áreas, além de presença de áreas de alagamento, com proliferação de muriçocas. Este cenário converge para a prevalência de doenças negligenciadas como as verminoses. Portanto, a interação múltipla destes fatores predispõe os indivíduos ao pertencimento de um ciclo vicioso, no qual, a pobreza leva a família a não dispor de alimentos, o que pode comprometer o desempenho físico e intelectual, o que talvez justifique serem de classes que geralmente são de baixa escolaridade e vínculos empregatícios frágeis. Por não possuírem condições sanitárias adequadas e favoráveis, expõem-se a contaminação por verminoses o que agrava ainda mais a desnutrição e o desenvolvimento, principalmente das crianças. Desta forma, podendo perdurar este ciclo, excludente, perpassando de geração a geração pela não mobilização social, baixas perspectivas de vida e de trabalho. No que diz respeito aos aspectos relacionados ao tempo encontrou-



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

se, decorrente das condições ambientais, baixos registros de casos de dengue, esquistossomose, porém a leptospirose e a hepatite A não apresentaram registro, mas todas são agravos notificáveis, comuns ao ambiente supracitado, o que sugere subnotificações de casos talvez por deficiência da busca ativa ou pelo fato dos usuários ter chegado por outras portas de entrada, que não a prioritária da atenção básica, a estratégia de saúde da família. Contudo, a cobertura vacinal se deu de forma esperada nas crianças menores de dois anos, grupo prioritário, presente no SIAB. Neste grupo, apresentaram-se casos de diarreia, possivelmente relacionados às questões precárias de higienização de alimentos e cuidados com a água, além de casos de infecção respiratória aguda, relacionada à época do ano. Desta forma, cabendo aos profissionais as orientações necessárias, uma vez que são doenças passíveis de prevenção ou de controle. Observou-se a captação precoce das gestantes para acompanhamento do pré-natal regular. Conclui-se que a territorialização, também chamada de diagnóstico de área, permite a equipe de saúde caracterizar a área adscrita a USF com a principal finalidade de direcionar as ações de saúde, na construção do planejamento estratégico. Além de guiar o projeto terapêutico comunitário, realizar a busca ativa e estimular a sensibilidade dos profissionais para a identificação e compreensão das causas motivadoras da demanda explícita, esclarecendo qual seria o macro determinante da condição de saúde desta população.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Vol. 4 - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. Epidemiologia & Saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003, 708p.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UM CURSO DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL”

Dantas, Renata Moura Xavier¹; Azevedo, Roberto Almeida de².

(1) UFBA, Aluna do Curso de Especialização em Cirurgia Bucomaxilofacial do HSA-OSID – UFBA; (2) UFBA, Professor Doutor Adjunto de Cirurgia da Faculdade de Odontologia da UFBA, Coordenador da Residência em CTBMF, HSA-OSID – UFBA.

A Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial é a especialidade da Odontologia que visa o diagnóstico e o tratamento das doenças, traumatismos, lesões e anomalias crânio-faciais. O fato de Salvador ser uma capital praiana e de grande porte, transpareceu a demanda importante para esta especialidade, motivando a criação do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) do Hospital Santo Antonio das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID). Em 2001 este projeto foi concretizado em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), do Hospital Geral do Estado (HGE), e da Escola Estadual de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Consolidado na efetividade do atendimento a pacientes com necessidades cirúrgico-odontológicas, e com uma produção científica intimamente vinculada à aplicação dos conhecimentos na prática odontológica, este curso mostra-se completo na formação de futuros cirurgiões bucomaxilofaciais, conscientes de sua



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

função de promotores de saúde. Inicialmente o projeto previa a entrada de dois residentes por ano e uma carga horária de 7.920 horas, que corresponde a 60 horas semanais, em um regime de dedicação exclusiva, com duração de três anos. Reconhecido pelo Conselho Federal de Odontologia e pelo Colégio Brasileiro de CTBMF, este se diferencia por conseguir integrar plantões no HGE, atendimentos ambulatoriais na Faculdade de Odontologia da UFBA e OSID, centro cirúrgico no OSID e Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, e ainda as mais diversas atividades e produções científicas nos periódicos de impacto e congressos científicos da área. Nesses 10 anos de experiência o curso conquistou um renomado grau de competência e respeito pela classe, tornando-se referência no estado e demais regiões do Nordeste Brasileiro, com candidatos à residência de várias partes do país. Pioneiro no estado bahiano, encontra-se presente em três hospitais da capital, atuando assim no Serviço de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HGE, hospital que tem abrangência regional e garante um amplo volume de atendimento em traumatologia, bem como o contato indispensável com as situações de urgência e emergência, próprias de um Pronto Socorro, além do relacionamento com as mais diversas especialidades médicas. Ainda trabalha no Hospital Universitário e no Hospital Santo Antônio realizando cirurgias eletivas e atendimentos ambulatoriais. Modelo de residência renomada foi promovida para o interior do estado, servindo de perfil para a implantação do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital do Oeste, na cidade de Barreiras. Forma um total de seis especialistas anuais e se destaca pelo número de atendimentos e pela abrangência e diversidade dos tratamentos realizados como: cirurgia bucal, trauma facial, patologia, implante, cirurgia ortognática, ATM, pacientes fissurados, pacientes especiais e sindrômicos, e ainda conta com um rodízio de especialidades médicas com a cirurgia geral, plástica, cabeça e pescoço, anestesia e o Instituto Médico Legal. Ao longo dos três anos, o residente desenvolve atividades em plantões no hospital de referência em trauma do estado, o HGE; acompanha pacientes nas enfermarias; diagnostica, planeja e faz os preparos pré-operatórios de todos os pacientes; monitora curso de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

aperfeiçoamento em cirurgia oral menor; instrumenta, auxilia e realiza cirurgias a nível ambulatorial e de centro cirúrgico, sob a supervisão de um preceptor; compartilha de estágios em áreas médicas afins; participa de eventos científicos, prepara seminários, escreve artigos científicos e são submetidos a debates e avaliações periódicas. O serviço oferece também o internato em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, onde os residentes têm a oportunidade de vivenciar e discutir com acadêmicos e profissionais o interesse no aprendizado e experiência na área de emergência no trauma. Este projeto tem se revestido de grande valor social, visto que através dele têm sido proporcionados a muitos pacientes o restabelecimento da saúde bucal através de intervenções cirúrgicas especializadas. Esta importância dar-se pela promoção de saúde a pacientes com alterações patológicas, a redução do desconforto de pacientes com sintomatologia dolorosa relacionada a fraturas ósseas, dentes inclusos e infecções na região bucomaxilofacial, o atendimento de qualidade a pacientes especiais e sócio-economicamente desfavorecidas, diagnóstico de alterações malignas seguido de encaminhamento para tratamento em centros especializados, o restabelecimento da função e estética facial, e ainda da auto-estima do paciente são alguns dos benefícios sociais promovidos. O objetivo do presente trabalho é relatar a importância e a experiência do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital Santo Antônio - OSID/ HGE/ UFBA no Sistema Único de Saúde, através de um breve histórico da formação do curso, informando o número de cirurgias e atendimentos realizados anualmente pelos residentes, e principalmente enfatizar a filosofia implantada de disciplina, espírito de equipe e busca incessante pela qualidade.

Referências:

BEZERRA, M. F. **Estudo epidemiológico dos pacientes hospitalizados e atendidos pelo Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital São Lucas, Porto Alegre, 2000 a 2005.** 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto alegre



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

SPENCER, A. J.; BRENNAN, D. S.; SZUSTER, E. S. P.; GOSS, A. N. Service-mix of oral and maxillofacial surgeons in Australia and New Zealand. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v.22, p.310-313.1993.

SZUSTER, F. S. P.; NASTRI, A. L.; GOSS, A. N.; SPENCER, A. J. Survey of Australian and New Zealand Oral and Maxillofacial Surgery trainees and recent specialists-education and experience. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* v.29, p. 305-308. 2000.

“EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”

OLIVEIRA, Danielle Samara Tavares de¹; FONSÊCA, Flávia Pessoa de Belmont²; CARVALHO, Mariana Albernaz Pinheiro de³; FERNANDES, Raquel Karoline Barrêto⁴; ARAÚJO, Maria Gildete de Freitas⁵.

(1) UFPB, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW)

(2) UFPB, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW)

(3) UFPB, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW)

(4) UFPB, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH/HULW)

(5) UFPB, Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW)

INTRODUÇÃO: A Educação Permanente em Saúde é uma atividade educativa de caráter contínuo cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho. É direcionada para a prática educativa que se orienta para o cotidiano dos serviços,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

assegurando a participação multiprofissional e interdisciplinar, de modo a favorecer a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências. Nesse sentido em 2003 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que o processo de educação permanente em saúde e no campo da enfermagem busca o resgate da autonomia profissional, consistindo em uma estratégia de valorização do processo de trabalho. **OBJETIVO:** Nessa perspectiva este estudo teve como objetivo relatar a experiência de residentes multiprofissionais enquanto colaboradoras do projeto de extensão “Repensando o cuidado integral na Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW): proposta de atualização permanente”. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir da vivência de residentes multiprofissionais como facilitadoras de um processo de construção coletiva orientado pela identificação dos principais problemas evidenciados no cotidiano da clínica pediátrica no período compreendido entre maio e junho de 2011. Para tanto, utilizou-se uma abordagem problematizadora com exposição de casos clínicos e correlação teórico-prática, através de aulas expositivas e demonstrações de procedimentos oportunizando a troca de experiências. O público alvo foi composto por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo ao todo trinta e três profissionais. As aulas aconteceram nas dependências do HULW. Foi utilizado como recursos materiais, *datashow*, materiais didáticos construídos pelas residentes, instrumento para avaliação das aulas pelos participantes, além disso, materiais médico-hospitalares, esses foram selecionados de acordo com a temática abordada. Cabe destacar que o projeto de educação permanente supracitado objetiva à realização de estratégias através de modalidades como cursos, oficinas e eventos que envolvam a clínica pediátrica com o intuito de repensar o processo de trabalho, produzir cuidado integral, interação ensino-serviço e a busca pela reorientação da formação profissional **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** O desenvolvimento das aulas teórico-práticas, aconteceu durante o



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

rodízio das residentes na clínica pediátrica (sendo três enfermeiras, uma nutricionista, uma farmacêutica, uma assistente social e fisioterapeuta) pertencentes a ênfase de atenção ao Paciente Crítico, onde pode-se evidenciar algumas fragilidades nesse cenário de prática em relação a assistência de enfermagem, entre os quais podemos incluir um déficit nas ações de educação permanente refletindo na baixa atualização profissional e o tempo de formação dos profissionais, sendo alguns desses, funcionários do setor desde a origem do hospital. Diante disso, foi construído e levantado as necessidades dos profissionais em parceria com a chefe de enfermagem da clínica, em consonância com o projeto de extensão desenvolvido para a clínica. Assim, foi realizada uma proposta de cronograma e temas pertinentes a atualização prática dos sujeitos envolvidos, de forma que as aulas fossem executadas no momento do plantão, para facilitar a adesão dos funcionários. Nesse contexto, as aulas que continham maior necessidade foram: oxigenoterapia, oximetria, aspiração de vias aéreas, nutrição parenteral e enteral, princípios de farmacologia, cuidados de enfermagem na administração de medicamentos, manuseio de bombas de infusão e bomba de seringa, prontuário do paciente, direitos e deveres do paciente e alojamento conjunto pediátrico. Foram utilizadas estudos de caso, para problematizar e contextualizar as temáticas. Os profissionais puderam refletir acerca de sua atuação naquele cenário de prática, e correlacionar com o que a literatura diz ser correto e científico. A exposição e ênfase nas condutas e práticas, além de sugestões para protocolo de ações foram propostas pelos residentes frente aos problemas evidenciados e também através do diálogo com os profissionais. Ao final das aulas, os profissionais respondiam ao instrumento de avaliação das aulas que contemplava a exposição do assunto, bem como materiais utilizados e espaço físico. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao longo do processo, pôde-se perceber a relevância da estratégia de educação permanente como instrumento de reciclagem e reflexão da prática de enfermagem, contribuindo como um dispositivo propulsor de mudanças ao favorecer o poder de decisão fundamentado em pressupostos científicos, garantindo maior



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

autonomia profissional e uma melhor assistência em saúde. Podemos também inferir nesse contexto, a satisfação dos profissionais em se atualizar com relação as temáticas abordadas, e foi possível evidenciar também que a avaliação geral realizada pelos sujeitos participantes foi positiva, ao passo que contribuiu para a conscientização e esclarecimentos sobre condutas e procedimentos que os mesmos executavam no seu cotidiano na clínica pediátrica, contribuindo para a tomada de decisões baseadas na ciência, descartando o lado intuitivo ainda frequente na prática de alguns profissionais.

CONCLUSÃO: Conclui-se que tal estratégia se torna imperativa no âmbito e cenário desenvolvido, pois os profissionais envolvidos demonstraram interesse, participaram mutuamente do processo, como sujeitos ativos, esboçaram verbalmente a satisfação em poder está se capacitando e se atualizando, para que conseqüentemente haja melhoria na qualidade da assistência prestada. Espera-se que a partir dessa experiência exitosa, esse projeto possa se expandir para outros setores do Hospital Universitário Lauro Wanderley, ocorrendo dessa forma um *feedback* positivo entre ensino-serviço e conseqüentemente melhoria da assistência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. G. F.; COUTINHO, S.. Repensando o cuidado integral na Pediatria do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW): proposta de atualização permanente. Projeto de Extensão (PROBEX-UFPB), 2011.

MANGIA, E. F. Política nacional de educação permanente em saúde: desafios e perspectivas. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** (online). v.18, n.3, pp 1-11, 2007.

SILVA, L. A. A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online).v.31, n.3, pp. 557-561, 2010.

“O PET-SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA DE ORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DA LINHA PROMOÇÃO DA SAÚDE”



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

**Martiniano, Cláudia Santos¹; Sampaio, Juliana²; Magalhães, Fernanda Carla¹;
Souza, Fernanda Ferreira¹; Marcolino, Emanuella de Castro¹**

(1) Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem.

(2) Universidade Federal de Campina Grande. Departamento de Psicologia.

Introdução – Resultado da parceria entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), desde 2010 vem propondo aos graduandos das diversas áreas de saúde do ensino superior, o desenvolvimento de atividades extracurriculares que contemplem a articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Para o alcance desse propósito, o programa prevê a formação de grupos de acadêmicos de 30 alunos (dos quais 12 bolsistas) orientados por um professor tutor e seis preceptores, profissionais do serviço de saúde, com vistas a reorientação da formação em nível de graduação em saúde, assim como a reorganização das práticas nas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município, visando o cuidado integral e humanizado no âmbito da Atenção Básica. Em Campina Grande, o programa PET-Saúde da Família, vigência 2010-2011, possibilitou, ainda, a parceria entre a Universidade Federal de Campina Grande, a Universidade Estadual da Paraíba e a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande com a proposta de criar e fortalecer articulações interinstitucionais que contribuam para a qualificação da rede de atenção e da formação seja na graduação ao em serviço, a partir da operacionalização de processos de educação permanente junto as ESF. Considerando esse objetivo, foram aprovadas, inicialmente, cinco grupos PET, os quais se ocuparam da: Atenção Integral à Saúde da Criança. Atenção Integral à Saúde da Mulher, Atenção Integral à Saúde do Homem, Atenção Integral à Saúde Mental e Promoção da Saúde. O bom desenvolvimento das ações desses grupos, viabilizou em abril de 2011 a ampliação do programa em mais um grupo PET que passa a atuar na Atenção Integral à Saúde da pessoa Idosa. Este relato estará centrado na linha de pesquisa Promoção



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

da Saúde tendo em vista que a experiência das autoras deu-se nesse grupo específico. **Dessa forma**, Sicolli e Nascimento (2003), defendem que a promoção da saúde não deve se restringir ao entendimento da saúde como simplesmente ausência de doença, mas a capacidade daquela em atuar sobre os determinantes que definem as condições de vida da população através de ações intersetoriais e, conseqüentemente, perpassando a prestação de serviços clínico assistenciais. Assim, o PET – grupo Promoção da Saúde propõe aos acadêmicos a oportunidade de apreender e vivenciar ações que contribuam para uma formação mais consciente e o estímulo ao rompimento das práticas tradicionais de cuidado. **Relato da Experiência** – A vivência dos graduandos no PET – Saúde da Família, linha de atuação, Promoção da Saúde, deu-se a partir de Abril de 2010, tendo como campo de ação a Unidade Básica de Saúde da Família Malvinas I, Equipes I e II. Foram pactuados, para essa linha estratégica, os seguintes objetivos: a) identificação dos fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; b) ampliação da autonomia e da co-responsabilidade de sujeitos e comunidade, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde, na promoção da qualidade de vida e na redução de vulnerabilidades e riscos à saúde; c) discussão acerca da adoção de modos de vida saudável como alternativa permanente de promoção da saúde; d) realização de ações específicas de promoção de saúde, segundo a necessidade local. De modo geral, tomando como meta, a realização de contribuições plausíveis para a atenção básica, tais como: a) valorização e otimização do uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; b) o reforço da ação comunitária e do controle social, estimulando e fortalecendo o protagonismo dos cidadãos na busca e provisão de saúde e qualidade de vida; c) ampliação e consolidação dos processos de integração comunitária na promoção da saúde, baseados na cooperação, solidariedade e participação democrática. Assim, a experiência do petiano tem-se dado no território, por meio de visitas domiciliares, palestras, oficinas favorecendo a aproximação do graduando com a Estratégia de Saúde da Família, o que torna possível



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

uma maior apropriação do estudante acerca do campo de atuação dos profissionais que integram essa estratégia e das dificuldades enfrentadas pela atenção básica. Como também, com o próprio grupo, o que tem proporcionado a possibilidade do estudante conhecer e vivenciar o trabalho em equipe, compreendendo o dinamismo e a importância da interdisciplinaridade para o trabalho em saúde. **Resultados e Discussão** – Falar sobre Promoção da Saúde implica pensar acerca do próprio conceito de saúde, refletindo sobre o que seria qualidade de vida e o que seria um indivíduo saudável. Dessa forma, entende-se que Promoção da Saúde significa uma estratégia de produção de saúde, na qual, por meio da co-responsabilização, consegue-se operar as políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, visando responder e minimizar as necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2006). Nesse sentido, o PET Promoção da Saúde tem contribuído para uma mudança na formação acadêmica, uma vez que auxilia na transformação de um fazer pedagógico, prioritariamente, tecnicista e pautado na cura e na medicalização. Sabe-se que a tendência atual do modelo de saúde é a evolução do paradigma hospitalocêntrico, em que se tinha a valorização do profissional médico e a doença era o centro da atenção, para um modelo coletivo de saúde, no qual o trabalho interdisciplinar é imperativo e o foco é a coletividade. Assim, essa mudança de paradigma exige do graduando novas formas de pensar a saúde, bem como as práticas de cuidados. Para tal, ainda considerando a proposta de Promoção da Saúde, a qual se constitui como uma estratégia de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que exige a co-responsabilização de todos, objetivando a proteção e o cuidado à vida (BRASIL, 2006), pode-se perceber que o PET- Promoção da Saúde tem permitido ao aluno a produção de novos conhecimentos e a apropriação de novos conceitos. Além disso, possibilita a aplicação, na prática, desses novos conhecimentos a partir de uma perspectiva pedagógica baseada na reflexão das ações e na prática profissional. Logo, contempla as principais falhas da formação em saúde encontradas em estudos atuais, que seriam: a abordagem do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral (MARDSEN, 2009), oportunizando, já na formação, o contato com novos paradigmas de saúde. Dessa forma, o PET- Promoção da Saúde tem se tornado cooperador para uma formação de futuros trabalhadores de saúde com o diferencial de entender melhor a proposta do SUS e, conseqüentemente, desenvolverem suas ações tendo em vista o fortalecimento desse sistema. **Conclusão-** De acordo com Salviato et al (2003) a articulação entre ensino e instituições prestadoras de serviços de saúde possibilita ao aluno adequar a formação que obteve na universidade à realidade do serviço além de participar da melhoria da assistência à saúde, objetivando mudar a realidade vivenciada. Logo, o incentivo de programas como esse torna-se indispensável para a reorganização do sistema de saúde, uma vez que o estudante de hoje deve ser reconhecido como aquele que tem potencial para mudança da realidade onde um dia fará parte como profissional.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília/DF, 2006a.

MARDSEN, Melissa. **A indissociabilidade entre teoria e prática: experiências de ensino na formação de profissionais de saúde nos níveis superior e médio**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2009.

SALVIATO, et al . **A Extensão como proposta de integração ensino-serviço em saúde coletiva**. Seminário Nacional: estado e políticas sociais no Brasil. Cascavel, PR, 2003.

“REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DA COMPETÊNCIA POLÍTICA NA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM À LUZ DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS”



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Brandão, Isabel Cristina Araújo¹; Martiniano, Marcia Santos²; Silva, Arthur Felipe Rodrigues³; Alves, Débora Larissa Rufino⁴; Moura, Evelin Firmino de⁵; Magalhães, Isabella Medeiros de Oliveira⁶

(1) UFRN, Departamento de Enfermagem; (2) PMCG, Secretaria Municipal de Educação; (3) UEPB, Departamento de Enfermagem; (4) UEPB, Departamento de Enfermagem; (5) UEPB, Departamento de Enfermagem; (6) UEPB, Departamento de Enfermagem.

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem servem como um guia para a construção, avaliação e consolidação dos seus projetos pedagógicos nas Instituições de Ensino Superior do país. Nelas estão contidas as normas e requisitos necessários para a formação de profissionais com o perfil adequado para atuação na área da saúde. As diretrizes asseguram ao discente o desenvolvimento intelectual e profissional, de modo a formar indivíduos autônomos, em permanente processo de ensino/aprendizado, a fim de se tornarem aptos a educar cidadãos e participar ativamente na construção de uma nova sociedade. Dentro dessa perspectiva são utilizadas metodologias que estimulam o lado crítico do aluno, para que o mesmo compreenda a realidade em que está inserido e quais mudanças e adaptações serão necessárias para realizar uma assistência efetiva. Entretanto, não é raro encontrar cursos universitários que não deixam explicitados o projeto de formação ao qual os alunos são submetidos (MÜLLER, 2002), embora contate-se a necessidade de tê-los, tornando-os objeto de conhecimento de todos os atores que fazem o dia-a-dia do processo de formação e que, portanto, têm compromisso com o seu constante repensar. O perfil profissional dos enfermeiros está sendo formado na graduação, portanto este é o momento de incentivá-los a pensar de forma crítica e reflexiva, buscando conhecer os seus deveres e direitos para que possam atuar assegurados por



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

princípios éticos, morais e legais, valorizando dessa maneira o *lócus* de ação da categoria. Observa-se que durante a graduação poucas são as vezes em que os alunos são estimulados a agir criticamente no intuito de contribuir para uma transformação no âmbito profissional, sendo os mesmos apenas alertados de que encontrarão uma realidade diferente da estudada em sala de aula, espaço destinado a busca da excelência. Nesse sentido, o processo educativo carece de uma atitude transformadora, que vise superar o modelo de ensino tradicional, vertical, acrítico, impositivo e mecanicista, o qual se preocupa unicamente com a transmissão de conhecimento e ignora as singularidade/subjetividades de cada indivíduo (SARLO; BRÉTAS, 2007). Emerge, pois, a importância de os estudantes, participarem também dos movimentos estudantis. Nesse ambiente, fazer política implica reivindicar direitos e cumprir deveres para uma prática profissional coerente, eficiente e ética, ampliando o conhecimento dos próprios profissionais sobre cidadania, atitude e senso-crítico, o que interferirá no cuidado aos usuários do sistema, pois a análise do estado de saúde da população pelos graduandos de enfermagem os incentivará a buscar melhores condições de saúde para toda sociedade (SCOCHI; BRUSSOLO; CICCONI, 1982). Nesse contexto torna-se imprescindível saber em que contexto social o graduando está inserido para que assim o mesmo possa realizar mudanças na sua prática diária com a intenção de promover rupturas com o modelo vigente, uma vez que ao que parece, a formação está voltada para a mão-de-obra especializada, dentro um cenário medicalocêntrico, o que conseqüentemente limita o desenvolvimento da consciência crítica do futuro profissional. **Objetivos:** Identificar, entre as atribuições e habilidades descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem, as competências políticas que devem ser desenvolvidas no graduando em enfermagem e correlacioná-las com a prática. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de base documental, cujo documento analisado foi a Resolução CNE/CES Nº 3, de 07 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. A amostra foi selecionada a partir da leitura e



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

categorização das competências e habilidades de caráter político presentes no texto. Em seguida, o material foi analisado segundo a vivência dos autores na graduação de enfermagem. Nas Diretrizes Curriculares para Enfermagem, identificou-se o caráter político nas seguintes competências e habilidades: estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como 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; reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde; reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde, esta última habilidade específica é reflexão primordial, a qual nós nos encontramos no estado de carência sobre este contexto. **Considerações Finais:** As instituições de ensino superior privilegiam a formação de enfermeiros tecnicistas, voltada para uma assistência hospitalocêntrica. É imprescindível que os docentes incentivem o desenvolvimento crítico-reflexivo dos alunos e disponibilizem aporte teórico e troca de vivências de modo a articular os saberes, tão necessários para que os futuros profissionais possam intervir, através da profissão, na sociedade, comprometendo-se em transformá-la; não formando profissionais que se adequem a situação precária de trabalho. É preciso formar enfermeiros transformadores e defensores da enfermagem e da sociedade como um todo. Mas este dever não é privativo dos docentes, pois os alunos necessitam estar engajados nos processos mudanças, as quais podem começar a ocorrer ainda dentro da academia, através de projetos de pesquisa e extensão, criação de novas tecnologias



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

para a enfermagem, e a consolidação de um processo de trabalho eficiente a acima de tudo valorizado através da ação. **Referências:** MÜLLER, Alessandra Regina. **Reflexão crítica acerca do sistema único de saúde - sus na formação profissional: ponto de vista de acadêmicos de Enfermagem.** Florianópolis, 2002. SARLO, Roberta Soares; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. A participação política de graduandos (as) de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem. Online brazilian journal of nursing (Online)** / Nursing Activities Group (Universidade Federal Fluminense. School of Nursing). Vol.1, no.1; Niterói; 2002. SCOCHI, Maria José; BRUSSOLO, Denise Cristina; CICONI, Sílvia Renata. Saúde para todos: o elo existente entre saúde e política sócio-econômica. **Revista brasileira de enfermagem** / Associação Brasileira de Enfermagem. Vol.8; Brasília; 1955.

“SERVIÇO SOCIAL NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL DO HUOL: UMA INSERÇÃO EM CONSTRUÇÃO”

Eleutério, Adriana Paula da Silva¹; Nascimento, Francislaine Silva².

(1) UFRN, Hospital Universitário Onofre Lopes/Divisão de Serviço Social, Mestre em Serviço Social pela UFPE, Alameda dos Eucaliptos, 515, Neópolis, CEP: 59.080.445, Natal/RN, (084) 3217-2381/8838-2381, adrianaeleuterio@bol.com.br; (2) UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde/Hospital Universitário Onofre Lopes/Divisão de Serviço Social, Graduada em Serviço Social pela UFRN, Residente na área de Serviço Social da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUOL, Av. Doutor José Francisco da Silva, 698, Panatis II, Nata/RN, (084) 3614-6731/8748-8885, flainesilva@hotmail.com

“[...] a equipe condensa uma unidade de diversidades”
(IAMAMOTO, 2002, p.41).



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

O Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) por ser uma Instituição vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) se caracteriza como um Hospital Escola cuja finalidade é o ensino, pesquisa e extensão, destacando-se para o Sistema Único de Saúde (SUS) como Hospital de alta complexidade. Inserido na rede de saúde pública do Estado do Rio Grande do Norte (RN) tem por base as determinações da política de saúde nesse Estado, e segue a mesma orientação da política a nível nacional, com algumas especificidades conforme a articulação de forças políticas, planejamento, orçamento, controle social e gestão (ELEUTÉRIO; SOARES, 2007). A Instituição oferece serviços de clínicas médicas e cirúrgicas, exames laboratoriais e de imagem, procedimentos de hemodinâmica, e internações para tratamento clínico e/ou cirúrgico, os quais vão desde procedimentos mais simples, encontrados nas unidades básicas de saúde, como clínica geral, aos de maior complexidade, como neurocirurgia, cirurgia bariátrica e transplante renal. Relevante tem sido o papel exercido pelo Hospital junto aos usuários do SUS no Estado do RN, o qual se fundamenta no tripé ensino através da formação acadêmica de futuros profissionais e de profissionais na área da saúde, pesquisa com a produção de novos conhecimentos e aperfeiçoamento de pesquisas em andamento, e extensão via assistência à saúde do usuário por meio de diversos serviços, procedimentos e tratamentos nos diferentes agravos à saúde. Considerando a importância do HUOL para a saúde pública do Estado, a Instituição iniciou em 2010 o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUOL, área de concentração Terapia Intensiva Adulto/Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com as profissões de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição e em 2011 o Serviço Social se juntou a essas profissões. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUOL no âmbito do Serviço Social se desenvolve vinculado a Divisão de Serviço Social composta, atualmente, por (08) oito Assistentes Sociais que em suas intervenções profissionais realiza assistência aos usuários internos e externos (demandas espontâneas e Programas do HUOL – Transplante



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Renal; Serviço de Cirurgia da Obesidade e Doenças Relacionadas (SCODE); Unidade de Tratamento do Alcoolismo e outras Dependências (UTAD); Programa de Educação e Controle da Diabetes) –, buscando contribuir para uma assistência à saúde de qualidade e humanizada. Contribuir para o processo de formação dos profissionais e possibilitar a construção de uma nova forma de intervenção profissional tem motivado a inserção do Serviço Social na Residência Integrada Multiprofissional do Hospital, no município de Natal/RN. Assim, o presente trabalho teve como objetivo analisar a inserção do Serviço Social na Residência, no sentido de refletir esse novo formato de intervenção das profissões na área da saúde, a fim de que o processo de trabalho em equipe tenha como preceito a consolidação do SUS. Objetivou, ainda, apreender a relevância da intervenção do Serviço Social inserido na equipe multiprofissional, visando o fortalecimento do processo de trabalho em saúde e a integralidade das ações, bem como compreender a atuação multiprofissional como um dos fatores que possa contribuir para a materialização de uma assistência de qualidade aos usuários. O trabalho em foco teve como metodologia pesquisa a fontes bibliográficas que abordam a temática, relato de experiência através da intervenção profissional realizada na Instituição, bem como a observação participante no período de fevereiro a primeira quinzena de junho de 2011. O relato de experiência contemplou as intervenções realizadas junto a usuários adultos e idosos, familiares e/ou responsáveis e profissionais que se encontravam nas enfermarias do Hospital, pois, embora, a UTI configure-se como a área de concentração da Residência, no primeiro ano, os residentes desenvolvem grande parte das suas atividades nas enfermarias. “A metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO, 2000, p.16). Isso aponta que a teoria e prática têm uma relação intrínseca, na qual a teoria fundamenta a prática e vice-versa, sendo uma essencial a outra. Nesse processo, o profissional de Serviço Social se insere no contexto da equipe da Residência do HUOL, objetivando atuar junto aos diferentes profissionais e suas



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

especificidades, na perspectiva de prestar uma assistência ao usuário, contemplando as suas múltiplas necessidades, e reconhecendo-o como sujeito de direitos. O trabalho realizado pela equipe multiprofissional vem se desenvolvendo no âmbito do HUOL por meio de diferentes ações, dentre as quais, o rodízio realizado pelos residentes em enfermarias específicas a cada mês. Essa intervenção vem se concretizando por meio de uma articulação dos profissionais e, especificamente, o Serviço Social, a partir da apropriação da situação do usuário, tem atuado com base nas demandas dos profissionais da Residência e de usuários, familiares e/ou responsáveis, realizando, dentre outras ações, orientações e encaminhamentos relativos à previdência, assistência, aos serviços de distribuição de medicamentos e próteses, visita de familiares, acompanhantes, alta hospitalar e óbito; e articulações a outras instituições para organizar a continuidade do tratamento instituído. O assistente social ao participar de trabalho em equipe na saúde utiliza-se de ângulos particulares de observação para interpretar as condições de saúde do usuário, assim como possui competência que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. Cada um desses profissionais, devido a sua formação, possui competências e habilidades diferentes para desempenhar suas ações (CONSELHO, 2010). A atuação conjunta dos residentes tem se fundamentado numa intervenção em que a situação de saúde do usuário é analisada conforme a particularidade da formação de cada profissional, mas de forma compartilhada, em que a ação de um profissional se articula a de outro. Isso vem proporcionando inúmeras contribuições ao possibilitar um maior esclarecimento para os usuários e diferentes profissionais quanto às atribuições e competências de cada profissional e a importância de uma intervenção em equipe. Observou-se, após o início das atividades dos residentes, que esses, mesmo quando desenvolvendo suas atividades em outros setores em que não há o acompanhamento integrado da equipe da Residência, captam as demandas inerentes ao Serviço Social e realizam os devidos encaminhamentos. Além disso, essa intervenção integrada acaba se refletindo nas ações específicas de cada profissional,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

uma vez que os cuidados em saúde dependem da intervenção de diferentes profissionais, demandando, assim, ações partilhadas, o que tem contribuído para acelerar o processo de recuperação, a redução do tempo de permanência e, conseqüentemente, a alta hospitalar. É possível compreender, portanto, a relevância da inserção do Serviço Social no contexto da equipe da Residência Integrada Multiprofissional no âmbito de um Hospital público voltado para assistência à saúde dos usuários do SUS, tendo em vista ser essa uma profissão que compreende a saúde não apenas como ausência de doença, mas sim como resultante da relação de diversos fatores, dentre os quais, condições de moradia dignas, acesso à renda e educação. Essa visão perpassa a observação e interpretação do profissional Assistente Social e está sendo socializada entre os profissionais, de modo que a intervenção da equipe de Residência está sendo realizada de forma mais qualificada no que concerne o direito à saúde. Além disso, a profissão reafirma a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme estabelece a Constituição Federal de 1988, e defende a disseminação de experiências que contribuam para a qualidade da assistência à saúde dos usuários do SUS e consolide a integralidade das ações e o acesso universal dos usuários. Compreende-se, ainda, a relevância das intervenções realizadas pela equipe multiprofissional da Residência, pois essas atividades têm contribuído no âmbito do HUOL para a apreensão das necessidades de saúde dos usuários em sua totalidade, considerando para além dos aspectos clínicos os sociais. Tem-se que a intervenção profissional realizada conforme a especificidade da formação do profissional tem se refletido nas intervenções da Residência ao se buscar um novo formato de abordagem da equipe ao usuário, familiares e/ou responsáveis e na agilidade da resolutividade das demandas postas, permitindo a integração dos saberes e ações dos diferentes profissionais. De modo que “[...] o trabalho coletivo não impõe a diluição de competências e atribuições profissionais. Ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas e o cultivo da identidade profissional, como condição de potencializar o trabalho conjunto” (IAMAMOTO, 2002, p.41). Portanto, o trabalho da equipe de Residência



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Integrada Multiprofissional do HUOL, apesar dos limites e obstáculos relacionados a um processo em construção, ao realizar ações compartilhadas pautadas nas particularidades dos diferentes saberes, competências e habilidades contribui para a inter-relação das profissões e o enriquecimento e reconhecimento do trabalho da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2010. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. p.44-52.

ELEUTÉRIO, Adriana P. da S.; SOARES, Joseneide C. ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO HUOL: limites e possibilidades na efetivação de direitos. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3., 2007, São Luís. **Anais**. Maranhão: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2007. v. 1.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social. **Em questão**. Brasília: CFESS, 2002. p.13-50.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 17. ed., Petrópolis: Vozes, 2000.

“SERVIÇO SOCIAL NO HUOL: OS DESAFIOS DA PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL”

Eleutério, Adriana Paula da Silva¹; Soares, Joseneide Costa².

(1) UFRN, Hospital Universitário Onofre Lopes / Divisão de Serviço Social

(2) UFRN, Hospital Universitário Onofre Lopes / Divisão de Serviço Social



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Enquanto Instituição vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) se fundamenta no tripé ensino, pesquisa e extensão, sendo considerado Hospital Escola e referência terciária para o Sistema Único de Saúde (SUS). Inclui-se no Sistema Integrado de Alta Complexidade (SIPAC). Fundamenta-se no sistema de referência e contra-referência do SUS, em que os usuários são referenciados para clínicas médicas e cirúrgicas, exames de imagem e procedimentos de hemodinâmica do Hospital, como também oferece serviços não referenciados de exames laboratoriais e atendimentos de profissionais qualificados como clínico geral, psicólogo, assistente social e nutricionista para responder às demandas dos usuários em relação ao agravo à saúde. Nesse sentido, a saúde deve ser considerada como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1987, p.382). Esse acesso ao Hospital se concretiza na realização dos diversos serviços oferecidos pelo HUOL que vão desde os mais simples aos mais complexos, os quais são, por exemplo, os transplantes renais, as neurocirurgias e as cirurgias bariátricas, acessados por usuários dos vários municípios do Estado do Rio Grande do Norte (RN) e de outros estados. Em decorrência do papel que assume no SUS, ao ser referência no Estado do RN em diversos serviços, o HUOL juntamente com a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), o Hospital de Pediatria Professor Heriberto Bezerra (HOSPED) e o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) que integram o Complexo Hospitalar e de Saúde (CHS) iniciaram em 2010 o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. O HUOL, localizado no município de Natal/RN, iniciou a Residência com as profissões de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição e em 2011 o Serviço Social se juntou as mencionadas profissões. O Serviço Social participa da Residência Integrada Multiprofissional do HUOL, área de concentração Terapia Intensiva Adulto, efetivando suas intervenções profissionais junto aos usuários internos e externos –



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

demandas espontâneas e Programas do HUOL –, familiares e/ou responsáveis e profissionais, no sentido de lhes prestar assistência e orientações quanto à política de saúde e demais políticas públicas. A importância da Residência para o enriquecimento da formação profissional tem levado as profissões a se inserirem nesse Programa, a fim de contribuir na articulação de uma intervenção multiprofissional qualificada. Dessa forma, “essa formação deve desenvolver habilidades que possibilite aos discentes compreender e atuar no âmbito do SUS a partir de uma visão de totalidade acerca da dinamicidade do referido sistema, o que torna necessário constituir-se em um processo de integração ensino/serviço, envolvendo os diversos níveis de atenção [...]” (HUOL, 2010, p.12). O presente trabalho, nessa perspectiva, tem por objetivo analisar os desafios na realização da preceptoria do Serviço Social na Residência Integrada Multiprofissional do HUOL, visando captar a contribuição que essa preceptoria pode dar a um novo formato de intervenção profissional em que o usuário e a equipe profissional possam entender a intervenção multiprofissional. O objetivo do trabalho também é apreender que contribuições a preceptoria do Serviço Social pode dar no fortalecimento do SUS, no processo de trabalho em equipe para que esse seja de qualidade e humanizada. A metodologia utilizada nesse trabalho se fundamenta na observação participante, nas orientações de eixo teórico e de prática a residente, e nas intervenções profissionais com a residente junto aos usuários internos e externos, familiares e/ou responsáveis e profissionais no período entre fevereiro e a primeira quinzena de junho de 2011. No contexto da Residência Integrada Multiprofissional do HUOL o Serviço Social se insere fundamentando a intervenção profissional da residente com orientações pertinentes as demandas postas pelos usuários internos e externos, familiares e/ou responsáveis e profissionais “explicando” o que respalda as respostas dadas em relação às solicitações, tais como, encaminhamentos relativos à assistência, previdência, visita de familiares, alimentação, transporte, acompanhantes, conflitos familiares, alta hospitalar e óbito. Além disso, concomitantemente, foram realizadas orientações relacionadas ao eixo teórico específico da profissão, como por



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

exemplo, os Parâmetros que norteiam a atuação do profissional de Serviço Social na política de saúde. No decorrer do processo de Residência as orientações a residente para a realização de um trabalho em equipe se estruturaram com base no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei nº 8662/93), na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90 e 8142/90), no Estatuto da Criança e do Adolescente, no Estatuto do Idoso e no Projeto Ético-Político Profissional, dentre outras legislações, que expressam entre outros, os direitos dos usuários a saúde, a assistência e ao pleno desenvolvimento de uma vida digna. É importante ressaltar que “a atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996)” (CONSELHO, 2010, p.44). A preceptoria foi sendo construída a partir da concepção e interpretação que as Assistentes Sociais da Divisão de Serviço Social têm em relação aos documentos mencionados e a política de saúde, no intuito de buscar o acesso universal aos serviços de saúde, a garantia dos direitos sociais, a assistência de qualidade, igualitária e humanizada, o que possibilitou instrumentalizar a residente para a articulação e intervenção junto aos usuários, familiares e/ou responsáveis e profissionais, pois um dos desafios que se apresenta é a visão de alguns profissionais que concebem a assistência ao usuário como um fardo, destratando-o, omitindo informações de serviços e orientando-o de forma errada. Essa visão equivocada requer um posicionamento firme, fundamentado nas legislações pertinentes, contribuindo, para que o residente seja instrumentalizado pela preceptoria para defender os direitos dos usuários. Outro desafio posto na estruturação da preceptoria se efetiva no entendimento de profissionais que o residente é mão-de-obra, força de trabalho que vem para suprir as necessidades de um serviço, em virtude do número reduzido de profissionais e do aumento de demandas postas ao setor envolvido. A preceptoria assume o papel de esclarecer que a Residência vem com o objetivo de contribuir para a



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

formação dos profissionais, para o fortalecimento da intervenção multiprofissional, o que possibilita que o serviço tenha a contribuição de um profissional que está sendo capacitado para o trabalho em equipe de saúde. Tem-se, pois, que outro desafio refere-se às diferentes formações profissionais que promovem concepções variadas que são compartilhadas na intervenção profissional. O enriquecimento dessas diferenças está em potencializar e organizar esses ângulos particulares de conhecimento e fazeres para que contribuam no desenvolvimento de um trabalho multiprofissional de qualidade. Isso mostra que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p.41). O que se tem é que ao potencializar o trabalho multiprofissional da Residência ocorre o enriquecimento da intervenção profissional da equipe, fortalecendo as atribuições das profissões, suas diferenças, seus encaminhamentos, sendo esses compartilhados, articulados, no intuito de efetivar a resposta a partir de uma visão ampliada de saúde. Ressalte-se que a preceptoria busca, ao tentar superar esses desafios, contribuir para que a Residência Integrada Multiprofissional do HUOL possa suscitar no profissional uma intervenção crítica, reflexiva e propositiva no que se refere ao direito à saúde humanizada e de qualidade na amplitude de uma visão que lute pela consolidação do SUS na sua concretude.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1987.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2010. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. p. 44-52

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social. **Em questão**. Brasília: CFESS, 2002. p.13-50.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**. Natal/RN, 2010. 60 p.

“A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM E DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA” (PESQUISA FINANCIADA PELA CAPES/CNPq)

Brandão, Isabel Cristina Araújo¹; Brasil, Samara Keylla Dantas²; Monteiro, Akemi Iwata³; Martiniano, Claudia Santos⁴; Martiniano, Marcia Santos⁵.

(1) UFRN, Departamento de Enfermagem; (2) UFRN, Departamento de Enfermagem; (3) UFRN, Departamento de Enfermagem; (4) UEPB, Departamento de Enfermagem; (5) PMCG, Secretaria Municipal de Educação.

Introdução: A infância é um momento em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que ocorrem nesse período são responsáveis por graves conseqüências para indivíduos, famílias e comunidades. No Brasil, embora mudanças importantes tenham sido observadas no quadro da mortalidade infantil nas últimas décadas, ainda se convive com uma elevada morbidade por doenças preveníveis, como as infecções respiratórias agudas e diarréicas, que muitas vezes tem como causa associada à desnutrição. Na atenção à saúde da criança a redução da morbimortalidade infantil tem se tornado um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade. Na década de 1980, diante da acentuada taxa de mortalidade infantil em nosso país, com índices de 73 óbitos por 1000 crianças nascidas vivas (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000) foi proposta a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) que preconizava ações no sentido de atender aos agravos mais freqüentes e importantes das crianças na faixa etária de 0 a



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

5 anos, respondendo aos desafios de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil no país. De modo geral, o Ministério da Saúde na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio da Estratégia Saúde da Família (ESF), embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade e da identificação precoce da necessidade de tratamento das doenças, por meio da atuação multiprofissional. Em meados de 1996 organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) uniram esforços para a construção de um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil, resultando no surgimento da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). A estratégia tem a finalidade de reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para que a criança de risco atinja o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes. Adotada no Brasil em 1996, a AIDPI vem sendo incorporada a Estratégia Saúde da Família, com atuação de médicos e enfermeiros, proporcionando uma avaliação mais completa do estado de saúde das crianças e a escolha de condutas seguras, através da comunicação e da prática clínica, contribuindo para a resolubilidade da atenção a esta população (PINA et al, 2009).

Objetivo: Identificar o papel do enfermeiro e da família das crianças menores de cinco anos de idade nos estudos publicados sobre a estratégia AIDPI entre os anos de 2003 a 2010, por meio de uma revisão sistemática de literatura. **Métodos:** O presente trabalho é parte integrante de uma pesquisa desenvolvida na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) denominada Atuação da Enfermagem na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Trata-se de uma revisão sistemática, cuja coleta de dados foi realizada eletronicamente, com busca simultânea dos descritores “Família”, “Enfermagem”, “AIDPI” e “Saúde da Criança” nas seguintes bases de dados: SCIELO, LILACS, BDEFN, BIREME, COCHRANE. O universo para análise



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

inicial constituiu-se de um total de 43 títulos referentes aos descritores pesquisados, mas somente 09 possuíam os textos completos disponíveis, os quais foram selecionados e tomados como universo real de análise. Vale salientar que, desses nove artigos, 03 foram escritos e publicados em inglês. Foram excluídos da análise os títulos que não continham a íntegra dos artigos, bem como outros artigos que não contemplaram os descritores pesquisados. Do universo de artigos pesquisados 06 constituem estudos empíricos: 03 com a aplicação de questionário e 03 com a aplicação de entrevista semi-estruturada. Os estudos analíticos compreendem um total de 03 artigos, sendo uma revisão bibliográfica, uma revisão sistemática e um relato de experiência. Como principal técnica de coleta de dados utilizou-se a leitura. A análise dos dados procedeu-se da *Análise Documental*. **Resultados e discussão:** Após a análise dos dados o material foi separado em duas categorias de análise: A atuação da enfermagem na estratégia AIDPI e O papel da família na estratégia AIDPI. A discussão sobre a atuação profissional da enfermagem dentro da ESF faz refletir sobre a consulta de enfermagem e a legislação que assegura a categoria no exercício de sua profissão, a qual tem por objetivo aperfeiçoar os princípios e diretrizes do SUS. Nesse contexto, a consulta de enfermagem direcionada a saúde da criança vem “contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada à criança, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde” (SAPAROLLI; ADAMI, 2007, p. 56). Monteiro e Ferriani (2000, p. 102) contrariamente, asseguram que “uma grande parcela da população infantil não tem acesso a esse atendimento”, já que a maioria dos atendimentos ocorre num modelo de atenção curativa, podendo estar acarretando, muitas vezes, na morbidade e morte de crianças que sequer passaram uma vez pelo atendimento realizado na perspectiva da promoção à saúde. Em relação a família, os estudos revelam que ela desempenha papel fundamental no desenvolvimento, manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros, visto que ela orienta os valores éticos e morais e que fortalece os laços afetivos e de solidariedade. Nesse sentido, a efetividade da estratégia AIDPI na atenção a saúde da criança depende do envolvimento das famílias



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

com a mesma. Em consonância com o exposto, os artigos analisados apontaram a família e a implementação da estratégia AIDPI originando as seguintes subcategorias: O conhecimento pelos familiares dos sinais e sintomas em Infecção Respiratória Aguda e Doença Diarréica Aguda, e Desempenho dos familiares na aplicação da estratégia AIDPI. **Conclusão:** De acordo com as publicações a estratégia da AIDPI em sua prática, está mais associada aos profissionais da enfermagem do que aos demais profissionais de saúde. Há um maior número de enfermeiros treinados na estratégia e os mesmos são mais engajados e dedicados na execução das condutas preconizadas pelo MS na atenção a saúde da criança do que mesmo médicos também habilitados em AIDPI. Percebe-se que os enfermeiros têm participação de destaque na estratégia AIDPI, já que a sua intervenção ocorre, desde a implementação até a execução da estratégia nos estados brasileiros. É o profissional enfermeiro que mais se dedica as atividades de capacitação e de multiplicação de saberes em AIDPI, habilitando, inclusive, outros profissionais, como os Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com os textos analisados a estratégia reafirma o compromisso de pais e/ou responsáveis pelo cuidado das crianças, uma vez que há uma co-responsabilidade nas ações desenvolvidas pela AIDPI. Os profissionais de saúde realizam todas as condutas necessárias, desde a consulta com investigação de doenças prevalentes na infância, até a prescrição e administração de medicamentos, e possíveis encaminhamentos a hospitais de referência em caso de sinal geral de perigo presente. Orientam os pais e/ou responsáveis a tratarem de suas crianças no âmbito de suas casas e a retornarem a unidade de saúde caso seja preciso. Por fim, o estudo conclui que não há registros de artigos que versem sobre a relação entre a enfermagem e os familiares atendidos por profissionais, mais especificamente enfermeiros treinados para atuar diretamente na estratégia da AIDPI. **Referencias bibliográficas:** CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C.C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. **Revista Panamericana de Saúde Pública.** v.8 n.3 set,2000. MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M. G. C. Atenção à Saúde da



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Criança: Perspectiva da Prática de Enfermagem Comunitária. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.8 n.1 jan/2000. PINA, C. J. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.2, 2009. SPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v.20 n.1 p.55-61, 2007.

“ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM VISITA NAS ENFERMIARIAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA (HUAB)”

Anjos, Marianne Neves dos¹; Aquino, Danielle Lima de¹; Pontes, Lívia Maria Rodrigues¹; Silveira, Natércia Janine Dantas da¹; Dias, Aline Maia¹; Menêzes, Taiana Brito²;

(1) Hospital Universitário Ana Bezerra- UFRN, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. (2) Hospital Universitário Ana Bezerra- UFRN, Direção Acadêmica.

A partir do pensamento de que o cuidado é algo complexo, mas viável de ser realizado com integralidade, por meio de prática em serviços com formato dinâmico, visando promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2006); é que emerge no contexto da saúde pública a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. O programa tem como eixos norteadores: promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento. Na perspectiva de que a complexidade do cuidado dependente da multiplicidade de interações que envolvem partes para atingir a totalidade, este trabalho tem como objetivo relatar experiência dos residentes multiprofissionais em visitas às enfermarias do Hospital Universitário Ana



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Bezerra (HUAB). Instituição esta, situado na cidade de Santa Cruz, interior do Estado do Rio Grande do Norte, atendendo as demandas do município e demais cidades que compõem a região do Trairi potiguar. Após o parto, as puérperas são acomodadas no alojamento conjunto, permanecendo com seus recém-nascidos por 48 horas, até a alta hospitalar. É durante esse rápido internamento que são realizadas as visitas multiprofissionais diárias às pacientes hospitalizadas neste setor. A atividade envolve a equipe de residentes, composta por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, farmacêutica, psicóloga e nutricionista, juntamente com a equipe de funcionários do hospital. Este método é utilizado visando atender o preceito constitucional da integralidade do acolhimento multiprofissional, baseando-se nas demandas de atendimentos. As visitas são realizadas de maneira informal, por meio de conversas que abordam aspectos importantes à vivência materna. A psicologia observa e orienta os aspectos relacionados à construção do vínculo entre o binômio mãe-bebê, sendo um meio importante para que a mãe entenda a importância da visualização de seu bebê, como também, para a detecção de possíveis distúrbios psíquicos puerperais. As orientações farmacêuticas são realizadas quanto ao uso racional e responsável de medicamentos visando desencorajar a automedicação, já que esta prática é apontada como uma das principais responsáveis pelo grande número de intoxicações por medicamentos em menores de 01 ano no Brasil (SINITOX, 2009). A adoção de posturas corretas na hora de amamentar, a investigação de possíveis distúrbios do assoalho pélvico, queixas cardiovasculares, respiratórias e musculoesqueléticas são verificadas e orientadas pela fisioterapia a fim de evitar futuras disfunções. A adequação dos hábitos alimentares para o período pós-parto é recomendada pela nutrição com a finalidade de conscientizar a puérpera sobre os possíveis males que podem advir com a adoção de hábitos incorretos de alimentação, assim, elas aprendem quais os alimentos favorecem a produção de leite materno e qual a forma mais saudável de se alimentar evitando que a produção de leite materno seja inadequada, assim como haja o consumo de alimentos favoráveis ao aparecimento de cólicas no



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

bebê. O autoexame é ensinado pela enfermagem para que as mães consigam detectar alterações em seus recém-nascidos, bem como, a importância de práticas de higiene corretas e medidas simples para prevenção de doenças ou internações precoces no setor de pediatria. Por fim, os assuntos relativos aos direitos e deveres das puérperas e pais, como, a cirurgias para contracepção definitiva e o registro do recém-nascido são abordados pela assistente social. Estas ações são realizadas com o intuito de empoderar as mães dos assuntos e cuidados mais relevantes ao momento que estão vivenciando. Por tratar-se de um hospital credenciado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como participante da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), também faz parte do cotidiano da visita multiprofissional desenvolvida no alojamento conjunto o incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Este é realizado com olhar multiprofissional na forma de palestras e oficinas nas enfermarias, em que cada profissional faz seus apontamentos na tentativa de estimular as mães ao ato de amamentar. Além disso, muitas dúvidas são sanadas e os profissionais ficam a disposição caso novas dúvidas apareçam. Como fruto desse trabalho foi realizado a construção de material socioeducativo como instrumento de consulta para as puérperas após a alta hospitalar, que são distribuídos às mães durante as visitas rotineiras. O folder é intitulado *Amamentação: cuidado, amor e proteção para o seu bebê*. O instrumento utiliza linguagem clara e de fácil compreensão com uma síntese das informações que são ressaltadas durante a visita, conta ainda com ilustrações para facilitar o entendimento das puérperas. Como resultado de tamanho empenho durante a passagem das puérperas pelo alojamento conjunto, é visto que ao retornarem ao hospital para a realização da consulta multiprofissional de retorno do aleitamento, aproximadamente cinco dias pós-alta hospitalar, as mães demonstram segurança quanto às dificuldades corriqueiras deste período, conhecimento quanto aos possíveis problemas que podem surgir, demonstrando inclusive, como identificar problemas e são, em sua maioria, convincentemente adeptas do aleitamento materno exclusivo, realmente empoderadas do “ser mãe”. Tal experiência demonstra a potencialidade da



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Residência Multiprofissional em Saúde, para romper com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais para o SUS e em contribuir para qualificar a atenção que os serviços de saúde locais necessitam ofertar às suas comunidades.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Sistema Nacional de informações Tóxicas e Farmacológicas - SINITOX. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab07_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 02/06/2011.

“CONSULTA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA À TRIAGEM NEONATAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA (HUAB)”

Ribeiro, Weskley César da Silva¹; Silva, Ilana Ananias Bento da²; Dantas, Silmara Garcia³; Dias, Aline Maia⁴; Silva, Francisca Francineide Andrade da⁵; Bezerra, Ingrid Fonsêca Damasceno⁶.

(1) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Nutrição, HUAB; (2) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Serviço Social, HUAB; (3) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Farmácia, HUAB; (4) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Psicologia, HUAB; (5) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Enfermagem, HUAB; (6) UFRN, Residente Multiprofissional em Saúde, Fisioterapia, HUAB.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Introdução: A triagem neonatal consiste em procedimentos preventivos que permitem fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas que geralmente são assintomáticas no período neonatal, em tempo de se intervir no curso da doença. Dessa forma, permite-se o estabelecimento do tratamento precoce/específico e a diminuição ou eliminação de sequelas associadas a cada doença. Diante disso, desde a década de 60, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a importância dos programas populacionais de Triagem Neonatal, para a prevenção de doenças e agravos à saúde do recém-nascido, sendo assim recomendada sua implementação especialmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a triagem Neonatal foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de Janeiro de 1992) com legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e o Hipotireoidismo Congênito. O procedimento foi então incluído na tabela específica do SUS, podendo assim ser cobrado por todos os laboratórios credenciados que realizassem o procedimento. Nesse contexto faz-se necessário uma interação entre os diversos profissionais da equipe de saúde envolvidos numa situação que se configura como um desafio real na formação acadêmica dos profissionais da saúde, com o intuito de que os mesmos consigam reconhecer as fronteiras de suas especialidades e extrapolá-las através da aceitação dos demais saberes. Portanto, a proposta do trabalho em equipe consiste na modalidade de ação coletiva vislumbrando uma relação mútua entre as intervenções técnicas e a interação dos profissionais de saúde. Essa noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade na medida que existem profissionais de áreas diversas atuando conjuntamente e articulando trabalhos especializados. Para a resolução destas necessidades, mobilizadas pela urgência das demandas, nas últimas décadas estão sendo implementados cursos de especializações e residências multiprofissionais, buscando trabalhar as dificuldades pelas quais passam os profissionais que tentam trabalhar em conjunto com os demais membros de uma



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

equipe, assim como romper as diferenças de discurso para a prática. Desta maneira, os cursos multiprofissionais da área da saúde são voltados para trabalhos teóricos/práticos interdisciplinares, objetivando a aproximação e a noção dos diferentes saberes, contribuindo para a facilitação do diálogo entre os profissionais num âmbito comum nos discursos das equipes de saúde, demonstrando o atual destaque da Saúde Pública que é a procura de capacitações que visem, principalmente, melhorar a comunicação entre essas equipes. Assim, este trabalho objetiva relatar a experiência vivenciada na prática da consulta multiprofissional da triagem neonatal do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). **Metodologia:** A consulta multiprofissional ocorre junto à consulta de enfermagem do quinto dia, e aos testes de triagem neonatal, sejam eles: teste do pezinho e da orelhinha. A realização é ofertada em três momentos da semana, porém cada díade (mãe-bebê) necessita comparecer em apenas um momento, quando são prestados todos estes atendimentos. A realização da consulta ocorre de forma dinâmica, onde são convidados todos os atores envolvidos na intervenção, desde a equipe multiprofissional até a díade e acompanhantes, para adentrarem em uma sala (ambulatório), na qual iniciasse a roda de conversa mediada pelos profissionais. São abordados temas respectivos ao manejo do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros dias pós-alta hospitalar da díade: vínculo mãe-bebê, condutas nas possíveis intercorrências durante a amamentação (fissuras nos mamilos, ingurgitamento e mastite), uso de medicamentos, dieta adequada (mitos x verdades), postura recomendada para amamentar; direitos da criança (certidão de nascimento); massagens para o recém-nascido (RN); assepsia do coto umbilical e higiene diária do RN; banhos de sol (RN e mamas da lactante). Este diálogo se dá de forma aberta, incentivando todos os participantes a contribuírem para que os temas sejam voltados às demandas emergentes, visando à retirada de dúvidas e desmistificações relacionadas à fase do AME no âmbito familiar, bem como empoderar os pacientes da sua importância para que o AME seja bem sucedido, de forma que os mesmos passem a exercer papel de multiplicadores das informações abordadas na consulta/roda de conversa.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Resultados e Discussão: Os resultados dessa nova forma de atuação multiprofissional são a maior integração entre as áreas de conhecimento, assim como a atenção integral ao paciente, por meio de visão holística acerca das vivências/dúvidas/intercorrências que surgem ou podem surgir na ambiente doméstico, dessa forma vê-se que o trabalho multiprofissional atrelado à triagem neonatal – em seus procedimentos iniciais – ou seja, de forma precoce, é de suma importância e pode ainda colaborar para avaliação e vínculo do profissional com os pacientes. É sabido por norma do Ministério da Saúde que quando identificado paciente cujo diagnóstico de cada uma das patologias seja confirmado, o mesmo deve ser encaminhado de imediato ao Ambulatório Especializado dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), onde deve ser feita a completa avaliação do paciente por equipe multiprofissional, com fornecimento e esclarecimento das recomendações a respeito da possibilidade de recorrência genética aos pais, assim como orientações relacionadas à evolução e tratamento da doença, sendo o seguimento clínico e terapêutico global dos pacientes, sempre realizado por esta equipe. Desta maneira, o contato prévio dos pacientes com equipe multiprofissional contribui para o melhor atendimento dos mesmos. **Considerações Finais:** Considera-se então que a atuação multiprofissional associada à triagem neonatal é fator essencial para ajudar no tratamento de possíveis patologias diagnosticadas pelos testes, como também para orientação da lactante e familiares/acompanhantes sobre condutas básicas para realização bem sucedida do AME e manejo em suas prováveis intercorrências.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.** Brasília/DF, Ministério da Saúde, p. 90, 2002.

CARMEN, I. O. Ocampo More et al. As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade.

Revista Psicologia Hospitalar, vol. 1, p. 59-75, Santa Catarina, 2004.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, vol. 1, n. 35, p. 103-109, São Paulo, 2001.

“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO CAPS II DE PALMAS-TO: CONTRIBUIÇÕES DOS RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE”

Araújo, Ana Clébia de Araújo¹; Costa, Cídia Silva²; Medeiros, Josiana Rodrigues de³; Nascimento, Maria Dilce Wânia Rodrigues de Almeida do⁴; Prestes, Ludimila Inês Nunes⁵.

(3) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (2) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (3) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (4) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade; (5) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II.

INTRODUÇÃO: Este trabalho é resultado da Disciplina de Práticas Ambulatoriais do Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade, na qual foi elaborado o Diagnóstico Situacional do CAPS II de Palmas-TO, visando a orientação para realização de intervenções que contemplem a realidade do serviço. Acredita-se que a organização dos serviços de saúde mental devem ser pautados pelo trabalho em equipe, desenvolvendo novas práticas apropriadas à realidade, de forma crítica e transdisciplinar, conforme princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004; SANTOS-FILHO e BARROS, 2007). **OBJETIVO PRINCIPAL:** Compreender a organização da unidade de saúde, propondo intervenções a partir de ações que fortalecessem a organização do serviço com base nos princípios e nas diretrizes da Política Nacional de Humanização. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Em fevereiro e março de 2011, fez-se o levantamento de informações em documentos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

institucionais e observação participante do cotidiano do CAPS II, realizando o resgate histórico e funcional da unidade com o intuito de descrever os processos de trabalho, as atividades desenvolvidas e os aspectos estruturais da unidade. Deste modo, foi possível identificar os problemas enfrentados diariamente pela equipe, norteando a elaboração de planos de intervenção que atendessem a realidade observada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: As principais fragilidades identificadas foram: 1) Necessidade de supervisão da atividade de escovação dos usuários, adequação do ambiente e acondicionamento das escovas; 2) Desenvolvimento de estratégias de co-responsabilização e inserção das famílias nas ações da unidade e no tratamento dos usuários; 3) Ausência da prática de elaboração do plano terapêutico singular, bem como, falta de comunicação e integração entre a Estratégia Saúde da Família e o CAPS II. Logo, foram propostos três planos de intervenção: Saúde Bucal, Apoio Matricial às Estratégias de Saúde da Família e Projeto Terapêutico Singular.

CONCLUSÕES: Juntamente com os residentes, a equipe do CAPS II pôde refletir sobre as práticas do serviço e as possibilidades de mudanças. Deste modo, conclui-se que a realização do diagnóstico situacional possibilitou o entendimento da organização dos processos de trabalho, norteando intervenções que levassem em consideração a realidade do serviço e as potencialidades da equipe. Nesse sentido, reafirma-se a relevância dos cursos de residência para o fortalecimento da relação entre ensino-serviço.

REFERÊNCIAS:

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

SANTOS-FILHO, Serafim B.; BARROS, M. Elizabeth Barros de. **Trabalhador de Saúde Muito Prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí-RS: Unijuí, 2007.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“ENCONTRANDO SAÍDAS PARA A PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS”

**GOMES, PEDRO DE ARAUJO¹; Silva, Andresa Tabosa Pereira da²; Pires, Débora
Louise Lima de Moraes³.**

(1) Terapeuta ocupacional Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE); (2) Enfermeira Residente do PREMUSF/UFPE e (3) Bacharel em Educação Física, Especialista em Atividade Física e Saúde Pública, Residente do PREMUSF/UFPE.

e-mail: pedro.terapia@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Atenção Básica está caracterizada por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, as quais compreendem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade do território adscrito. Por ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, considerando cada indivíduo em sua singularidade e complexidade. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde busca promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Assim, o planejamento das ações na Unidade de Saúde da Família deve considerar todo esse arcabouço conceitual, além de toda a construção histórica dos cuidados em saúde no Brasil que culminaram na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Há, pois, um grande



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades. OBJETIVO: Descrever o direcionamento sugerido para o planejamento em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Recife. RELATO DA EXPERIÊNCIA: Estudo caracterizado por relato de experiência, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do distrito sanitário V, da cidade do Recife, acerca da construção e do percurso teórico/metodológico traçado pelos residentes multiprofissionais para o planejamento das ações em Unidade de Saúde da Família do Recife-PE. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O processo de planejamento é condição *sine qua non* para a efetividade e resolutividade das ações em saúde. Tal ferramenta busca relacionar o diagnóstico situacional à vivência obtida com a territorialização. O cotidiano de uma equipe de saúde é dinâmico e intenso frente às demandas apresentadas no território. Há diversas questões para as quais as equipes devem dar suporte diariamente, porém agir apenas a partir das demandas espontâneas é um risco para qualquer equipe. Se faz necessário que estes atores assumam uma postura pró-ativa de modo a antevê situações, analisar o contexto referente às demandas e realizar busca ativa das demandas reprimidas evitando assim que problemas maiores de saúde possam surgir e comprometer com maior gravidade a condição de saúde dos usuários e da comunidade. Neste sentido são elencadas todas as demandas, dentre estas, são identificadas as de maior relevância e a partir da avaliação destas últimas, compreendendo seus contextos de determinação da saúde, percebe-se e caracteriza-se os nós críticos da condição de saúde da população adscrita. Assim, dentre os nós críticos compreendidos como internos à USF tem-se os relativos ao processo de trabalho: dificuldade da equipe, barreira cultural às práticas de promoção, pelo forte viés das práticas intervencionistas; conciliar a cobrança da produtividade com as ações de promoção. Há os relacionados à dificuldade de integração dos diversos núcleos de saber contidos na residência multiprofissional e na própria equipe de Saúde da Família, com subsequente subaproveitamento dos diversos saberes envolvidos. Essa dificuldade em especial vem sendo trabalhada através do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

matriciamento e sensibilização da equipe para os diversos núcleos de saber. Por sua vez, nós críticos identificados e caracterizados como externos à USF tem-se: a dificuldade em tecer parcerias que se co-responsabilizem pelas ações, parcerias com outros segmentos que não são da área da saúde; o envolvimento da comunidade nas ações; a necessidade de instrumentalizar politicamente os comunitários a fim de que tornem-se partícipes da atenção à sua própria saúde e da saúde em sua comunidade. Nesta construção, há como possíveis parceiros os mais diversos equipamentos sociais da comunidade adscrita, além dos demais dispositivos, como os equipamentos de saúde de referência para este território e estratégias já implementadas no município. Deste modo, o direcionamento sugerido como norteador do planejamento traz eixos, diretrizes, categorias e estratégias já disponíveis no município. Dentre os eixos norteadores temos os princípios ideológicos do SUS e a participação social. Como diretrizes, foram elencadas três diretrizes do NASF: promoção da saúde; intersetorialidade; território, por entender que estas estão mais relacionados às demandas da comunidade assistida. Categorizou-se as ações em ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde, reorientação do Sistema de Saúde e reforço a ação comunitária que dividem estratégias que vão desde o estímulo a participação implicada nas conferências de saúde ou a pactuação de ações de educação no trânsito até a efetivação de políticas nas ações proposta ou realizadas. Como avaliação propõem-se um método participativo e sensível a realidade local, interativo e pactuado com os diversos setores e atores envolvidos. CONCLUSÃO: A melhoria da qualidade de vida dos usuários e comunidade é fruto direto de um processo de planejamento participativo e dinâmico, de modo a fomentar a co-responsabilização dos sujeitos e coletividades, autonomia e instrumentalização destes indivíduos. A fim de garantir a efetividade, a integralidade, a universalidade e a valorização dos profissionais envolvidos, sejam eles de nível médio, técnico ou superior, as estratégias de avaliação e acompanhamento sistemático devem



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

estar bastante sensíveis para que se possa alcançar a resolutividade das ações propostas.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

FREITAS, M.L.A.; MANDU, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, Apr. 2010.

FRANCO, C.M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, Sept. 2010.

“O PAPEL DO NASF NA ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE”

**Sampaio, Juliana¹; Martiniano, Cláudia Santos²; Souza, Fernanda Ferreira²;
Magalhães, Fernanda Carla²; Marcolino, Emanuella de Castro²**

(1) Universidade Federal de Campina Grande. Departamento de Psicologia.

(2) Universidade Estadual da Paraíba. Departamento de Enfermagem.

Introdução - Desde 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de lutas e embates políticos do Movimento de Reforma Sanitária assiste-se a uma



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

organização do modelo de saúde brasileiro em forma de pirâmide, onde a base é representada pelas ações e serviços de atenção básica de saúde, na parte intermediária estariam as ações e serviços de atenção secundária e no topo da pirâmide, a atenção terciária. De acordo com Cecílio (1997), as vantagens em se pensar e articular a atenção à saúde do país dessa forma seria: a garantia da regionalização e hierarquização, auxiliando na priorização de ações e serviços de maior necessidade, o que contribuiria para racionalização e melhor uso de recursos financeiros e humanos, além da democratização do acesso aos serviços de saúde pela população. Entretanto, o mesmo autor adverte que, na prática, os serviços básicos não tem se configurado na principal porta de entrada do sistema e hospitais e pronto-socorros estão operando acima da capacidade, revelando um desencontro no fluxo do atendimento. Assim, em meio a esse contexto, surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o propósito de conferir retaguarda especializada à Estratégia Saúde da Família (ESF) e ampliar o escopo de ações da atenção básica, compreendendo-se que a Atenção Primária à Saúde seria o nível assistencial mais indicado para regular o trânsito da população no sistema, já que originalmente apresenta características que, se bem utilizadas, seriam responsáveis por solucionar grande parte dos problemas de saúde (ALMEIDA et al, 2010). **Objetivo Principal** - Discutir acerca do papel do NASF, na condição de articulador da rede de atenção à saúde do município de Campina Grande – PB. **Material e Métodos** – A partir da perspectiva hermenêutica-dialética foram realizadas 240h de observações sistemáticas do trabalho dos profissionais do NASF, registradas em diários de campo; realizadas 39 entrevistas semi-estruturadas com 36 profissionais de seis equipes NASF e com os 3 gestores da Atenção Básica, dos quais dois eram gerentes distritais e um era o coordenador do NASF de Campina Grande. Para a análise teórica das narrativas, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, proposta por Bardin (1994) a qual visa a interpretação do conteúdo das mensagens. Desta forma, todos os dados coletados foram organizados e ordenados em categorias temáticas criadas pelos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

pesquisadores a partir do próprio conjunto de dados. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo 0177.0.133.000-10. **Resultados e Discussão** – Segundo a Portaria 154 do Ministério da Saúde, o NASF surge com o intuito de apoiar o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2008), funcionando como articulador da rede de serviços. Assim, a pesquisa aponta alguns elementos que podem favorecer ou dificultar este papel. Como facilidade pode-se apontar o fato de equipe do NASF estar no mesmo território da ESF, vivenciando os mesmos problemas de saúde e as possibilidades/desafios à sua resolutividade. No entanto, o NASF apresenta algumas dificuldades para exercer esse papel de articulador da rede de cuidados, onde se destacam aquelas relacionadas à equipe NASF, tais como: capacitação insuficiente para atuação; não definição do que é seu papel na equipe; pouca integração entre as equipes; vigência de diferentes práticas entre profissionais. E aquelas relacionadas à ESF, à exemplo de: desconhecimento da proposta de trabalho da equipe NASF; colaboração incipiente com a equipe NASF; temor de que a equipe ocupasse o espaço da equipe ESF. Mediante tais dificuldades, observa-se fluxos anômalos na rede de serviços tais como: encaminhamentos da equipe ESF para equipe NASF e ainda encaminhamentos da equipe NASF para própria equipe NASF. Autores como Cecílio (2010) propõem a organização dos serviços em redes circulares, em contraposição ao modelo clássico piramidal, que mais tende à racionalização do atendimento do que à garantia de fluxo. Essa proposta circular das redes de cuidado rompe com a centralidade da ESF como a principal “porta de entrada” do sistema, tornando-a a organizadora da rede de atenção, por ser o equipamento que opera o contato mais longitudinal. Ela deve, assim, articular os diferentes níveis de atenção (APS, especializada e hospitalar), a partir das demandas de cuidado integral para cada problema de saúde. O NASF, nessa nova lógica organizacional, atuando junto à ESF, seria o responsável pela formação de redes de cuidados nos Distritos Sanitários, garantindo assim, a regionalização e territorialização da saúde. **Conclusões** – A publicação da portaria de criação dos NASF tem pouco mais de 2 anos e ainda são



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

escassos os relatos de experiências de sua implantação. Ao mesmo tempo, também há poucas normatizações ministeriais que esclareçam e orientem condutas frente às questões anteriormente apresentadas. Tal fato parece, em última instância, evidenciar a carência de direcionamentos políticos que auxiliem na organização e efetivação de um determinado modelo de organização da rede de serviços de saúde. Evidenciar as tensões e riscos existentes na operacionalização da proposta do NASF não representa, em nenhum momento, sua desvalorização. Ao contrário, busca-se, ao elencar tais problemáticas, permitir a potencialização do objetivo para o qual foi criado: fortalecer a APS.

BIBLIOGRAFIA

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edição 70. 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF**. Extraído de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>, Acesso em 25/05/2011.

“PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS: UM CASO, UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA A LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO – PNH NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF 407 NORTE PALMAS-TOCANTINS”

Oliveira, Rejane Maria de Sousa Pereira¹; Albuquerque, Socorro Ribeiro²; Bannach, Munik Pereira³

¹ ² ³ Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade /Universidade Federal do Tocantins



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: O artigo relata um caso, uma experiência exitosa, a luz do dispositivo Projeto Terapêutico Singular - PTS da Política Nacional de Humanização – PNH, como estratégia de intervenção aos processos de saúde de uma paciente, em especial o alcoolismo, e fomento ao trabalho interdisciplinar entre a equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família 407 Norte em Palmas - TO. Teve como objetivo fomentar um conjunto de propostas, de condutas terapêuticas articuladas, por meio da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial e baseado em critérios de risco. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada foi a problematização por meio de reunião com a equipe multiprofissional (enfermeira, assistente social, psicóloga, médica, técnica de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e gerente) da ESF. A princípio analisamos o cadastro das famílias (ficha A), o qual trás as características de saúde no conceito ampliado de saúde para a escolha do caso, posteriormente foi realizada discussão de novos procedimentos decorrentes do caso e encaminhamentos dos problemas identificados, articulação com organizações da rede de saúde e intersetorial. Foram feitas também visitas domiciliares pelas equipes sempre que ambas acreditava ser necessário, rodas de conversa com a família para discussão e pactuações a respeito do tratamento e orientação sobre o uso correto de medicamentos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No cerne das propostas de avanços e desafios do Sistema Único de Saúde – SUS, passa a existir a Política Nacional de Humanização – PNH. Segundo Oliveira (2010) essa é estruturada a partir de Princípios, Métodos, Diretrizes e Dispositivos. A política pressupõe a inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Apoiada no dispositivo Projeto Terapêutico Singular – PTS (Brasil, 2007)² da PNH a equipe de residentes e a equipe da ESF, através de discussões coletivas e pautadas em critérios de risco se organizou em equipe, buscou-se apoio matricial e planejou-se um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas. Em sua constituição foram abertos inúmeros caminhos para a busca de resultados para alguns problemas de saúde, em



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

especial o alcoolismo, de uma paciente cujas conseqüências já afetavam toda a família. De acordo com Straub (2005)³, o consumo excessivo de álcool está associado a problemas sociais como: dificuldade nos relacionamentos pessoais, fracasso escolar e violências como homicídio, agressões, roubos, acidentes automobilísticos, suicídios e assédios domésticos. O caso relatado aqui, é de uma senhora, com 52 anos, reside na área adscrita a unidade, mora com o esposo e um filho, tem outros 5 filhos sendo que um mora na mesma cidade, e os demais em Goiânia e São Paulo. A senhora tem poucos parentes no seu convívio cotidiano. Tem como fatores que comprometem a saúde: tabagismo, moradia cedida, a falta de higiene domiciliar, baixa renda, desemprego, uso de medicamentos irregular, resistência ao tratamento, dificuldade para andar sem companhia, problemas oftalmológicos, baixa escolaridade, sendo o mais grave dos problemas o alcoolismo. Em visita domiciliar percebeu-se que casa estava em péssimas condições de higiene, em parte era devido à família trabalhar com materiais recicláveis e grande descuido. foram feitas discussões em equipe com encaminhamentos e direcionamentos, dentre eles o serviço social. Em seu relato, a senhora pediu ajuda, e relatou ter necessidades básicas referente à alimentação, moradia e necessitava de documentos. Nesse dia ela andava suja e cheirava mal, exalando cheiro de bebida alcoólica. Então ela foi encaminhada ao Centro de Referência de Assistência Social - CRAS para solicitação de uma cesta básica, a Secretaria Estadual de Habitação para inscrição em programa habitacional, ao Instituto de identificação para fazer Identidade, bem como teve orientação quanto a sua higiene corporal e de retorno para acompanhamento. Três dias depois ela retornou, com aspecto higiênico corporal bem melhorado, queixando-se estar com problemas de relacionamento conjugal, devido estar sentindo muita dor no corpo. Teve atendimento com psicóloga (residente) que logo identificou que seus problemas, de dores, estavam vinculados ao consumo exacerbado de álcool, foi encaminhada para consulta com a médica da unidade e para participar do Grupo de Alcoólicos Anônimos – AA. Em visita domiciliar, a equipe constatou que ela só havia ido



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

à consulta e esporadicamente ao AA, os outros encaminhamentos ela alegou não ter como pagar a passagem, foi identificada a necessidade do benefício dos óculos. Em seu retorno, ela estava com aspecto muito abatido e novamente se queixou de seus problemas. Como encaminhamentos, fizemos contato com outras instituições da rede de atenção a saúde e outros setores para averiguar tratamento e outros benefícios que contemplasse suas necessidades. Então reunimos com a equipe para discutirmos conceitos de PTS, para eleger, baseado no parâmetro de classificação de risco da ficha A, alguns casos a serem trabalhado pelas equipes nesta modalidade. O caso da senhora foi escolhido tendo em vista os critérios de classificação de risco e sua conhecida historia pela equipe da ESF. O seu histórico de atendimentos na estratégia de saúde, desde 2002 até, totaliza 96 atendimentos, uma media de 11 atendimentos ano. Suas principais queixas eram quanto ao seu quadro de hipertensão (PA 160x100), baixo peso (38,300), alcoolismo, dores pélvicas, dores nas pernas, violência domestica (pelo esposo), dentre outras. As residentes e a equipe da ESF passaram a acompanhar seu tratamento e sua recuperação por meio de visitas domiciliares e atendimento na unidade de saúde. Os principais encaminhamentos foram: aquisição de cesta básica no CRAS; aquisição de óculos no Centro de Referência Oftalmológica de Palmas – CEROP; Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS – ad. Obtivemos sucesso, pois ela aderiu ao tratamento e após ter passado por alguns dias de internação no Hospital Geral de Palmas – HGP, ela voltou para casa com outro aspecto com mais disposição, passou a se preocupar com sua alimentação, com a limpeza da casa e das roupas, passou a cuidar da higiene corporal, a ajudar o esposo com o trabalho de reciclagem (lixo) dentre outros. Por outro lado, o seu esposo, permaneceu negando sua condição de alcoólatra, continuou ingerindo bebida, mas, contribui no tratamento da esposa, nesse sentido, ele afirmava estar se esforçando para que ela continue o tratamento até o final (previsão 6 meses). Encaminhamos a família para aquisição de documentos (RG, CPF, dentre outros), o casal para inscrição em programas habitacionais. Eles alegavam falta de recurso para o transporte, em



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

justificativa para não ir aos agendamentos de consultas e retornos, o que foi um grande impecílio ao andamento das ações planejadas no PTS. Porém pudemos observar que com a visita do filho que mora em Goiânia contribuiu para o tratamento. Após a alta hospitalar, orientamos a família sobre higiene, ressaltando a importância da higiene pessoal e física. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluímos que os problemas de saúde, oriundos do alcoolismo ainda trazem desafios que aguardam a continuação da intervenção no seu processo de saúde. O PTS resultou em benefícios alcançados para a paciente, família e a equipe de saúde. As vantagens identificadas foram: a paciente rompeu com o uso de álcool causando uma nova harmonia familiar, melhora significativa no seu quadro de saúde e bem estar social. Por outro lado podemos perceber que a utilização de tecnologias leves⁴, promoveu maior confiança da equipe no quesito resolução de problemas que pareciam difíceis de serem solucionados, maior co-responsabilização por parte dos profissionais envolvidos, no que se refere aos problemas daquela família. Pode-se inferir que o PTS é uma ferramenta simples, com alta resolutividade e que pode ser facilmente incorporada na lógica da ESF como potencializador do processo de trabalho dos profissionais, dos usuários e dos gestores de saúde.

Palavras-chaves: Humanização da assistência; saúde pública e alcoolismo.

BIBLIOGRAFIA

1. OLIVEIRA, O. V. M. Política Nacional de Humanização: O que é como implementar. Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.
2. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
3. STRAUB, R. O. Psicologia da Saúde. (Capítulo 8 – Abuso de Substâncias). trad.: Ronaldo Catalto Costa. Porto Alegre, Artmed, 2005.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

4. MERHY, E. E., CHAKKOUR, M, STÉFANO, E., STEFÁNO, M.E, SANTOS, C.M., RODRIGUES, R. A. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

“PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS COMUNIDADES: DILEMA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

PIRES, DÉBORA LOUISE LIMA DE MORAES¹; Silva, Andresa Tabosa Pereira da²; Gomes, Pedro de Araujo³.

(1) Bacharel em Educação Física, Especialista em Atividade Física e Saúde Pública, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE); (2) Enfermeira Residente do PREMUSF/UFPE; (3) Terapeuta Ocupacional Residente do PREMUSF/UFPE.

e-mail: deboralouise.pires@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária a Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade e complexidade, em sua inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que estejam comprometendo suas possibilidades de viver de forma saudável e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste viés, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca como objetivos específicos, dentre outros, incorporar e implementar ações de promoção da saúde, favorecer a compreensão da concepção ampliada de saúde, aumentar a resolubilidade do SUS e trabalhar condicionantes do processo de saúde-doença. Tema recente, porém bastante



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

recorrente nos últimos cinco anos, a promoção da saúde tem sido bastante debatida. Áreas e temas da atuação definidas pela criação da PNPS elenca ações que podem ser desenvolvidas para promover a saúde. Entretanto, apesar de haver uma mudança de paradigma na formulação das políticas de saúde, estimulando-se novas práticas, práticas que diferem daquelas exaltadas pelo modelo biomédico. Porém, observa-se na realidade que há um processo de trabalho que estabelece metas ainda vinculadas a este modelo e bastante pautado em produtividade. Contudo, a APS formula a coordenação do cuidado, a longitudinalidade da assistência, centralidade das ações na família e comunidade, além da resolutividade da clínica, estes são os princípios norteadores desse nível de assistência. OBJETIVO: Discutir o contexto das ações de promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família. RELATO DA EXPERIÊNCIA: Estudo caracterizado por relato de experiência, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do distrito sanitário V, da cidade do Recife, no período de novembro de 2010 a junho de 2011. Este relato é a culminância de três momentos distintos desde a chegada dos residentes à USF. No primeiro momento, houve a integração dos residentes a equipe e discussão da proposta da residência, elencando as principais atribuições dos mesmos. No segundo momento, após o conhecimento do território e do funcionamento da USF, foi realizado o planejamento das ações de promoção da saúde, de forma interdisciplinar, visando favorecer a integração e autonomia de todos os membros da equipe. O último momento reservou-se para a avaliação e monitoramento do planejamento e das ações. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Aos profissionais que trabalham na atenção básica existe o questionamento sobre quais as ações promotoras de saúde nas unidades de saúde e quando as desenvolver. O processo de trabalho visando o estabelecimento de metas conflita com as ações de promoção de saúde. Sendo assim, existe um dilema acerca da compatibilidade das ações dentro da unidade de saúde, de um lado ações curativistas e pontuais requeridas para suprir uma demanda de produtividade, de outro, ações que promovem a saúde através das práticas saudáveis, visando uma mudança no estilo de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

vida, contribuindo para a aquisição de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida dos usuários. Observa-se o reflexo deste dilema na resistência da equipe de Saúde da Família aos residentes multiprofissionais em saúde da família e principalmente, resistência aos residentes dos núcleos que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), além da resistência aos profissionais do NASF em seu território. A residência traz uma valiosa proposta que é a de desenvolver e instrumentalizar as equipes de saúde da família a planejar e implementar ações de promoção da saúde, assim como, reorganizar a distribuição das atividades na agenda da equipe, reservando momento para a educação em saúde, dentre outras atividades. No que diz respeito a estas ações de promoção, há uma preocupação com a continuidade das ações propostas após a saída dos residentes ao término do programa. Ficando o questionamento de como fazer para que os profissionais da equipe de saúde da família possam ter maior envolvimento neste segmento de atuação. Porém, percebe-se que esse novo contexto no território adscrito é entendido ora como acréscimo da demanda de trabalho, ora como desperdício de mão-de-obra qualificada ao não se investir em uma assistência mais intervencionista e segmentada, vinculada ao modelo biomédico ainda vigente. Na percepção dos residentes, o compreender do indivíduo na sua integralidade, abre novos horizontes desde a identificação dos determinantes e condicionantes em saúde, até a abordagem dos comunitários, pactuação e acompanhamento dos cuidados em saúde. Desta forma, acredita-se que esta reorganização das ações, proposta pela Política Nacional de Atenção Básica, se cumpriria. **CONCLUSÕES:** Percebe-se que a Atenção Primária ainda está muito arraigada ao modelo biomédico, o que descaracteriza este nível de atenção como fomentador de práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos e facilitador de um estilo de vida saudável. É imperativo uma ressignificação das práticas na atenção primária a saúde. O ingresso de novos atores nesse contexto, com práticas orientadas para uma visão holística do indivíduo, vem contribuir para transformar o olhar para as práticas em saúde neste nível de atenção.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

GALAVOTE, H. S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Jan. 2011.

“REFLEXÕES SOBRE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU/SE”

Costa, Catarina Barros¹; Mota, Caroline Mascarenhas²

(1) UNIT, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva; (2) UNIT, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi fruto das mobilizações que aconteceram nas décadas de 1970 e 1980, envolvendo vários atores sociais, no chamado Movimento Sanitário. Com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Em 19 de setembro de 1990, a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) é sancionada e oficializa o SUS. A atenção básica é o nível preferencial de acesso ao sistema de saúde, e utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade. Este nível de atenção orienta-se pelos princípios da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, além dos demais princípios que regem todo o SUS. A atenção básica pode ser caracterizada por: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” Na atenção básica o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade, integralidade e em sua relação com o meio sócio-cultural em que vive. A principal estratégia de ação da Atenção Básica é o Programa de Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia de transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Ao se fazer uma análise do SUS depois de alguns anos de prática, observaram-se falhas no sistema, como na relação entre os trabalhadores de saúde e os usuários desse sistema, que impedia que este funcionasse de forma adequada e dificultasse a concretização das ações. Diante disso, em 2003 é criada, na Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) com a proposta de se “constituir como política que atravessa os diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, buscando traçar um plano comum e transversal por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde”. A PNH aparece como uma forma de reafirmação e fortalecimento do SUS, através dos seus princípios metodológicos e diretrizes. A diretriz da PNH que iremos focar é a do acolhimento, que é definida por esta política como: “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir”. Pensar



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

a questão do acolhimento em um serviço de saúde nos permite analisar questões que vão desde como acontece o acesso do usuário a este serviço, se está acontecendo o cuidado de forma integral, assim como avaliar a qualidade do atendimento de forma geral. Desta forma este trabalho tem por objetivo fazer uma problematização do conceito de acolhimento na atenção primária, a partir das experiências vivenciadas por residentes em saúde coletiva em um de seus campos de exposição, numa USF do Município de Aracaju. A USF em questão é composta por duas Equipes de Saúde da Família (ESF) e duas Equipes de Saúde Bucal (ESB), além de um profissional pediatra para auxiliar nas atividades. O fluxo de entrada nessa USF é realizada através da distribuição de senhas logo após a abertura da unidade. São entregues 20 senhas para os usuários, sendo 10 para cada área de atuação das ESF. Posteriormente, é realizada uma triagem dos casos por um profissional do setor administrativo, contratado através de uma empresa terceirizada, não tendo, necessariamente, formação na área de saúde. Nesse momento, a depender da gravidade do usuário, segundo critérios do profissional responsável pelo acolhimento, não existindo um critério padronizado de prioridades, ele será atendido pelo médico no mesmo dia, agendado para consulta em dia posterior ou atendido pela enfermeira de sua área, caso seja necessária uma consulta imediata, e não haja vaga para o médico. Após o término das senhas, no decorrer do dia, os casos de urgência/emergência são avaliados pelos auxiliares de enfermagem, que comunicam os casos para a enfermeira responsável, e caso haja necessidade encaminha para o médico responsável. As consultas eletivas (hipertensos, diabéticos, pré-natal) são agendadas através do agente comunitário de saúde (ACS). Em artigos pesquisados sobre acolhimento em USF pode-se observar uma diversificação nos profissionais responsáveis pelo acolhimento, dentre eles estão médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde; estando entre os mais frequentes profissionais da área de enfermagem. A forma de organização do acesso às unidades de saúde podem ser variáveis, de acordo com as necessidades e perfil de cada localidade. Entretanto, algumas formas de funcionamento



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

podem ir de encontro a preceitos básicos do SUS, como a equidade, por exemplo; a tentativa de se organizar os processos de trabalho nas USF, nomeando acolhimento, alguma vezes de forma errônea, acabam prejudicando o acolhimento como diretriz. Diante disso, é de grande valia rever como estão se dando os processos de trabalho, e o impacto disso na saúde da população e dos próprios profissionais de saúde. Sendo relevante ressaltar, a importância dos diversos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário no processo de acolhimento, procurando dar resolutividade às ações, desconstruindo a figura médico-centrada que até os dias atuais persiste nas unidades de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BARALDI, D.C.; SOUTO, B.G.A. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos brasileiros de ciências da saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 10-17, jan./abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento na práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

HECHERT, A.L.C.; PASSOS, E.; BARROS, M.E.B. Um seminário dispositivo: A humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 13, p. 496, 2009.

SCHOLZE, A.S et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de saúde da família. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 7-12, dez. 2006.

“RELATO DE EXPERIÊNCIA: PRÁTICA MULTIPROFISSIONAL E HUMANIZADA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO NO HUAB”



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Aquino, Danielle Lima de¹; Anjos, Marianne Neves dos¹; Dantas, Silmara Garcia¹; Silva, Ilana Ananias Bento da¹; Ribeiro, Weskley César da Silva¹; Menêzes, Taiana Brito².

(1) Hospital Universitário Ana Bezerra - UFRN, Residência Multiprofissional em Saúde.

(2) Hospital Universitário Ana Bezerra – UFRN, Direção Acadêmica.

A gravidez é um evento marcante na vida da mulher e de seus familiares. Associada às modificações físicas e psicológicas decorrentes das alterações hormonais e influências culturais, tem como marco final o parto, o qual constitui um momento crítico que desperta ansiedade e culmina na separação fisiológica entre mãe e filho. Historicamente, as gestantes eram atendidas e acompanhadas por outra mulher (parteira) no parto. Porém, desde a metade do século XX este panorama mudou e as mulheres passaram a ter filhos em hospitais, e não mais em casa. Dessa forma, surge um modelo tecnocrático e, muitas vezes, conveniente de atenção, proporcionando ao parto a perda de sua naturalidade e passando a ser visto como algo patológico. Assim, foi se incorporando à prática obstétrica uma série de intervenções “necessárias”, a destacar: indução do parto com ocitócitos, episiotomia de rotina e retirada dos bebês de primíparas com fórceps. Pode-se considerar que tais intervenções acabam contribuindo bastante para um quadro de desumanização do parto. Essa forma diferente de atenção foi responsável por dificultar a presença do cônjuge e familiares da mulher no momento do parto, proporcionando um ambiente favorável a um número cada vez maior de intervenções e, conseqüentemente, aumento da morbidade materna. Nesta perspectiva, a assistência ao trabalho de parto tem sido motivo de muitas discussões, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos procedimentos utilizados (CECATTI e CALDERÓN, 2005). Muitos esforços e discussões têm ocorrido em todo o mundo para tentar reintroduzir a liberdade corporal, a autonomia e a participação ativa da parturiente durante o trabalho de parto. Diante do exposto, a



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Organização Mundial da Saúde preconiza como práticas eficientes para melhorar a evolução do trabalho de parto, a liberdade para a parturiente movimentar-se e não ficar em posição supina (OMS, 1996). No Brasil, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde, lançado em junho de 2000, formalizou e evidenciou iniciativas que já vinham ocorrendo no sentido de se recuperar uma participação mais ativa da parturiente em todo o processo. O modelo brasileiro de assistência ao parto determina que as práticas de humanização incluam o estabelecimento de políticas de reivindicação dos direitos da mulher, durante o parto, participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, melhoria no modelo de assistência e uso racional de medicamentos, que devem ser baseados em evidências médicas. Assim, a humanização estabelece que a atuação do profissional deve respeitar os aspectos fisiológicos da parturição, não intervir desnecessariamente, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e oferecer o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e os vínculos mãe-bebê através, por exemplo, do estímulo à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto. Neste contexto, está inserido o “suporte intraparto contínuo”, caracterizado pelo protagonismo da mulher em trabalho de parto, no sentido em que ela decide sobre a presença de um acompanhante (que pode ser seu marido ou companheiro, por exemplo), a posição assumida durante o parto e as técnicas, farmacológicas ou não, de alívio da dor (HODNETT et al., 2007). Assim, a Humanização do Parto resgata a voz ativa da parturiente, tratando-a de forma individualizada (DINIZ, 2005). Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de promoção de assistência multiprofissional e humanizada durante o trabalho de parto no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), situado em Santa Cruz-RN, que atende à comunidade do município e da região do Trairí. A equipe é composta por: médico obstetra, enfermeiro obstetra, fisioterapeuta, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, técnicos de enfermagem. A experiência foi vivenciada a partir de um projeto de extensão, envolvendo docentes, residentes multiprofissionais e



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

discentes da Universidade Federal do Rio Grande Norte, ocorrendo em plantões semanais no HUAB, no período de fevereiro a maio de 2011. O projeto de extensão foi desenvolvido no setor de saúde da mulher que abrange pré-parto, sala de parto e alojamento conjunto, onde eram identificadas gestantes em trabalho de parto no momento do internamento, considerando os seguintes critérios de inclusão: idade gestacional maior que 37 semanas; trabalho de parto; feto vivo com vitalidade satisfatória (na admissão); apresentação cefálica de vértice. E como critérios de exclusão: indicação imediata de cesariana (placenta prévia, desproporção céfalo-pélvica, sofrimento fetal agudo, oligo-hidrânio grave, feto macrossômico, e apresentação córmica); Cesarianas eletivas (gestações de alto-risco). Caso preenchessem os critérios de elegibilidade, as parturientes seriam submetidas, inicialmente, a uma anamnese e avaliação multiprofissional. Dentro do período mencionado foram acompanhadas 50 parturientes, durante todo o trabalho de parto respeitando os pressupostos da Humanização, conforme a recomendação da OMS e do Ministério da Saúde. Foram realizadas massagens terapêuticas, realização de exercícios pélvicos na posição ortostática e na bola suíça, estímulo a deambulação e a adoção de posturas verticalizadas, como também musicoterapia, exercícios respiratórios e banhos quentes, e não realização de episiotomia. Dentro das primeiras 24h de pós-parto foram realizadas visitas puerperais no alojamento conjunto, momento no qual eram esclarecidos com olhar multiprofissional, os benefícios e aspectos favoráveis da amamentação, bem como a adoção de posturas corretas na hora de amamentar, hábitos alimentares adequados, orientações farmacêuticas quanto ao uso racional e responsável de medicamentos visando desencorajar a automedicação, a importância do vínculo mãe-bebê e a distribuição de folheto informativo para reforçar estas informações. A partir da implantação deste projeto de extensão pode-se observar uma maior participação e adesão de médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogas, nutricionistas, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem em um modelo multidisciplinar e humanizado de assistência ao trabalho de parto e parto. A vivência da equipe



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

multiprofissional promoveu uma assistência e suporte contínuos e humanizados durante o trabalho de parto, garantindo a parturiente o acesso a métodos menos intervencionistas e não-farmacológicos para alívio da dor, como também o incentivo a mobilidade e a adoção de posturas adequadas, estimulando a presença de acompanhantes, como também a amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e o aleitamento prolongado até os dois anos de vida, conforme as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar do binômio mãe-bebê, assim como os relatos positivos de satisfação das mães. As diversas medidas adotadas pela equipe multiprofissional puderam garantir uma melhora no acesso, acolhimento, qualidade e resolutividade da assistência obstétrica. Porém, isto não significou apenas tornar o ambiente no centro obstétrico mais agradável, mas garantir que os direitos e valores das parturientes sejam preservados. A partir da implantação deste modelo de humanização durante o trabalho de parto as decisões passaram a ser compartilhadas com a gestante proporcionando melhorias no modelo de assistência. Destaca-se também como resultado significativo deste trabalho, a oportunidade de relacionar conceitos e práticas, formar condutas contínuas e integrais com ampliação de olhares, proporcionando a articulação entre fazer – saber multiprofissional e humanizado, bem como a melhoria dos serviços prestados no âmbito de saúde da mulher garantindo um cuidado integral que não se concentre em práticas intervencionistas, mas em assistência mais humanizada, resgatando os princípios da autonomia que estimula o importante papel que a mulher deve adotar na tomada de decisões com respeito aos cuidados de sua saúde, tendo o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo, sua vida e a do seu filho.

Referências

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.3, p.627-37, 2005.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Hodnett D, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3. [DOI:[10.1002/14651858.CD003766.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub2)], 2007.

Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**.v.27, n.6, p.357-65, 2005.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra; World Health Organization, 1996.

“RESIDÊNCIA: IMPACTO NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA QUADRA 407 NORTE.”

Albuquerque, Socorro Ribeiro¹;Oliveira, Rejane M^a de S. Pereira²

¹ ²Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade/Universidade Federal do Tocantins.

Introdução: Este trabalho é relato de experiência sobre as ações da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e comunidade e seu impacto no processo de trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família. Realizada pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade com os funcionários da Unidade Saúde da Família/USF da Quadra 407 Norte-Palmas/TO. Tem como aporte teórico avaliação, monitoramento e humanização em saúde ¹ ². Metodologia: Estudo transversal, baseado no instrumento de coleta de dados em formato de questionário. Tendo como amostra a equipe da Estratégia Saúde da Família da ESF 407 Norte, no Município de Palmas-TO. Resultados e discussão: a Residência Multiprofissional objetiva formar profissionais com visão integrada de saúde, clínica,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

mental e pública com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade. Está pautada na Política Nacional de Humanização/PNH e na Estratégia Saúde da Família/ESF. A ESF da 407 Norte possui uma média de 1035 famílias cadastradas; atende uma população de baixa renda; tem como principais possibilidades de lazer praia e futebol; os principais riscos à comunidade são álcool, drogas, violência, tabagismo. Frente às problemáticas vivenciadas pela equipe relativas aos processos e relações de trabalho, foram elencados três intervenções a serem implementadas, a saber, Grupo de Trabalho Humanizado/GTH; Conselho Local de Saúde; grupo de estudo e saúde do trabalhador/GEST, para cada uma delas foram criados indicadores de avaliação e monitoramento. Resultados dos Indicadores Monitorados do GTH: aplicado em forma de entrevista, 32 questionários, o que representa 0,96% da população sobre o acolhimento recebido na unidade. 76% dos entrevistados aprovaram o acolhimento recebido na USF. 65,62% avaliaram que o atendimento continua o mesmo sem alteração; 75% usuários disseram não ter nenhuma reclamação a fazer do acolhimento. O índice de melhora a partir dos grupos foi baixo, acredita-se que é devido a dois fatores: pouco tempo para alcançar modificações e baixa participação dos profissionais da recepção nas reuniões de GTH, sendo que a maior participação é das agentes comunitárias de saúde/ACS. O maior índice de participação no GTH foi de 80,77% dos trabalhadores; as demais tiveram entre 57,69 e 38,46% de participação. Avalia-se ser um número satisfatório, pois o GTH requer participação ativa dos trabalhadores interessados em discutir a relação de trabalho³. Constatou-se grau de confiança no GTH de 91,1%, que é um número muito satisfatório, que dá abertura para que tragam problemáticas para a discussão e, assim, resolvam os conflitos de trabalho e pessoais, reduzindo o adoecimento dos trabalhadores. Resultados dos indicadores sobre fortalecimento/revitalização do Conselho Local de Saúde: 26,78% de participação de todo conselho em reuniões; conselheiros representantes dos usuários que participaram nas reuniões apresentou uma média insatisfatória; conselheiros



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

representantes dos trabalhadores apresentaram média insatisfatória, de 1,14 de participação e um percentual de 28,57%; foram apontados apenas dois problemas pela comunidade para discussão no conselho, uma média de 0,28 de problemas levantada pela comunidade em reunião de conselho. Percebe-se que a composição do conselho esta constituída de forma irregular, pois no tripé a única representação que está de forma correta é a dos trabalhadores, na representação dos usuários há dois trabalhadores um titular e outro suplente enquanto deveria ter somente usuários, episódio que pode implicar diretamente na participação efetiva dos usuários de fato e na resolubilidade do CLS. Resultados dos Indicadores Monitorados do Grupo de Estudo: 95% dos funcionários responderam que já participaram de algum tipo de atividade de educação permanente na unidade. Percebe-se uma participação significativa das ACS, porém falta canalizar esse potencial em ação prática. A realização de encontros para estudo/treinamento acontece em nível de Secretaria Municipal de Saúde, que promove cursos em várias áreas e convoca os funcionários para participarem. No período de julho a outubro realizamos 06 encontros para estudos, atingindo 150% sobre a quantidade prevista. 95% dos trabalhadores afirmaram que estão satisfeitos com os momentos de estudos. Resultados dos Indicadores Monitorados – Saúde de Trabalhador: realizado análise comparativa do peso dos funcionários entre os meses de agosto e outubro mostrou que 7 pessoas aumentaram de peso, sendo que juntas ganharam 8,5 Kg, e 10 pessoas reduziram o peso, e juntas perderam 18 Kg. Esse resultado foi positivo, visto que muitas estavam acima do peso, e que os profissionais levaram a sério a proposta de reduzir massa corporal para melhoria da saúde; em relação à prática de atividade física fizemos um comparativo das respostas de agosto e de outubro, verificamos com a pesquisa que 5 pessoas diminuíram a prática de atividade física e 6 pessoas aumentaram; a soma geral da frequência de atividade física da equipe se manteve em 3 vezes por semana. A auto avaliação sobre a própria alimentação, 13 pessoas responderam que a sua alimentação melhorou nos últimos 3 meses, 2 pessoas disseram que piorou e 7



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

afirmaram que sua alimentação não teve alteração nos meses de intervenção. O resultado foi satisfatório e corrobora a redução de peso do indicador e a melhora da alimentação relacionada à redução de massa corporal. Os principais sintomas apresentados pelos trabalhadores foram: dor de cabeça, desânimo, e irritação. Em outubro que os sintomas mais frequentes que apresentaram nos últimos 3 meses foram: Dor de cabeça, Desânimo e Boca seca. Esses dados mostram resultado negativo para a saúde do trabalhador, visto que aumentou o número de pessoas que apresentaram dor de cabeça, desânimo e boca seca, os demais sintomas do questionário ou se mantiveram ou reduziram apenas em 1 o número de pessoas com os sintomas. Os sintomas mais frequentes entre os trabalhadores podem ser devido a condições climáticas, altas temperaturas nesse período; condições geradoras de estresse, como problemas familiares e pessoais, excesso de trabalho, situações a serem resolvidas sem que se tenha um método definido para tal. Medimos a auto avaliação dos profissionais do grau de satisfação com o trabalho nos últimos 3 meses, período em que intervimos. O quantitativos de 7 pessoas indicaram que o trabalho melhorou e 14 pessoas que não teve alteração, ninguém respondeu que o trabalho piorou neste período. Esse resultado no leva a pensar que a intervenção para saúde do trabalhador e através de GTH surtiu efeito. Conclusão: A análise das ações da Residência constata impacto positivo no processo de trabalho da equipe como a melhoria no relacionamento entre os membros da equipe; preocupação com os fatores de risco, que podem levar ao adoecimento físico e psicológico; interesse pela educação permanente em serviço; mudança na rotina de trabalho.

Palavras chaves: indicadores de saúde; avaliação; monitoramento; produção de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. SANTOS FILHO, serafim Barbosa. Indicadores de Valorização do Trabalho e Trabalhadores da Saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. Coleção saúde Coletiva, Ijuí, 2009; p.143-171.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

2. BRASILIA. Ministério da Saúde. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009. 46p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização: GTH – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

“TELESSAÚDE: INSTRUMENTO DE TRABALHO PROMOTOR DA INTERIORIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE”

Silva, Amanda Tabosa Pereira da¹; Silva, Andresa Tabosa Pereira da²; Alves, Danielle Santos³; Novaes, Magdala de Araújo⁴

(1) Graduanda em enfermagem pela UFPE; (2) Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE); (3) Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Saúde da Mulher e Saúde da Família. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal de Pernambuco. NUTES/UFPE; (4) Doutora em Bioinformática pela Université D’Aix-Marseille II. Professora Adjunta do Departamento de Medicina Clínica da UFPE.

E-mail: amandatabosa@gmail.com

Introdução: A estratégia de Saúde da Família tem a proposta de reorganização do modelo assistencial da atenção básica, garantindo universalidade ao levar à população, geralmente mais carente, uma assistência em saúde nas regiões satélites de pólos de saúde. Constitui-se por uma equipe multiprofissional responsável pela saúde de uma comunidade [1]. Nas áreas de difícil acesso geográfico, observa-se privação de ações em saúde de caráter curativista, assim como das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Fato este que pode ser atribuído à escassez de profissionais de saúde de nível superior que não são atraídos a trabalharem nessas áreas. Acrescido a isto, há uma dificuldade de permanência e grande rotatividade dos mesmos em virtude



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

de baixos investimentos na capacitação e aperfeiçoamentos destes profissionais necessitando de deslocamento para a realização de cursos. Diante do exposto, a proposta como o Programa Telessaúde Brasil e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) são grandes alternativas para contornar estes empecilhos e ajudarem na qualidade da capacitação desses profissionais e, por conseguinte, garantia de acesso a saúde e a melhoria do atendimento à população [2]. Com a proposta de capacitar as Equipes de Saúde da Família (ESFs) para atuação na atenção primária, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Educação Permanente, visando à educação para o trabalho na perspectiva de mudanças das práticas diárias. Neste contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com os Ministérios de Ciência e Tecnologia e Educação, implantou o Programa Telessaúde Brasil, com a proposta de desenvolver ações de apoio a assistência à saúde e educação permanente das ESFs. O programa propõe integrar as Unidades de Saúde da Família (USFs) com os centros universitários de referência, por meio dos Núcleos de Telessaúde sediados nas universidades [1].

Objetivo: Descrever os benefícios e as dificuldades da informatização em saúde para as equipes da Estratégia de saúde da família (ESF) em locais geograficamente distantes dos grandes centros urbanos. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência das atividades de capacitação continuada em serviço do Núcleo de Telessaúde de Pernambuco (NUTES/UFPE) através da tele-educação. Os temas são definidos em função das demandas espontâneas dos profissionais de saúde e dos gestores parceiros da RedeNUTES, perfil epidemiológico de Pernambuco e temáticas prioritárias do Ministério da Saúde. A programação é disponibilizada na agenda do Portal RedeNUTES (www.redenutes.ufpe.br) [3]. Então, é feita a seleção de um especialista na temática, chamado de teleconsultor. No segundo momento, ocorrem os seminários por webconferência, com um moderador da discussão do tema proposto e abertura para perguntas feitas pelos profissionais cadastrados previamente, em geral as perguntas são realizadas ao final da apresentação. **Resultados e Discussão:** Em Pernambuco, o Programa possibilitou a expansão da Rede de Núcleos de Telessaúde



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(RedeNUTES), criada em 2003, para 100 USFs, abrangendo as onze Gerências Regionais de Saúde (GERES). Em dezembro de 2010 esteve presente em 77 municípios, totalizando 103 pontos de telessaúde. De 2008 a 2010, foram feitos 424 seminários pela webconferência, beneficiando 19831 profissionais de saúde de 184 municípios do Estado de Pernambuco. Neste período, 3315 dúvidas sobre processo de trabalho, terapêutica e casos clínicos foram discutidas e esclarecidas durante as sessões por webconferência. A proposta do projeto RedeNUTES do NUTES/UFPE é melhorar a qualidade dos atendimentos nas USFs através da capacitação continuada e discussão de casos clínicos, com resultados positivos na resolubilidade e agilidade no nível primário de atenção à saúde. Também se pretende reduzir os custos, diminuir os deslocamentos de pacientes para centros terciários, fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, melhor agilidade no atendimento prestado e otimização dos recursos dentro do sistema como um todo. Diante disso, a tecnologia vem se mostrando como recurso viável e otimizador dos recursos humanos, pela sua economia aos cofres públicos e praticidade na promoção de capacitação em saúde a distância e em tempo real [4]. A interiorização da saúde, por meio da tecnologia, abre novos horizontes de discussão que possam englobar estes profissionais e permitir sua valorização e diminuir a rotatividade. A população se beneficiaria pelo acesso aos serviços de saúde mais próximo das suas residências, pela possibilidade de se manter fixo os profissionais já capacitados no território em questão [1]. No que tange as principais dificuldades elencadas, observou-se descompassos de ordem tecnológica como a indisponibilidade da internet nos interiores, além de profissionais com dificuldade da utilização e manuseio de recursos informatizados. **Conclusão:** Apesar das dificuldades, é pertinente admitir que o profissional da área da saúde, em função das necessidades impostas pelo advento tecnológico contemporâneo, especialmente nessa área, desenvolva competências e saberes relativos a um “pensar e agir” que inclua o uso das tecnologias da informação e da comunicação no intuito de enriquecer e ampliar a prática profissional, que busque a educação permanente e a participação social nos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

campos em que vier a atuar. A união da tecnologia com a saúde se mostra como instrumento de grande relevância na otimização de tempo, recurso humano e principalmente financeiro, permitindo o investimento na educação continuada. Sugere-se que, haja investimentos por meio da expansão tecnológica, informatização dos profissionais da assistência em saúde, implantação de sistema integrado e recursos em computadores e internet. E por fim, a manutenção destes itens para que ocorra garantia de continuidade destas ações.

Referências bibliográficas

1. Sanches, L. M. P; Cruz, Elisabeth Lima Dias ; Alves, Danielle Santos ; Machiavelli, J. L.; Novaes, Magdala de Araújo. Seminários e dúvidas clínicas por webconferência: fortalecendo a prática da enfermagem na atenção primária..XII CBCENF. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem. 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Telessaúde Brasil. Disponível em: www.telessaudebrasil.org.br. Acesso em 11 de junho de 2011.
3. NUTES. Núcleo de Telessaúde de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco. Programa Telessaúde Brasil/PE. Disponível em: www.redenutes.ufpe.br. Acesso em 11 de junho de 2011.
4. Arieira J. O, Dias-Arieira,C. R., Fusco, J. P. A., Sacomano, J. B., Bettega, M. O. P. Avaliação do aprendizado via educação a distância: a visão dos discentes. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 63, p. 313-340, abr./jun. 2009.

“VERTENTES DO APOIO MATRICIAL NO TRABALHO DO NASF”

Sampaio, Juliana¹; Martiniano, Cláudia Santos ²; Rocha, Aline Maria de Oliveira¹;
Souza Neto, Antonio Alves de¹; Oliveira Sobrinho, Gilberto Diniz de¹.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

¹Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

²Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Introdução: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), implantado em 24 de Janeiro de 2008 através da Portaria nº 154/GM, propõe a inclusão de novas [categorias](#) profissionais na atenção básica para assessorar a equipe de saúde da família (ESF) e apresentar novas modalidades de intervenção e cuidado. O modelo teórico de apoio matricial ajuda a compreender o papel dos NASF de assegurar às ESF conhecimentos especializados e, trabalhando com elas de maneira interdisciplinar e intersetorial, esse núcleo de apoio oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico sem assumir a referência do cuidado ou apresentar-se como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado. Contudo, a operacionalização desse apoio não é uniforme, ora pela multiplicidade de interpretações possíveis das diretrizes ministeriais, ora por diferentes direcionamentos dados em cada gestão municipal. Assim, a partir da análise das práticas profissionais das equipes NASF de Campina Grande, do apoio matricial desenvolvido por outros municípios e da proposta do Ministério da Saúde, foi possível compreender que existem várias vertentes de apoio matricial sendo desenvolvidas. **Metodologia:** Inicialmente, realizou-se uma análise documental do projeto de implantação do NASF da secretaria municipal de saúde de Campina Grande e de documentos de gestão que relatam as atividades das equipes dos NASF na referida cidade, como relatórios e planilhas de planejamentos. As diferentes propostas de apoio foram identificadas a partir de revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: UptoDate, Lilacs, Medline, Cohcrane, Google Acadêmico e Scielo. Concomitante a isso, realizaram-se 240 horas de observações participantes do processo de trabalho dos profissionais do NASF de Campina Grande. Em seguida, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a 36 profissionais NASF, 2 gerentes distritais e o coordenador geral do NASF, totalizando 39 entrevistas. Adicionada às



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

etapas sobrescritas, concretizou-se 240 horas de um estágio de vivência junto aos apoiadores matriciais do Município de João Pessoa, cujo objetivo foi identificar o modelo de apoio desenvolvido naquela cidade. Após isso, todos os dados coletados foram organizados e ordenados em categorias temáticas e analisados à luz do referencial metodológico. Para garantir o enquadramento ético da pesquisa, os profissionais entrevistados assinaram um Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido e foi consentida a carta de anuência pela Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo 0177.0.133.000-10. **Resultados e Discussão:** A análise do processo de trabalho do NASF evidenciou diferentes vertentes do “apoio matricial”, sendo praticadas em diferentes gestões municipais. O apoio gerencial, a primeira delas, destina-se a solucionar problemas estruturais e administrativos das unidades de saúde reeditando a racionalidade gerencial hegemônica característica da administração taylorista. Os apoiadores encarnam, frente aos profissionais de saúde, a figura de “representantes da gestão” do município, inseridos nas unidades de saúde para fiscalizar o processo de trabalho como uma espécie de equipe descentralizada do grupo de comando gerencial. Na acepção político-institucional do apoio, segunda vertente observada, os apoiadores fazem operar os direcionamentos políticos defendidos pela gestão na condução das ações de saúde nos territórios. Esses profissionais se organizam em grupos de trabalho para disparar processos específicos de políticas setoriais – como saúde da mulher, saúde do idoso, atendimento domiciliar e fortalecimento da participação popular – e utilizam como instrumentos de trabalho oficinas, capacitações, estímulos a grupos operativos, promoção de rodas de conversa entre outros. Sequencialmente, o apoio técnico-pedagógico concebe o desenvolvimento de processos de educação permanente junto às ESF, fortalecendo-as para que consigam garantir maior resolubilidade aos problemas de saúde do seu território. Para tanto, os saberes próprios de cada profissão componente da equipe do NASF são compartilhados com as ESF na resolução conjunta de situações que findam por apoderar essas equipes de novas



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

possibilidades de caminhos a serem percorridos. Por fim, o apoio técnico-assistencial consiste na ampliação do escopo intervencionista das ESF a partir da realização pelo NASF de atendimentos diretos ao usuário, com cada profissional apoiador desempenhando clinicamente sua profissão. **Considerações Finais:** As diferentes acepções do apoio matricial, embora não sejam necessariamente contraditórias ou excludentes, implicam diferentes possibilidades e limitações para a implantação do NASF. Essa variabilidade permite que cada gestão municipal direcione o apoio matricial da forma que mais convier à rede de saúde existente ou à proposta política da saúde existente na cidade. Dessa forma, torna-se urgente ampliar o debate sobre o apoio matricial e propostas de gestão de modo a contribuir com a real qualificação da atenção básica à saúde.

Bibliografia

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008c. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF**. Extraído de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>. Acessado em 25/04/2010.

CAMPOS, G. W. de S., **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência & Saúde Col. 4(2):396, 1999.

CAMPOS, G. W. de S., **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2007.



**II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

**TRABALHOS APROVADOS PARA
APRESENTAÇÃO NA MODALIDADE
PÔSTER**



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF”: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Silvestre, Elinando da Silva Filho¹; Virgínio, Izabella Maria Pereira¹; Arruda, Sheila Elcielle d’ Almeida¹; Almeida, João Maurício¹; Guerra, Elda Azevedo¹

(1) Universidade de Pernambuco UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família.

INTRODUÇÃO. A Assistência Farmacêutica (AF) tem por objetivos: assegurar o acesso da população à farmacoterapia de qualidade, contribuir para o uso racional de medicamentos, oferecer serviços farmacêuticos aos usuários e à comunidade¹. Em atuação no NASF visa fortalecer a inserção da atividade farmacêutica e do farmacêutico de forma integrada às equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, cujo trabalho buscará garantir à população o efetivo acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo com a resolubilidade das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, conforme estabelecem as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.² **OBJETIVO.** Relatar a experiência de Residentes Farmacêuticos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com atuação no NASF. **RELATO DA EXPERIÊNCIA.** Trata-se de uma experiência vivenciada na área adscrita a três Unidades de Saúde da Família em Recife-PE. As atividades realizadas no território foram baseadas no Caderno da Atenção Básica – Diretrizes do NASF e na PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** Os residentes farmacêuticos baseando-se nas Diretrizes e Portaria do NASF puderam realizar:



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

reuniões com as equipes de Saúde da Família e com as equipes das farmácias distritais auxiliando no planejamento das ações; Interviram nos grupos de educação em saúde/ Atividades comunitárias (Hiperdia, Grupo de Homens e Grupo de Emagrecimento) com a finalidade de promover o uso racional de medicamentos; realizaram visitas domiciliares em atendimentos específicos da área de formação bem como atendimentos conjuntos com outros profissionais de saúde mediante trocas de saberes; atendimento familiar e/ou individual; educação permanente das ESF e do NASF empoderando-as a orientar os usuários sobre os procedimentos necessários para acessar os medicamentos, recursos e serviços de AF especializada no SUS e realizar a vigilância do uso dos medicamentos nos territórios. CONCLUSÕES. Através deste trabalho podemos observar que a inserção do farmacêutico no apoio a saúde da família tem contribuído com experiências exitosas nas ações realizadas no território permitindo o planejamento das ações de saúde articuladas a ESF com foco nas reais necessidades dos grupos populacionais da sua área de abrangência. REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).
2. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 154/08 de 24 de janeiro de 2008 – Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)**. Brasília, 2008.

“A EXPERIÊNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO DA USF CÓRREGO DO EUCALIPTO NO MUNICÍPIO DE RECIFE - PE”

Guerra, Elda Azevedo¹; Souza, Adriana Patrícia Ferreira Carmem¹; Araújo, Amanda de Azevedo¹; Sekitani, Laís Harumi¹; Eskinazi, Paula Roberta Vieira¹; Júnior, Ricardo Ferreira dos Santos².



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

- (1) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Alunas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família
- (2) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Aluno da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade

Introdução: O processo de mapeamento e descrição do Espaço de uma determinada área possibilita a produção de informações epidemiológicas e a identificação de possíveis áreas e populações de risco¹. A territorialização da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) é ponto de partida para a organização das práticas de vigilância em saúde, das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações de saúde. O estudo é um relato de experiência dos Residentes em Saúde da Família, da Universidade de Pernambuco, na disciplina de Espaço e Território, no período de Abril a Maio de 2011, realizado na Comunidade do Córrego do Eucalipto, localizada entre os Bairros da Macaxeira e Nova Descoberta no município de Recife - PE. **Objetivo Principal:** Obter uma visão clara e detalhada da realidade, permitindo um melhor direcionamento das ações de promoção da saúde da população assistida. **Relato da Experiência:** foram realizadas visitas diárias à comunidade com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) para conhecer melhor o local e identificar suas potencialidades e vulnerabilidades. Em seguida, discutiram-se as relações da categoria espaço e suas sub-categorias paisagem, área, território e lugar, tendo como base os textos do autor Milton Santos^{2e3}. Por fim, foi elaborado um mapa da área onde se identificou as regiões de risco e os espaços de convivências. **Resultados e Discussão:** Em relação ao espaço-área, a USF é composta por duas equipes e atende cerca de 1670 famílias divididas em 10 microáreas com nove ACS's. O lugar se constitui quando atribuímos sentido aos espaços, buscando aspectos culturais e históricos. Portanto, de acordo com moradores, a comunidade do Córrego do Eucalipto tem esse nome devido



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

à presença de pés de eucalipto no local antes deste ser habitado. Segundo Milton Santos² espaço paisagem é tudo aquilo que se vê logo a comunidade é caracterizada por ruas planas, escadarias, rampas, barreiras, muros de arrimos, presença de lixos no início das escadarias e refluxo do esgoto na rua principal. O espaço-território é onde se verifica a interação população-serviços no nível local, sendo assim observou-se alguns equipamentos sociais como escolas, igrejas, praça, associação dos moradores e diversos pontos de comércio distribuídos por toda a comunidade. **Considerações**
Finais: Constatou-se a importância de se conhecer o território para que se possa planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às reais necessidades da comunidade.

Referências: 1- GONDIM, G. *et al.* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload>>. Acesso em: 23 de maio de 2011. 2- SANTOS, M. Metamorfoses do Espaço Habitado, Fundamentos Teórico e Metodológico da Geografia. Hucitec. São Paulo, 1998. 3 - _____. O Retorno do Território. Em: OSAL: Observatório Social de América Latina. Año 6 n° 16 (jun. 2005). Buenos Aires: CLACSO, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>.

“A EXPERIÊNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO DAS COMUNIDADES IRAQUE/RUA DO RIO-RECIFE-PE”

Andrade, Michelly Evangelista de^{1,2}; **Pereira, Natália Monteiro**^{1,2}; **Silva, Adriana Maria da Costa Marques da**^{1,2}; **Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade**^{1,2}; **Bernart, Fabiana Damo**^{1,2}; **Silva, Janice Lemos de Araújo**^{1,2}.

(1) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF/UFPE); (2) Centro de Ciências da Saúde (CCS).



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Introdução: A territorialização é um processo de observação e caracterização da realidade local de uma região. É uma etapa de grande importância para a Estratégia de Saúde da Família/SUS por permitir a organização de ações de saúde direcionadas às necessidades de uma determinada comunidade. Esse processo engloba um conjunto de ações para a identificação de barreiras geográficas e das condições sanitárias locais, além de caracterização dos aspectos socioeconômicos e culturais, com a finalidade de conhecer as necessidades de saúde de uma comunidade, para que as ações de saúde se tornem mais objetivas, precisas e eficazes na sua realização.

Objetivo: Conhecer o processo de territorialização das comunidades Iraque e Rua do Rio e compreender o processo saúde-doença das mesmas. **Relato de Experiência:** A atividade inicial da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco foi a realização da territorialização das comunidades do Iraque e Rua do Rio, ou seja, local onde há duas equipes de saúde da família e onde os residentes irão atuar nos próximos 2 anos. Para a coleta de dados da etnografia, a qual se caracteriza como um método de investigação científica que traz, em si, um potencial desvelador das atitudes, interesses, crenças e valores, pela perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo, tanto os que pesquisam como os pesquisados, foram realizadas pelos residentes visitas domiciliares e entrevistas com os moradores mais antigos dessas comunidades, representantes religiosos, lideranças locais e profissionais de saúde. **Resultados e Discussão:** Esse trabalho possibilitou aos residentes o reconhecimento desse território fato que é de fundamental importância na valorização da vivência cotidiana das populações locais e auxilia no conhecimento de forma mais abrangente da realidade local e da vida dos usuários. Além de servir de base para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como na definição de prioridades e estratégias voltadas para a resolução dos problemas e carências da comunidade, inserindo a população como participantes ativos desse processo. Além da detecção de espaços de convivência que podem servir como futuros parceiros de ações de promoção e prevenção, como escolas, igrejas e associações.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Conclusão: Mais que a simples descrição de uma população, a territorialização permitiu o fortalecimento do trabalho em equipe, o estabelecimento de vínculo com os profissionais da USF e com a comunidade além de possibilitar o acesso às informações que servirão de guia para o planejamento e execução das ações dos residentes nessa USF de acordo com a governabilidade dos mesmos.

Referências

GONDIM, G.M.M.; *et al.* **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização.** In: CARVALHO, A.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J.; MONKEN, M. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008;

Almeida RF, Miranda ML, Araújo IS. **Monografia coletiva sobre territorialização.** 2005. 23 f. Relatório – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Vitória da Conquista – BA; 2005.

“A PEDAGOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NAS VISITAS DOMICILIARES”

Silva, Andresa Tabosa Pereira da¹; Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de²; Silva, Amanda Tabosa Pereira da³; Gomes, Pedro Araújo⁴, Pires, Débora Louise Lima de Moraes⁵

(2) Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMSF/UFPE); (2) UFPE, professora do departamento de enfermagem; (3) Graduanda em enfermagem da UFPE;

(4) Terapeuta ocupacional residente do PREMSF/UFPE; (5) Educadora física residente do PREMSF/UFPE.

E-mail: andresatabosa@hotmail.com

A Atenção Básica (AB) é o primeiro contato dos indivíduos com o Sistema Único de Saúde, promovedor dos cuidados em saúde no território adscrito e a atenção contínua. Uma estratégia da AB é a visita domiciliar (VD) que visa protagonizar o sujeito, propondo qualidade de vida e criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

humano. Não se limita apenas a prevenção de doenças, mas a promoção de saúde. Objetivou-se inferir a visita domiciliar como espaço valioso de pactuação dos cuidados em saúde. Neste relato de experiência, janeiro a maio de 2011, as VDs foram realizadas por demanda dos agentes comunitários, tendo observações sistematizadas, iniciado pelo fator desencadeador da VD, depois a dinâmica familiar e moradia. No segundo momento, a problematização dos achados e a pactuação dos cuidados em saúde. O resultado da contextualização dos sujeitos promove o bem-estar com a transformação da qualidade de vida por meio da promoção da saúde. O entrelaçamento da qualidade de vida com a promoção de saúde se dá por meio da educação em saúde, tornando-se instrumento importante do trabalho profissional. Diferente do atendimento em consultório, o domicílio se mostrou como valioso campo de atuação dos profissionais, pois os indivíduos são avaliados em sua integralidade e se sentem menos acuados. Nas residências visitadas, identificou-se múltiplas carências como de: saúde, escuta, apoio e informações que os tornam muito vulneráveis aos agravos em saúde. As famílias, nas VDs, mostraram-se receptivas aos profissionais e quando realizada continuamente, agrega sentimento de sujeitos participantes do processo de saúde e não mero objeto de depósito de informações. A informação deve ser utilizada como potencializador da transformação do meio onde vive. Portanto conclui-se que adentrar o “universo” do outro, permite ao profissional a identificação dos possíveis problemas e a problematizar juntamente com a família. Não é coagir, mas auxiliar a compreensão do contexto, promovendo a consciência do existir. A relação de mutualidade permitiu planejar os cuidados pactuados em saúde, respeitando singularidades. A pactuação dos cuidados de saúde representa mudança de postura profissional, não culpabilizando apenas o indivíduo no adoecimento. Favorece adesão e efetividade do planejamento em conjunto. E, estimula autonomia, instrumentalizado para enfretamento dos agravos. Ressalta-se a continuidade da assistência após a VD com os devidos encaminhamentos e retorno para avaliações.

Referências



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Vol. 4 - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 1ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. Saúde da família - uma abordagem multidisciplinar. 2ª Ed. Rio de Janeiro, Editora Rubio, 2009, cap. 12, 84-91p.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da saúde - conceitos, reflexões, tendências. 1ª Ed. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2003, cap.2, 39-52p.

“A TERRITORIALIZAÇÃO COMO UM INSTRUMENTO DE TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Helena, Talita Monteiro de Moura¹; Silvestre, Elinando da Silva Filho¹; Martins, Kadidja Fernanda dos Santos¹; Nascimento, Kalyne Ferreira¹; Briano, Priscilla Pedrosa¹; Silva, Edjaneide Maria da¹

⁽²⁾ Universidade de Pernambuco UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família.

INTRODUÇÃO. A territorialização na saúde tem como objetivo descrever e mapear o território enquanto categoria analítica do espaço de abrangência do trabalho, identificando os equipamentos sociais, bem como organizações sociopolíticas da comunidade e do Estado. A geografia antes estava atrelada a conceitos antigos, que



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

excluía as ciências sociais, hoje trabalha com a área metamorfozeante e viva, com capacidade e potencial para mudança.¹ Na Atenção Primária, especificamente no trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família, a territorialização é um dos pressupostos básicos. Está pautada em demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais como centros de referência.² **OBJETIVO.** Relatar a experiência de residentes em Saúde da Família nas atividades de mapeamento do território como instrumento para conhecer sua realidade social, econômica, cultural e ambiental. **RELATO DA EXPERIÊNCIA.** Trata-se de uma experiência vivenciada na residência multiprofissional em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco, especificamente no Módulo: Conhecendo o Território, espaço urbano e ambiente, comunidade e coletividades. O local do estudo se constitui em área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) José Bonifácio dos Santos, situada em um bairro do Recife. O período do estudo foi de abril a maio de 2011. Quanto aos procedimentos os atores envolvidos foram informados sobre o recolhimento de informações e de que os dados obtidos seriam utilizados no estudo e o sigilo das informações seria mantido. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** Os residentes foram inseridos na USF, com intuito de realizar um diagnóstico da situação de saúde. *In loco* realizaram passeios ambientais, sob o acompanhamento de agentes comunitários de saúde, na área de abrangência da unidade para descrever e mapear o território. O espaço foi explorado no âmbito das relações sociais, econômicas, aspectos do espaço-paisagem bem como equipamentos sociais. As informações colhidas foram utilizadas na confecção do mapa de área. O produto desse trabalho mostrou que a territorialização é estratégica, obtendo-se subsídios para o diagnóstico situacional. **CONCLUSÕES.** Este processo contribuiu com a USF, pois poderá subsidiar o planejamento das ações com foco nas reais necessidades dos grupos populacionais da sua área de abrangência. Entendendo que a territorialização constitui um método importante, sobretudo porque sua aplicação aproxima a equipe à realidade baseada



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

nos aspectos da dinâmica populacional. REFERÊNCIAS 1. Metamorfose do Espaço Habitado (livro) - Milton Santos. Por uma concepção dialética do espaço: o conceito de *Formação Espacial* em Milton Santos - Luís Carlos Tostas Reis. UFRJ. 2. Priscila MBP, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2006 Jun [Cited 2011 maio 25]; WWW.hygeia.ig.ufu.br.

“A UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA TEATRO DO OPRIMIDO COMO ESTRATÉGIA PARA DISCUSSÃO DO BULLYING NAS ESCOLAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Silva, Janice Lemos de Araújo^{1, 2}; Andrade, Michelly Evangelista de ^{1, 2}; Bernart, Fabiana Damo^{1,2}; Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade^{1, 2}; Silva, Adriana Maria Costa Marques^{1, 2}; Monteiro, Natália Pereira^{1, 2}

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE); (2) Centro de Ciências da Saúde (UFPE)

Introdução: O Teatro do Oprimido (T.O) é uma estratégia político-cultural que utiliza as técnicas de dramaturgia para a sensibilização, compreensão e busca de alternativas para problemas sociais e políticos. Realiza reflexões sobre as relações de poder, explorando histórias entre “opressor” e “oprimido”, numa construção coletiva onde o expectador não só assiste, mas participa da peça (CUNHA, 2005). Dentre as técnicas de T.O existentes, foi utilizado o Teatro Fórum, que consiste em uma representação baseada em fatos reais que mostra uma situação opressiva, apresentada como uma pergunta a ser respondida e que visa à participação dos espectadores na busca das alternativas. O Teatro do oprimido procura “desenvolver o desejo de criar um espaço no qual se possa criar, aprender, ensinar, transformar” (BOAL, 1980). **Objetivos:** Utilizar o T.O como metodologia para provocar um debate na reunião entre preceptores, tutores e



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPE acerca do tema “bullying nas escolas”, objetivando elaborar propostas e encaminhamentos para trabalhar a temática numa escola em área adscrita ao PSF onde o PREMUSF está inserido. **Relato de Experiência:** Após ser feita uma breve explanação acerca da proposta do T.O e da problemática supracitada, foi dramatizada uma cena comum de bullying, onde os agressores ofendem o aluno em sala de aula, com apelidos e brincadeiras humilhantes e repetitivas, e o mesmo se retrai e se esconde no silêncio de sua dor, algo que repercutirá na sua subjetividade para o resto de sua vida, se não for trabalhado e superado. Após a encenação, foi pedido aos participantes que substituíssem um dos personagens da cena propondo mudanças de comportamento e atitudes que poderiam mudar aquela realidade. Os participantes se mostraram bastante interessados e participativos, e após as encenações foi iniciado o debate. **Resultados e Discussão:** Através da realização de um método onde não apenas se expõe o problema, mas se mergulha nele incorporando a realidade retratada, pôde-se extrapolar os muros da teoria e do marasmo acadêmico e adentrar na realidade dos sujeitos envolvidos no problema, e surgiram propostas práticas e compatíveis com a realidade da comunidade e a governabilidade dos residentes. **Conclusão:** O método se mostrou inovador e eficaz na provocação do debate e construção de alternativas de mudanças, dando leque amplo para o trabalho nas escolas da comunidade.

Referências Bibliográficas:

CUNHA, Eselindra Natividade. Centro de Informação Adequado ao Estudo, Ensino e Pesquisa no Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Centro de Informação Científico e Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso;
BOAL, A. Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas. 2 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR E INTERDISCIPLINAR DAS RESIDENTES DE ENFERMAGEM E DE FARMÁCIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Lira, Aline Cavalcante de¹; Fernando, Virginia Conceição Nascimento²;

¹Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); ² Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco (UPE).

Introdução: o Ministério da Saúde propôs o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da reorganização da Atenção Primária (AP), apostando no estabelecimento de vínculo e na criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Assim o padrão de acolhida aos usuários nos serviços de saúde, é um desses desafios. O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorecem a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. Com a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) houve o fortalecimento da AP, profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional passaram a atuar juntos, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios contribuindo para a qualidade de vida da população e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** relatar a experiência da participação interdisciplinar das residentes multiprofissionais em Saúde da Família vivenciada na escuta qualificada do acolhimento de uma Unidade de Saúde da Família em Recife – PE. **Método:** o presente trabalho consiste num relato de experiência sobre a atuação multidisciplinar e interdisciplinar da enfermeira e da farmacêutica, residentes



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

em saúde da família da UFPE, durante a prática do acolhimento nas unidades de saúde da família na qual estavam lotadas. **Relato de experiência:** a escuta qualificada acontecia todas as manhãs, com demanda livre da comunidade, sendo um turno separado para as residentes, onde as mesmas ouviam, por ordem de chegada e respeitadas às prioridades físicas, idade e estado de gestação no atendimento, as necessidades das comunitárias. **Resultados e discussões:** o propósito final do atendimento estava sempre no melhor arranjo de encaminhamentos que trouxesse resolutividade para o problema e a busca para os serviços ofertados na unidade e na rede. O atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes e capacitação, gerou experiência para todos os profissionais envolvidos e maior eficácia e resolutividade nos atendimentos aos usuários. **Conclusão:** a partir da prática multidisciplinar no acolhimento pôde perceber a influência positiva de cada profissional na assistência, com uma continuidade do cuidado e a integralidade da atenção dentro do sistema.

Referencias: Ronzani TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família. *Rev Bras Educ Med* 2004; 28(3):190-197.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad S Pública* 1998; 14(2):429-35.

Ronzani TM, Stralen CJV. Dificuldades de implementação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. *Rev APS* 2003, 6(2):99-107.

“ACOLHIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.”

Soares, Dayana da Silva¹; Bezerra, Merielly Mariano². Farias, Richelly Milena Freire³. Virgínio, Izabella Maria Pereira. Lima, Deise Pereira. 1.UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Assistente Social do programa de Residência Multiprofissional



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Integrada em Saúde da Família. 2. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Enfermeira do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 3. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Cirurgião-Dentista do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 4. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Farmacêutica do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 5. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Nutricionista do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família.

INTRODUÇÃO: O Acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo, no município do Recife, um dos princípios do Modelo de Atenção e Gestão “Recife em Defesa da Vida”. **OBJETIVO:** Apresentar o modelo de acolhimento realizado na USF do Córrego do Jenipapo. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Ao iniciarmos as atividades da RMISF nesta USF, nos foi apresentado o modelo de acolhimento realizado pelos profissionais da equipe. Posteriormente, os residentes se inseriram nessa realização junto aos profissionais. Esta USF convivia com filas formadas durante a madrugada, tendo como critério a hora da chegada, além da conformação do fenômeno da venda de fichas. Com o acolhimento essa realidade se modificou. Hoje, ao chegar na USF, os usuários são acolhidos inicialmente por um ACS que recolhe dados do cartão da família, juntamente com as demandas que trouxeram o usuário e registra esses dados ou situações, que são repassados a outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas e residentes). A partir daí, os usuários são chamados pelo nome e entram individualmente na sala. O profissional inicia um diálogo com o usuário, na perspectiva da escuta qualificada e analisa a demanda trazida, buscando identificar as suas necessidades, fazendo uma avaliação de risco e vulnerabilidade de forma multiprofissional e interdisciplinar, com intuito de organizar a inserção do usuário nas ações programáticas e em situação de quadros agudos é realizado o atendimento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dentro de todas as atividades



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

desafiadoras que são vivenciadas dentro da Estratégia de Saúde da Família, a forma que são acolhidos os usuários é um desafio a ser enfrentado. *O acolhimento favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a legitimação do sistema público de saúde* (MS, 2010). A escuta qualificada faz com que o profissional de saúde vislumbre além da queixa-conduta daquele usuário, que nem sempre tem o atendimento que pediu, mas ele sai com algum encaminhamento para seu problema. Acolher nesta perspectiva não é dizer sempre sim. **CONCLUSÃO:** Com base nessa experiência do acolhimento, percebe-se uma transferência do objeto das ações da doença para o sujeito, a melhoria do acesso dos usuários ao serviço de saúde, favorecendo uma abordagem integral que possibilita a construção de vínculos, uma relação de confiança e compromisso, possibilitando a identificação das necessidades da população. **REFERÊNCIAS:** Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

“AMBIÊNCIA: FATOR DE ACOLHIMENTO NO SETOR DE PEDIATRIA DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO NORTE (UPAN)”

Albuquerque, Socorro R¹; Pizani, Raphaella¹; Catani, Rafaella¹; Tarouco, Felipe¹; Silva, Mauricio José¹; Costa, Silmara¹

¹ Residência Multiprofissional em Saúde e Comunidade/Universidade Feral do Tocantins



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Introdução: Este trabalho configura-se como um relato baseado nas experiências vividas e nas contribuições realizadas por residentes na Unidade de Pronto Atendimento Norte na cidade de Palmas-TO, que constata como a ambiência quanto determinante pode interferir no processo de saúde e doença. A ação teve como prioridade de intervenção o foco na melhoria da ambiência na Enfermaria pediátrica e observação geral. Objetivo: Proporcionar acolhimento dos usuários da enfermaria pediátrica, observação geral. Metodologia: O alcance dos objetivos propostos deu-se mediante a transformação da Enfermaria Pediátrica e Observação Geral. Criou-se espaços lúdicos temáticos: tema fundo do mar e fazenda. Para tanto, contamos com a parceria financeira da Maçonaria. Resultados e discussão: Os ambientes de saúde, de modo geral, são projetados em função das demandas relativas à produção ou em função das tecnologias. Esquecendo que estes espaços destinam-se ao cuidado de pessoas, que em sua maioria estão em situação de vulnerabilidade e fragilidade física e psíquica¹. Conforme a Política Nacional de Humanização – PNH² a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. O acolhimento permite refletir e mudar os modos de operar a assistência³. A Ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana⁴. Portanto podemos inferir que o objetivo foi alcançado, segundo relato dos usuários da enfermaria pediátrica e observação que geral sentiram se acolhidos e pela observação da diminuição do choro e manifestação de alegria das crianças. Houve também os relatos dos funcionários sobre a satisfação com o novo ambiente de trabalho e envolvimento na produção de saúde. Percebemos assim, que foi minimizado o sofrimento e impacto causado pela permanência de crianças em observação pediátrica na UPA norte. Conclusões: Conforme Abdalla (2004) é imprescindível a criação de espaços agradáveis que amenizem os diversos efeitos nocivos aos usuários e aos trabalhadores de saúde. Portanto a ambiência deve ser



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

uma ferramenta facilitador do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (Brasil, 2009).

Palavras-chave: Humanização da assistência, ambiência, saúde pública.

Referências Bibliográficas:

1. Abdala, G. F.; Assis, A.; Cosme, R.O.; Junqueira, W.B.C. O invisível de quem cuida: a humanização das unidades de apoio em ambientes de saúde – uma experiência em Juiz de Fora. Anais do I congresso nacional da ABDEH – IV seminário de engenharia clínica – 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Brasília, 2009, 40 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2.ed. Brasília-2009.

“ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE DA MULHER NUMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Silva, Liza Manuelle Batista Moreira da¹; Silva, Mariana Lima²; Queiroz, Pedrita Mirella Albuquerque³; Farias, Polyana da Nóbrega⁴; Tenório, Ana Paula de Souza⁵.

^{1,5}Enfermeira; ²Terapeuta Ocupacional, ³Nutricionista, ⁴Fisioterapeuta. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Introdução: A gestação por ser um período de transição, faz parte do processo normal do desenvolvimento humano provocando transformações no organismo da mulher e no seu bem-estar biopsicossocial. A atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar a interação dos seguintes fatores: história pessoal, antecedentes ginecológicos e obstétricos, momento histórico da gravidez, características sociais, culturais e econômicas e qualidade da assistência. A assistência integral deve proporcionar à mulher e ao concepto um período de bem-estar, fortalecendo o vínculo mãe-feto (FALCONE, 2005). Dessa forma, a equipe multiprofissional visa atender à paciente como um todo; pois, quanto mais amplas as capacitações para diagnosticar situações de saúde-adoecimento, mais abrangente poderá ser a atuação da equipe (LOPES, 1999). **Objetivos:** Descrever a experiência do modelo de assistência integrada a gestantes, por uma equipe multiprofissional da residência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Brasil. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de residentes: terapeuta ocupacional, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeiras acerca dos benefícios e desafios a serem enfrentados quanto à atuação integrada no setor da maternidade do referido serviço de saúde. **Resultados e Discussão:** As atividades integradas na maternidade acontecem através de visitas integradas, discussões de casos e condutas, elaboração de planos terapêuticos, acompanhamento e assistência integrada em diferentes contextos da assistência hospitalar. As usuárias assistidas encontraram na equipe multidisciplinar, profissionais de referência para esclarecimento de dúvidas, questionamentos e orientações, priorizando a construção do vínculo profissional-paciente. As práticas se mostraram eficazes do ponto de vista da equipe e dos pacientes que foram assistidos multiprofissionalmente, verificadas através de avaliações enquanto equipe, dos relatos da paciente e sua evolução clínica. Diante da análise da vivência pontuam-se os desafios: grande número de pacientes internados; a integração com os profissionais do setor; o conhecimento da prática do outro profissional e a aprendizagem constante de trabalhar em equipe. **Conclusões:** Observamos a necessidade desse modelo de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

assistência ser multiplicado nas unidades de saúde, em especial maternidades, a fim de garantir uma assistência mais humanizada e direcionada as gestante, considerando a integralidade da assistência.

Referências: LOPES, M. J. M., SILVEIRA, D. T., FERREIRA S. R. S. **Educação em Saúde nas Doenças Crônico-Degenerativas e a Promoção da Qualidade de Vida: Relato de Experiência.** Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.2, p.121-130, 1999.

FALCONE, V. M., MÄDER, C. V. N., NASCIMENTO, C. F. L., SANTOS, J. M. M., NÓBREGA, F. J. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes.** Rev. Saúde Pública 2005;39(4):612-8.

“ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL: DA GESTAÇÃO AO PUERPÉRIO”

Magalhães, Renata Batista Marinho^{1,2}; Freire, Alessandra Boaviagem^{1,3}.

(1) Hospital das Clínicas - UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. (2) Terapeuta Ocupacional Residente. (3) Fisioterapeuta Residente.

INTRODUÇÃO: Durante a gravidez ocorre uma série de modificações na mulher, tanto físicas como psíquicas, que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. A gravidez é, antes de tudo, um fenômeno social, no qual certas expectativas sociais recaem sobre os indivíduos e configuram um modo de ser, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Assim como as orientações no pré-natal e pré-parto auxiliam, dando tranquilidade e confiança à futura mãe, no pós-parto (puerpério) orientações antecipatórias são de grande valia. Dois momentos especiais e de grande importância



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

no pós-parto são o primeiro contato mãe/filho e o fenômeno da lactação. O presente estudo pretende integrar atividades fisioterapêuticas e terapêuticas ocupacionais a fim de contribuir para uma assistência multiprofissional do período gestacional ao puerpério, assim como proporcionar uma melhor qualidade no internamento hospitalar, tendo em vista que rotineiramente essas ações tendem a acontecer de forma isolada e retarde na evolução positiva do paciente. **OBJETIVO:** Este estudo propõe apresentar um relato de experiência da atuação multiprofissional, vivenciado durante o primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, no setor Maternidade, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi desenvolvido por meio da sistematização do processo de trabalho e dos registros de campo durante os meses de maio e junho de 2010 e maio 2011. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Na maternidade, os residentes de fisioterapia e terapia ocupacional atuam de forma integrada, possibilitando uma sistematização da assistência, elaborando um plano de cuidados individualizado e integrando as atuações desenvolvidas. Para tanto, desenvolvem atividades de modo a promover ações de prevenção, recuperação e reabilitação da mulher inserida no contexto hospitalar, familiar e comunitário. São prestados atendimentos individuais e em grupo, além de acolhimentos e orientações aos familiares e acompanhantes. **CONCLUSÃO:** A atuação multiprofissional integrada da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia, aliada aos demais profissionais do setor, proporcionam condutas e execução de intervenções efetivas que culminam com uma evolução satisfatória e garante conforto e segurança à paciente. **PALAVRAS-CHAVES:** Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Saúde da Mulher.

Referências

- BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. 4.ed. ver. e ampliada. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- HAMERSKI, L. M. Mulheres em seu primeiro parto: relatando as vivências, expectativas e sentimentos. [Trabalho de Conclusão de Curso] Ijuí /RS: Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul; 2003.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. Apêndice F - Terminologia Uniforme para a Terapia Ocupacional. In: Neistadt, M. E.; Crepeau, E. B. , orgs. Terapia ocupacional – Willard & Spackman. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

TEIXEIRA, M. A. P.; DIAS, A. C. G. Quando termina a adolescência? Perspectiva (Erexim), 2004, 7-15p.

“AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO SOBRE CÂNCER BUCAL DE PACIENTES ALFABETIZADOS E SEM INSTRUÇÃO EDUCACIONAL (ANALFABETOS E ANALFABETOS FUNCIONAIS): ESTUDO COMPARATIVO.”

Autor: **LOPES , FRANKLIN REGAZZONE PEREIRA**

O câncer bucal representa um problema de saúde pública, devido a altas incidências de morbidade e mortalidade registradas no Brasil. A maioria dos casos é diagnosticada de forma tardia, em indivíduos de baixa renda, analfabetos e com pouco acesso aos serviços de saúde. Em Alagoas é observada a maior taxa de analfabetismo do Brasil. Há uma escassez de campanhas preventivas voltadas a essa população. Este trabalho tem como objetivo verificar a percepção de pessoas analfabetas e analfabetas funcionais a respeito do câncer de boca, fazendo um comparativo com pessoas alfabetizadas. Foi realizado um estudo Qualitativo Quantitativo Observacional Transversal em que se aplicou um questionário a uma amostra de 70 pacientes analfabetos e 68 alfabetizados que procuraram atendimento na clínica de diagnóstico bucal do PAM Salgadinho, bem como foram realizadas oficinas educativas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer bucal. Após a coleta de dados, procedeu-se a construção de uma planilha no Microsoft Excel ® e foram construídos os gráficos pertinentes. Os resultados revelaram que 50 pacientes (36,2%) a aranhas com teias na boca o que poderia estar relacionado ao fato da ocorrência de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

metástases(doença que se espalha pelo corpo). A maioria dos pacientes percebeu o fumo (36,2%) como principal fator de risco. Dos entrevistados, 61 (44,2%) indicaram o cirurgião-dentista e o médico como capacitados a diagnosticar o câncer bucal. A cirurgia foi apontada como tratamento mais adequado por 28 pacientes (30,3%). Estes achados enfatizam a importância da percepção do paciente sobre a doença e contribui para criação de estratégias de prevenção e promoção em saúde.

REFERÊNCIAS

ABDO, E.N.; GARROCHO, A.A.; AGUIAR, M.C.F. Perfil do paciente portador de carcinoma epidermóide da cavidade bucal, em tratamento no Hospital Mário Penna em Belo Horizonte. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 48, n. 3, p. 357-362, 2002.

ALMEIDA, V. L.; LEITÃO, A.; REINA L.C. B.; MONTANARI, C. A.; DONNICI, C. L.; LOPES, M. T. P. Câncer e Agentes Antineoplásicos Ciclo-Celular Específicos e Ciclo-Celular Não Específicos que Interagem com o DNA: Uma Introdução. Química Nova, v. 28, n. 1, 118-129, 2005.

ALMEIDA, F.C.S.; CAZAL C.; DURAZZO, M. D.; FERRAZ, A.R.; SILVA, D.P. Radioterapia em Cabeça e Pescoço: Efeitos colaterais agudos e crônicos bucais. Revista Brasileira de Patologia Oral. 2004. Disponível em: <http://www.patologiaoral.com.br/texto55.asp> Acesso em: 26/07/08.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts & figures for hispanics/latinos 2006 -2008. National Home Office, v. 404, p. 01-36, 2006. Disponível: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2006PWSecured.pdf> Acesso em: 12/06/08.

“BENEFÍCIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO EM EQUIPE”

Silva, Amanda Tabosa Pereira da¹; Silva, Andresa Tabosa Pereira da²; Pires, Débora Louise Lima de Moraes³; Gomes, Pedro Araújo⁴,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(1) Graduanda em enfermagem pela UFPE; (2) Enfermeira Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMSF/UFPE); (3) Educadora física residente do PREMSF/UFPE; (4) Terapeuta ocupacional residente do PREMSF/UFPE.

E-mail: amandatabosa@gmail.com

A residência multiprofissional e PET-SAÚDE são estratégias de formação em serviço, visa desconstruir o olhar fragmentado acerca da realidade, favorecer a ressignificação de olhares e práticas diversas. No território, a interdisciplinaridade potencializa as ações desde o planejamento, baseado no diagnóstico situacional, até execução na comunidade e avaliação que perpassa dinamicamente as etapas de implementação das ações. Objetivou-se relatar as principais contribuições do trabalho em equipe na atenção primária, segundo a percepção dos alunos envolvidos no programa de residência e PET-SAÚDE. Relato de experiência, fevereiro a junho de 2011, dividido em três momentos. No período pré-visita domiciliar foi elencado os núcleos relacionados às necessidades do indivíduo e família segundo informações demandadas pelos agentes comunitários. No segundo momento, a visita, os profissionais promovem orientações de acordo com seus núcleos de saber de forma intercalada e complementar. No momento pós-visita, acontece discussão dos casos, registros, planejamento das ações e direcionamento dos encaminhamentos, com agendamento da próxima visita para avaliação. A equipe multiprofissional é formada por equipe fixa, Estratégia da Saúde da Família, enfermagem e odontologia e pela equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Inicialmente o primeiro desafio é definir os problemas prioritários, a fim de realizar o planejamento estratégico específico, direcionado ao indivíduo, família ou comunidade. A definição deste planejamento requer integração dos diversos núcleos de saber, diante da multifatorialidade das etiologias dos agravos à saúde e da complexidade dos problemas encontrados. A discussão dos casos e demais ações traz consigo enriquecimento profissional a toda equipe, possibilidade de garantir a integralidade e continuidade das ações em saúde, com vistas a desenvolver ações mais



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

resolutivas e afinadas com os princípios do Sistema único de Saúde e com a Política Nacional de Atenção Básica. Conclui-se que as contribuições do trabalho interdisciplinar nesse nível de atenção estão para além da viabilidade da integração dos vários núcleos. Observa-se que a construção dialética é um convite a equipe para a co-gestão e co-responsabilização da comunidade, estreita o elo entre o serviço e a comunidade. Pode-se observar maior resolutividade; ambiente mais favorável, promotor de saúde, produtivo e dinâmico; desenvolvimento de maior criticidade dos profissionais envolvidos no processo.

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do Núcleo de Apoio a saúde da família. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
-



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“CEREMAPS: UMA EXPERIÊNCIA DE CO-GESTÃO COM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL OU EM ÁREA PROFISSIONAL DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA”

Cruz, Gilne da Silva¹; Costa, Renata Maria de Oliveira²

(1) SESAB, Escola Estadual de Saúde Pública, membro da CEREMAPS-BA; (2) SESAB, Escola Estadual de Saúde Pública, membro da CEREMAPS-BA.

O Estado da Bahia buscando cumprir com o dever de ordenar a formação de recursos humanos na saúde tem investido na Residência Multiprofissional ou em Área Profissional de Saúde, tendo implementado um modelo de gestão participativa, além de financiar bolsas para residentes, que viabiliza a ampliação da oferta de vagas visando atender às necessidades do SUS. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB traz como uma linha de ação em sua *Agenda Estratégica*: “Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde”; na qual as residências constituem uma das estratégias para potencializar a construção de saberes que qualifiquem a atenção e a gestão. Este trabalho visa compartilhar a experiência da implementação da Comissão Estadual de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional de Saúde (CEREMAPS – BA), espaço colegiado e deliberativo, cujo objetivo é atuar na formulação, execução e controle dos programas de residência, fundamentado na co-gestão, diretriz ética e política de Humanização do SUS, que motiva os sujeitos envolvidos a pensar e produzir saúde de forma solidária e co-responsável. A Comissão é composta por representantes da SESAB, da Secretaria Estadual de Educação; Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde; Conselho Estadual de Saúde; coordenadores e/ou preceptores dos programas e residentes. A CEREMAPS tem promovido discussões e decisões compartilhadas acerca da organização do processo seletivo unificado para ingresso dos residentes nos programas, bem como dialogando



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

com as Comissões Locais de Residência Multiprofissional – COREMU, no sentido de qualificar essa modalidade de formação no estado. O exercício da co-gestão resultou na elaboração e aprovação do regimento pelos seus representantes; as pautas são construídas coletiva e previamente às reuniões mensais, sempre valorizando a importância do trabalho em rede e intersetorial, tornando a gestão transparente, promovendo a articulação e troca de experiências entre os membros da comissão. O modelo de gestão dos Programas de Residências na Bahia tem favorecido o protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos no processo. Essa forma de acompanhar as Residências está em consonância com os princípios de humanização na gestão, sendo perceptível a cumplicidade e solidariedade das instâncias integrantes da CEREMAPS, contribuindo para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências:

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010/** Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Organização Pan-Americana da Saúde. Salvador: SESAB, 2009, 92p.:il

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão/ Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Resolução CIB – BA Nº 054**, de 14 de abril de 2009. Aprova a Criação Comissão Estadual de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Salvador: SESAB, 2009.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“COMO ALCANÇAR UMA FORMAÇÃO QUE ATENDA À INTEGRALIDADE DO SUS? UM DESAFIO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS”

Pimentel, Márcia Mendes^{1,2}; Galvão, Marina Hazin^{1,3}; Santos, Andreza Silva^{1,4}; Maia, Karina Sousa^{1,5}; Monteiro, Elis Cavalcanti de Almeida^{1,6}; Freire, Alessandra da Boaviagem^{1,3}.

(1) Hospital das Clínicas - UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. (2) Enfermeira Residente. (3) Fisioterapeuta Residente. (4) Assistente Social Residente. (5) Farmacêutica Residente. (6) Psicóloga Residente.

INTRODUÇÃO: A saúde no Brasil sofreu fortes mudanças nas décadas de 80 e 90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). São grandes os obstáculos na sua consolidação, pois apesar de ser o sistema de saúde vigente, seus princípios democráticos trabalham diretrizes, conceitos e práticas que são contra-hegemônicos na sociedade. O sistema hegemônico traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. A substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. E é neste contexto que surgem as Residências Multiprofissionais (RM) que nasceram a partir do desafio de mudança de paradigma da assistência à saúde. **OBJETIVO:** Realizar uma reflexão sobre os aspectos da atuação multiprofissional integrada pautada nos princípios do SUS e programas de residência multiprofissional como facilitadores da implantação deste modelo de atuação na realidade dos serviços de saúde, em benefício dos usuários. **METODOLOGIA:** A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde e as RM tem contribuído para a articulação das ações e dos saberes.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

RESULTADOS/DISCUSSÃO: O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Nesta perspectiva, as RM devem enfatizar a capacitação profissional com base na busca do conhecimento e na garantia da integralidade e humanização da atenção à saúde, destacando-se o compromisso com a consolidação do SUS e de seus princípios. **CONCLUSÃO:** A necessidade de um atendimento integral ao ser humano impõe-nos o desafio de redefinir a formação dos profissionais em saúde para atitudes menos reducionistas e mais articuladas em equipes de saúde, levando-nos a uma visão abrangente das vicissitudes dos sujeitos os quais assistimos.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. 1ª edição. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf#page=305 >. Acesso em: 10 jun. 2011.

GARCIA, M.A.A. et al. Interdisciplinaridade e integralidade no ensino em saúde. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 15, n. 06, p. 473-485, nov./dez., 2006.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Revista Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 03, maio, 2010.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“CONSUMO DE BEBIDAS INDUSTRIALIZADAS EM CRIANÇAS DE 1 A 8 ANOS DE IDADE ATENDIDAS NA USF ALTO DO PASCOAL, RECIFE-PE”

Silva, Marcos Gustavo Oliveira da¹; Sekitani, Laís Harumi¹; Guerra, Elda Azevedo¹; Araújo, Amanda de Azevedo¹; Silva, Vanessa Ferreira da²

(1) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família

(2) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Acadêmica do curso de Medicina

INTRODUÇÃO: Durante os últimos anos, estudos têm demonstrado alta prevalência de consumo e ingestão de diversas bebidas industrializadas por parte da população brasileira, principalmente na faixa etária infantil. Os novos hábitos modernos alimentares decorrentes da industrialização proporcionaram maior consumo de bebidas aciduladas^{1,2}, como refrigerantes e sucos artificiais, desencadeando novos desafios para o Cirurgião-Dentista, o de detectar, tratar e orientar sobre as possíveis erosões dentárias decorrentes da alta ingestão de tais bebidas¹⁻⁴. Outros profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também desempenham um papel fundamental para a constituição de hábitos alimentares mais saudáveis. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Avaliar o perfil de ingestão de bebidas industrializadas por crianças de 1 a 8 anos adscritas à Unidade de Saúde Família (USF) Alto do Pascoal, Recife- PE. **METODOLOGIA:** A amostra foi composta por 38 crianças com faixa etária entre 1 a 8 anos, adscritas à USF Alto do Pascoal, localizada no Distrito Sanitário II, na cidade do Recife-PE. Dados sobre a frequência de ingestão de refrigerantes, sucos cítricos naturais e artificiais e onde são armazenados foram coletados através de um questionário aplicado aos pais e responsáveis. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Observou-se que 57,89% das crianças são do sexo feminino e 78,94% encontram-se na faixa etária de 2 a 5 anos. Com relação aos hábitos de consumir



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

bebidas industrializadas, 71,05% bebem refrigerantes diariamente, sendo que destes, 34,21% consomem pelo menos três vezes ao dia. 86,84% dos entrevistados informaram que as crianças ingerem sucos de frutas aciduladas diariamente com 55,26% fazendo-o com uma frequência de três vezes ao dia. Os consumidores de sucos artificiais correspondem a 60,52% da amostra, dos quais 36,84% consomem a bebida apenas uma vez ao dia. Em se tratando do local de armazenamento de qualquer forma de bebida, 89,47% dos entrevistados informaram que o fazem na geladeira. **CONCLUSÕES:** A maioria das crianças mantém uma alta frequência de ingestão de bebidas industrializadas. Neste sentido, tanto a ESF quanto a Equipe de Saúde Bucal devem trabalhar na busca ativa, orientando esta população quanto a melhores hábitos de vida saudável. Atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças e incentivar a visita ao consultório dentário são de fundamental importância em caso de detecção de erosão dentária causada pelo consumo de tais bebidas.

REFERÊNCIAS: 1. AGUIAR, F.H.B. et al. Erosão dental - definição, etiologia e classificação. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 21, p. 47-51, 2006. 2. BLEIL, S.I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, v.6, p. 1-25, 1998. 3. ARAÚJO, N.C. et al. Erosão dental e consumo de bebidas industrializadas em crianças de Recife/Pernambuco, Brasil. **Revista Odonto Ciência**, v.24, p. 120-123, 2009. 4. RANDAZZO, A.R.; AMORMINO, A.S.F.; SANTIAGO, M.O. Erosão dentária por influência da dieta. Revisão da literatura e relato de caso clínico. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v.2, p. 10-16, 2006.

“CONTROLE SOCIAL: O EXERCÍCIO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS”

Medeiros' Josiana Rodrigues de¹; Araújo, Ana Clébia de Araújo², Prestes, Ludmila Inês Nunes³; Damaso, Maria de Fátima Vieira⁴; Bruno, Juliana Ramos⁵.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

- (1) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade;
- (2) UFT/SESAU, Curso de Residência em Saúde da Família e Comunidade;
- (3) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, CAPS II;
- (4) Secretaria de Saúde de Palmas-TO;
- (5) Secretaria de Saúde de Palmas-TO, Gerente de Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO: Este trabalho é resultado da intervenção dos residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade (RMPSFC) junto à Estratégia Saúde da Família de Taquaruçu em Palmas-TO, fomentando a discussão da importância do Conselho Local de Saúde (CLS) enquanto espaço institucional legítimo de exercício da cidadania, da participação e de controle social, auxiliando no fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A participação da sociedade organizada nos CLS proporciona uma instância privilegiada na discussão, deliberação, avaliação e fiscalização da saúde, em toda sua complexidade. **OBJETIVO PRINCIPAL:** Relatar a experiência de revitalização do CLS da ESF Taquaruçu como o processo de sensibilização, realizado a partir da inserção dos residentes. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Em 2010 foram realizadas entrevistas com 6 conselheiros e 20 trabalhadores de saúde com o intuito de identificar os principais problemas que ocasionaram a desativação do CLS. Para tal, realizou-se visitas domiciliares e pesquisa documental por meio do Livro Ata, objetivando resgatar o histórico do CLS. Nesse período, foram realizadas 3 rodas de conversa com a população e com os trabalhadores para discutir a importância do controle social, tendo arcabouço na Constituição de 1988, nas Leis 8080/90 e 8142/90 e na Resolução 333/03. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Após três meses de sensibilização junto aos trabalhadores e à população foi possível revitalizar o CLS de Taquaruçu, onde em 90% das reuniões programadas houve quórum e 70% das demandas levantadas pelo conselho obtiveram respostas positivas. Como exemplo pode-se mencionar o esclarecimento da Empresa de fornecimento de água –SANEATINS – sobre a qualidade da água distribuída para comunidade bem como efetivação da participação



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

do Conselho nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e na Pré-Conferência Municipal de Saúde. **CONCLUSÕES:** A atuação da RMPSF teve relevância no processo de revitalização do Conselho, devido a sensibilização dos atores envolvidos, potencializando a participação da sociedade civil na qual se efetiva a integração com a administração pública por meio de entidades representativas com o intuito de avaliar, fiscalizar e acompanhar as ações da gestão pública, além de buscar solucionar problemas sociais de interesse da comunidade. Assim, conclui-se que a sociedade passou a se envolver nas discussões para politização de problemáticas relacionadas à políticas públicas e coletividade, exercendo o direito de modo democrático.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2008.

_____. Congresso Nacional. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.

_____. Congresso Nacional. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Resolução n. 478, de 28 de março de 2006. Brasília, 2003.

“DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA INSERÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIBEIRÃO PRETO – RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Reis, Milena Junqueira¹; Bergamini, Fernanda²; Zanardo, Fernanda³; Vitor, Janice⁴; Sanchez, Patricia⁵; Fabbro, Amaury L. Dal⁶

1, 2, 3, 4 e 5 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

⁶ – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Introdução: A Residência Multiprofissional em Saúde da USP Ribeirão Preto teve início em agosto de 2010. Hoje, na segunda turma, conta com vinte e dois profissionais de diversas áreas, sendo estas: farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Tais profissionais foram divididos entre cinco Núcleos de Saúde da Família do Distrito Sanitário Oeste do município. A inserção desses residentes enfrentou algumas dificuldades, entre elas a falta da implantação do NASF na região. Os alunos foram inseridos diretamente nos Núcleos, como parte integrante da equipe. O desconhecimento da equipe mínima sobre a atuação de um NASF e suas diretrizes gerou impasse para o início da atuação dos residentes, sendo levantada apenas demanda de atendimento direto e individualizado. Objetivo Principal: Capacitar a equipe mínima para utilização adequada do serviço que poderia ser prestado pelos residentes multiprofissionais. Relato da Experiência: Visando a futura atuação em parceria ou em um NASF, respectivamente, de residentes médicos e não médicos foi sugerido em reunião com a equipe a realização de Consultoria Multiprofissional para discussão de casos que ainda não haviam alcançado a resolatividade desejada. Como a equipe se mostrou resistente a idéia pela falta de contato com o tema, realizou-se uma aula expositiva sobre o assunto. Resultados e Discussão: Foram abordadas as Diretrizes do NASF, com enfoque no Projeto Terapêutico Singular possibilitando aprendizagem e, conseqüentemente, aceitação da execução de Consultorias no espaço do Núcleo, bem como a participação dos agentes comunitários. Conclusão: Com a capacitação da equipe foi possível inserir na rotina de atividades da unidade a Consultoria Multiprofissional, com a articulação entre os profissionais para participar das reuniões. Assim como realizar atendimentos compartilhados e interdisciplinares.

Bibliografia: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Brasília, 2008. 417p.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília, 2010. 147p.

“EDUCAÇÃO EM SAÚDE: relato de experiência de uma equipe multiprofissional em ambulatório de transplante renal”

Pimentel, Márcia Mendes^{1,2}; Maia, Karina Sousa^{1,3}; Santos, Andreza da Silva^{1,4}; Galvão; Marina Hazin^{1,5}; Pontes, Danielle Paiva de^{1,6}.

(1) Hospital das Clínicas - UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. (2) Enfermeira Residente. (3) Farmacêutica Residente. (4) Assistente Social Residente. (5) Fisioterapeuta Residente. (6) Nutricionista Residente.

INTRODUÇÃO: A doença renal crônica tem se tornado um problema de saúde pública devido ao crescente número de portadores desta morbidade. Em seu estágio avançado é necessário que o indivíduo submeta-se a terapia renal substitutiva (TRS). O transplante renal é uma forma de tratamento e requer um amplo acompanhamento à saúde, com o envolvimento de diversos profissionais de saúde. A saúde não é competência de um único especialista, mas tarefa multiprofissional e interdisciplinar. O termo equipe multiprofissional refere-se a um grupo de profissionais que atuam de forma interdependente, buscando resultados por meio da somatória de conhecimentos específicos, experiências e estudos que focalizem a qualidade de vida dos pacientes. A educação em saúde ajuda estes pacientes a lidar adequadamente com sua doença, torna-os mais aptos a desenvolver atitudes de auto-cuidado. Nesse sentido, disponibilizar informações que viabilizem a participação do paciente, família e cuidador e proporcionar ao paciente um cuidado individualizado no decorrer do tratamento não



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

constituem somente uma responsabilidade da equipe, mas são atitudes de humanização do cuidado. **OBJETIVO:** Relatar trabalho de educação em saúde sobre a temática pré e pós-transplante com intuito de informar e desmistificar o tratamento, desenvolvido a partir da vivência dos residentes multiprofissionais em ambulatório de um hospital referência em transplante renal do estado de Pernambuco devido ao déficit de informação dos pacientes referente à temática. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi elaborado um álbum seriado pela equipe multiprofissional de residentes contendo informações sobre a logística do transplante renal, orientações sobre autocuidado, recomendações nutricionais, farmacêuticas, e no que contempla aos direitos sociais. Com este instrumento, foram realizadas as intervenções de educação em saúde aos pacientes e acompanhantes durante as consultas ambulatoriais. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Foi percebida uma positiva aceitação e apreensão das informações pelos pacientes, devido a sistematização do volume de informações em um instrumento de fácil visualização e compreensão. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que o processo de educação em saúde é essencial para a adesão dos pacientes ao tratamento e subsequente sucesso do transplante. Desta forma, a equipe multiprofissional possui um papel relevante atuando com diferentes saberes, agindo como agente multiplicador no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS:

- BASTOS, M. G.; CARMO, W. B.; ABRITA, R. R.; ALMEIDA, E. C.; MAFRA, D.; COSTA, D. M. N.; GONÇALVES, J. A.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, F. R.; PAULA, R. B.; Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26, n. 4, 2004.
- DINIZ, D.P.; CARVALHAES, J. T.A. Equipes multiprofissionais em unidades de diálise: contribuição ao estudo da realidade brasileira. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 24, n. 2, p. 88-96, 2002.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, 2001.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

SALGADO FILHO, N.; BRITO, D. J. A. Doença renal crônica: a grande epidemia deste milênio. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 28, n. 3, supl. 2, set. 2006. Disponível em: <<http://128.241.200.137/28-32/01-Natalino%20Filho-AF.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2011.

“ENVELHECIMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE IDOSOS DAS COMUNIDADES DE CHICO MENDES E XIMBORÉ, RECIFE, PERNAMBUCO”

Nascimento, Hercília Melo do¹; Carneiro, Daniela Gomes de Brito¹; Costa, Náíade Melo¹; Pereira, Charlene de Oliveira¹; Rocha, Luana Padilha da¹; Fernando, Virgínia Conceição Nascimento²; Lima Júnior, Ivo Aurélio de³.

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); ²Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UPE; ³ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP – FioCruz.

Introdução: Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos são atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família. Para garantir a integralidade da atenção, os profissionais da Unidade de Saúde da Família (USF) Chico Mendes e Ximboré planejaram a retomada e a implantação de grupos de educação em saúde e de convivência, com apoio de residentes multiprofissionais. Em maio de 2010, foi retomado o grupo de convivência de idosos desta USF, dentre outros. No planejamento 2011 do referido grupo, com efetiva participação de todos os atores envolvidos, foi levantada a importância do debate acerca do impacto da prática de exercícios físicos na terceira idade. **Objetivo:** Relatar a experiência da oficina intitulada “*envelhecimento e exercício*”



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

físico” realizada no dia 26 de março de 2011, que teve a facilitação de residentes multiprofissionais em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pernambuco.

Relato da Experiência: A oficina temática foi dividida em quatro momentos: dinâmica inicial, com apresentação dos participantes com a exposição do nome seguida pela troca de assento; chuva de idéias em relação às alterações sofridas em decorrência do processo de envelhecimento; abordagem teórica, onde foram feitos esclarecimentos sobre as alterações apontadas e os efeitos benéficos da prática regular de exercícios físicos; e, roda de conversa sobre os exercícios físicos mais indicados para a população idosa. **Resultados e Discussão:** A dinâmica inicial possibilitou a abertura para se falar da importância do movimento e das dificuldades que alguns presentes sentiram ao se levantar e sentar. Na chuva de idéias, como alterações decorrentes do processo de envelhecimento, foram citadas: perdas de memória, estatura, força, velocidade e flexibilidade, problemas de visão, osteoporose, além de dores, dificuldades respiratórias, doenças cardiovasculares e aumento de quedas. A roda de conversa foi travada considerando não apenas as capacidades físicas e coordenativas que devem ser estimuladas, mas a importância da realização de atividades físicas no cotidiano dos participantes. Como produto final, foi pactuado o início de um grupo de caminhada em um espaço público do território. **Conclusão:** A relevância do encontro pode ser entendida na possibilidade de discussão sobre o envelhecimento e estilo de vida, onde o exercício físico está diretamente ligado a um envelhecer mais autônomo, saudável e feliz.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MATSUDO, S. M. **Envelhecimento e atividade física.** Londrina: Midiograf, 2001.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

PITANGA, J. G. **Epidemiologia, atividade física e saúde.** Revista Ciência e Movimento, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002.

“ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA E ATIVIDADE CULTURAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Silva, Janice Lemos de Araújo^{1, 2}; Andrade, Michelly Evangelista de ^{1, 2}; Bernart, Fabiana Damo^{1,2}; Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade^{1, 2}; Vilela, Hildalina Maria Medeiros^{1,2}; Cavalcanti, Juliana Saturnina Silva^{1, 2}

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE); (2) Centro de Ciências da Saúde (UFPE)

Introdução: A participação social, o lazer e as relações sociais dos indivíduos são determinantes na sua maior ou menor saúde. No que diz respeito ao idoso e todo o estigma que gira em torno desta fase da vida, promover saúde e criar momentos de convivência e lazer entre estes são fundamentais para a criação de redes de apoio, solidariedade, ajuda mútua e melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família possuem papel fundamental na promoção desses espaços e estímulo a criação e continuidade destes, gerando idosos autônomos e ativos, sujeitos de sua própria saúde. **Objetivos:** Retomar o grupo de convivência dos idosos das comunidades adscritas ao PSF Iraque/Rua do Rio, situadas no município de Recife-PE, através da proposta de organização de uma festa de São João. **Relato de Experiência:** As Agentes Comunitárias de Saúde fizeram o convite a todos os idosos, os quais compareceram nas reuniões de organização da festa, propondo e participando ativamente em todos os momentos, e afirmando que extrapolariam a mera organização do evento, mas manteriam os momentos de encontro



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

com temáticas diversas. Foram convidadas também as idosas de um grupo já consolidado num espaço dentro da comunidade, mas que não congregava os comunitários e compunham apenas idosas de comunidades circunvizinhas. No dia da festa, foram realizadas uma peça junina e brincadeiras com temáticas relacionadas a saúde, as quais: combate ao mosquito da dengue, prevenção da cárie e câncer de boca, alimentação com receitas juninas e varal da saúde, com dicas acerca dos cuidados com a voz e com a postura, além do momento de dança, com a quadrilha junina. **Resultados e Discussão:** Através do mote da festa, um momento importante como o grupo de idosos, estagnado devido ao processo de trabalho da equipe e problemas comuns na comunidade, pôde ser retomado, e o momento propiciou a consciências tanto dos usuários idosos da unidade como da equipe de seu potencial organizativo e da vontade manifesta de reocupação deste espaço. **Conclusão:** A idéia propiciou a retomada das reuniões com os idosos e a aproximação de dois grupos que compartilhavam o mesmo espaço, mas não se reuniam. A festa propiciou também um momento de aprendizado, abordando diversos aspectos relacionados a saúde e a promoção de saúde mental, através de um momento de lazer e divertimento.

Referências Bibliográficas: BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

TAHAN, Jennifer, CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. Reflexões de Idoso Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. Revista Saúde e Sociedade, vol, 19, n. 4, São Paulo: Oct/Dec. 2010.

**“EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL:
AÇÕES VOLTADAS PARA O TRABALHO EM REDE.”**



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

LEONIDIO, Ameliane Reubens (1); SILVA, Angelita Gouveia da (1); MULATINHO, Camila Serrano de A. (1); COSTA, Danielle de Arruda (1); GOUVEIA, Halina Cavalcanti (1).

(1) UPE/SES, Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Residente.

Introdução: A Residência Multiprofissional em Saúde Mental consiste em uma estratégia para dar seguimento à Reforma Psiquiátrica no estado de Pernambuco, com a capacitação e educação continuada dos recursos humanos nas áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Educação Física, para atuação no modelo de cuidado em saúde mental que vêm sendo construído nos últimos anos, alcançando mudanças no desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006). Objetivo: Descrever os limites e as possibilidades na prática dos residentes em Saúde Mental no município de Recife. Relato de experiência: A equipe de Recife está lotada no Distrito Sanitário III (DSIII). O primeiro campo de prática desta equipe se deu em um CAPS II e as atividades realizadas podem ser agrupadas em: acolhimento; acompanhamento dos usuários nas esferas individual, grupal e familiar e participação em espaços de discussão / reuniões técnicas e Fórum de Saúde Mental do DS III. O segundo campo de prática se deu no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo realizados: diagnóstico das comunidades adscritas às Unidades de Saúde da Família (USF); atenção especializada aos comunitários com sofrimento mental (visitas domiciliares, intervenções e formação de grupo) e ações de co-responsabilização com serviços da rede sócio-assistencial. Discussão: A inserção da equipe de residentes no NASF privilegiou a apropriação das características do território que possibilita planejamento, elaboração e prática do cuidado em uma dimensão ampliada. Contudo, na prática percebem-se dificuldades na construção de uma linha de atenção integral aos usuários, estando estes predominantemente vinculados apenas



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

aos serviços de Saúde Mental. O compartilhamento de ações entre CAPS e NASF no acompanhamento e inserção dos usuários na atenção comunitária se configura como fator de fortalecimento da relação entre dispositivos. Segundo Pereira (2007) a diversificação da rede de serviços de Saúde Mental incluindo as ações na atenção primária tem importante contribuição na aceleração da Reforma Psiquiátrica. Considerações finais: As práticas vivenciadas pelas residentes permitem uma apropriação de conceitos como intersetorialidade, integralidade e interdisciplinaridade, importantes para a resolutividade do cuidado, a partir da identificação das fragilidades e potencialidades da rede e da perspectiva de trabalho multiprofissional no intuito de proporcionar um cuidado integral aos usuários.

Referências

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. In.: **Cadernos IPUB: Saúde Mental na Atenção Básica**, n. 24. Rio de Janeiro:UFRJ/IPUB.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

“GRUPO DE CRESCIMENTO PESSOAL: RELATANDO A EXPERIÊNCIA VIVENCIADA COM GRUPO DE MULHERES.”

Almeida, Katarina Themotheo¹; Côelho, Luciola Kelly de Moraes² ; Costa, Hanielle Oliveira³.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(1) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Residência Multiprofissional em Saúde da Família, (2) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia Residência Multiprofissional em Saúde da Família, (3) Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

O relato é produto da experiência vivenciada pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desde novembro de 2010. Trata-se do grupo de Crescimento Pessoal voltado para mulheres com sintomas depressivos ou ansiosos, desenvolvido no Centro de Saúde da Família do bairro Padre Palhano, no município de Sobral, Ceará, com o objetivo de promover a socialização entre os participantes e oferecer um espaço para elaborar vivências e compartilhar experiências de vida para melhorar a auto-estima, estimular o auto-cuidado, desenvolver potencialidades e melhorar a qualidade de vida a fim de promover o crescimento pessoal. Iniciamos o grupo a partir dos encaminhamentos realizados na própria unidade de saúde ou por demanda espontânea para atendimento psicológico. No primeiro contato com cada paciente, foi feita uma triagem inicial para identificação da queixa principal. Percebemos que a demanda tornou-se cada vez mais crescente e foram identificadas queixas semelhantes de sintomas depressivos trazidas pelas pacientes. Para organizar esta demanda e atender de forma efetiva esta clientela, organizamos um grupo formado por mulheres adultas com sintomas depressivos ou ansiosos. O grupo realiza suas atividades às sextas-feiras, pela manhã, quinzenalmente, no centro de saúde. No grupo aplicamos dinâmicas de grupo, fazemos leituras de textos, discussão através de filmes; comemoramos também datas importantes como o Natal, o dia da mulher e o dia das mães com a finalidade de trabalhar a auto-estima, estimular os cuidados pessoais e promover o crescimento. Os participantes também podem ser acompanhados em sessões individuais, ou através de visitas domiciliares para conhecer melhor seu



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

histórico familiar; e se necessário, são encaminhados para outros profissionais de saúde ou para o psiquiatra da unidade. As principais dificuldades enfrentadas são: a adesão dos participantes, sensibilização dos familiares da importância do grupo, rotatividade, mobilização das agentes comunitárias de saúde para convidar os participantes, disponibilidade de materiais de apoio e de sala e a sustentabilidade do grupo. As principais potencialidades do grupo são: formação de vínculos, participação e colaboração das agentes de saúde. Por fim, percebemos que as pacientes que participam do processo do grupo desde o começo, apresentaram uma significativa melhora identificada nos espaços reservados para o diálogo onde elas dividiram no grupo suas experiências de crescimento e melhora da auto-estima.

GRÜNEWALD, V. Prevenção De Doenças Mentais Através De Grupos De Crescimento Pessoal. Trabalho apresentado na III JORNADA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - Rio de Janeiro, 1 a 4 de maio de 1996.

FONTES, A. P. Condução de Grupos de Desenvolvimento Pessoal e Profissional. Uma aproximação entre as abordagens bioenergética e psicodramática Monografia apresentada para conclusão de curso em Análise Bioenergética, oferecido pelo Ligare/IBBA, Americana, 2002.

“GRUPO DE IDOSOS DA PAZ - COMUNIDADE CÓRREGO DO EUCALIPTO, NOVA DESCOBERTA - PE”

Júnior, Ricardo Ferreira dos Santos¹; Araújo, Amanda de Azevedo²; Sekitani, Laís Harumi²; Guerra, Elda Azevedo²; Souza, Adriana Patrícia Ferreira Carmem²; Eskinazi, Paula Roberta Vieira²

(3) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Aluno da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(4) UPE, Faculdade de Ciências Médicas - Alunas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo, em número de idosos¹. O aumento do número de idosos e expectativa de vida necessita ser acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida, incluindo alimentação equilibrada, atividade física e mental, e ainda, o convívio social. O trabalho em grupos com os idosos remonta à década de 70 e tem como objetivo realizar atividades variadas, de cunho recreativo, cultural, social, educativo e de promoção da saúde². Portanto, o investimento na qualidade de vida dos idosos, para mantê-lo em situação de envelhecimento ativo deveria ser considerado fundamental para reduzir a necessidade de investimentos em prevenção secundária e terciária. **Objetivo Principal:** promover a saúde entre a população idosa da comunidade do Córrego do Eucalipto, Nova Descoberta - Pernambuco, de maneira integral e inclusiva, estimulando a interação através da troca de ideias, histórias de vida, pensamentos, conhecimentos e sentimentos. **Procedimentos Metodológicos:** As reuniões do grupo, intitulado “Grupo da Paz” acontecem na Unidade de Saúde da Família (USF) Córrego do Eucalipto, sendo aberto para os usuários da Unidade que tenham mais de 60 anos. São realizadas mensalmente e um assunto é abordado em roda de conversa com duração média de duas horas. Os temas abordados são estabelecidos previamente pelos integrantes do grupo em acordo com os profissionais da unidade de saúde. No primeiro encontro ficaram estabelecidas algumas responsabilidades, direitos e deveres de cada participante do grupo através do contrato de convivência feito em conjunto por todos os presentes. **Resultados e Discussão:** Os encontros são vistos, pelos idosos, como um momento em que um pode contribuir e aprender com o outro e com os profissionais de saúde. Além de possibilitar conhecimentos para que possam realizar o autocuidado, ao



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

compartilhar experiências vividas, vencer desafios em grupo, somar conhecimentos, os participantes vão construindo novos vínculos, fortalecendo a interação e a troca de experiências. **Considerações Finais:** O trabalho em grupo vem trazendo alguns benefícios aos idosos. Através dos relatos nas rodas de conversa, os participantes podem compartilhar suas histórias de vidas, trocar ideias, pensamentos, sentimentos e conhecimentos, obtendo uma grande interação entre os membros do grupo e entre estes e os profissionais de saúde fortalecendo o vínculo entre usuários e USF.

Referências: 1. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005. 2. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, 2008.

“HANSENÍASE: IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA - RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Freire, Alessandra Boaviagem^{1,3}; Galvão, Marina Hazin^{1, 3}; Maia, Karina de Sousa ^{1, 4}; Magalhães, Renata Batista Marinho^{1,2}; Brito, Janylle Silva^{1,2}

(1) Hospital das Clínicas - UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. (2) Terapeuta Ocupacional Residente. (3) Fisioterapeuta Residente. (4) Farmacêutica Residente.

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma das doenças mais antigas na história da medicina. É causada pelo bacilo de Hansen, *Mycobacterium leprae*, um parasita que ataca principalmente pele e nervos periféricos. A hanseníase é capaz de contaminar outras pessoas pelas vias respiratórias, caso o portador não esteja sendo tratado. O tratamento e distribuição de remédios são gratuitos e, ao contrário do que muitas pessoas pensam, não é necessário o isolamento do paciente. Aliás, a presença de amigos e familiares é fundamental para sua cura. Qualquer que seja a forma de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

hanseníase, a cura acontece utilizando-se medicamentos que provocam a morte dos bacilos. Porém, se o tratamento for tardio ou inadequado, podem ficar seqüelas, mesmo após a cura. Em face das variadas demandas, torna-se imprescindível a atuação conjunta de diversos profissionais, a fim de prestar assistência integral ao paciente, buscar a prevenção de incapacidades e estimular a participação social desse indivíduo, desmistificando a doença e evitando dessa forma a exclusão social. **OBJETIVO:** Este estudo pretende integrar ações desenvolvidas pela fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutica na assistência ao paciente hanseniano baseado no relato de experiência na Unidade de Saúde da Família de Brasilit, em Recife. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foi desenvolvido por meio da sistematização do processo de trabalho e registros de campo durante os meses de fevereiro, março e abril de 2011. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** O principal foco de atenção gira em torno da prevenção de incapacidades, que tem como objetivo proporcionar a manutenção e a melhora da saúde e promover qualidade de vida. As incapacidades e deformidades encontradas nas mãos e/ou nos pés dos pacientes são decorrentes das alterações sensitivas, motoras e autonômicas. Os medicamentos têm demonstrado modificações significativas, mas por si só não impedem a ocorrência de deformidades. É necessário que o tratamento envolva equipe de reabilitação capacitada e treinada para ajudar a prevenir possíveis incapacidades físicas ou psicossociais. **CONCLUSÃO:** A atuação integrada da Farmácia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, proporcionam melhorias significativas no cotidiano dos pacientes e instigam a aquisição de hábitos de monitoramento, inspeção e proteção que influenciam diretamente na manutenção do tratamento. **PALAVRAS-CHAVES:** Hanseníase, Humanização da assistência, Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de prevenção de incapacidades Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1 3^a edição revisada e ampliada, Brasília 2008.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para uso *Corticosteroides* em *Hanseníase* Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Autocuidado em Hanseníase Face, Mãos e Pés. Série F. Normas e Manuais Técnicos, Brasília 2010.

SILVA, M.C.D., Paz, E.P.A., Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010.

“I ENCONTRO DE INCENTIVO À PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM ESPAÇO DE PARTILHA E FORMAÇÃO”

Nascimento, Hercília Melo do¹; Lira, Aline Cavalcante de¹; Pereira, Charlene de Oliveira¹; Rocha, Luana Padilha da¹; Fernando, Virgínia Conceição Nascimento²; Lima Júnior, Ivo Aurélio de³.

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); ²Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UPE; ³Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP – FioCruz.

Introdução: Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, é atribuição comum a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF) garantir a integralidade da atenção por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas. Diante disso, as ESF das comunidades Chico Mendes e Ximboré desenvolvem atividades de promoção da saúde, entre outras, no espaço físico do posto e em equipamentos sociais do território. No entanto, as ações realizadas em conjunto com residentes multiprofissionais, no período entre junho e agosto de 2010, não alcançaram adesão da população. **Objetivo:** relatar o I Encontro de Incentivo à Promoção da Saúde



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

que teve como público-alvo Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades de Saúde da Família Chico Mendes/Ximboré, Guarulhos, Emocy Krause e Engenho do Meio, locais de inserção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). **Relato de experiência:** Com apoio da Prefeitura Municipal do Recife e da UFPE, o encontro foi realizado no dia 01 de dezembro de 2010, no Hospital das Clínicas. A programação do evento temático consistiu em seis momentos: explanação do modelo Recife em defesa da vida, oficina sobre as diferentes concepções da promoção da saúde, roda de conversa sobre o papel social do ACS, sessão de murais produzidos pelos participantes, apresentação de experiências exitosas e dinâmica corporal de encerramento. **Resultados e Discussão:** O encontro proporcionou um espaço de discussão e partilha, no sentido de valorizar o papel dos ACS enquanto promotores de saúde e de mobilização da comunidade. Por isso é imprescindível envolver o usuário no protagonismo do seu viver e na produção de seu cuidado, visto que, geralmente, a equipe não considera a voz e os interesses da população. Percebeu-se que a valorização do uso de medicamento e do aspecto biológico como única forma de melhora nas condições de saúde ainda está presente no imaginário tanto dos usuários como da ESF. **Conclusão:** O I Encontro de Incentivo à Promoção da Saúde pretendeu estimular e refletir sobre as práticas de saúde desempenhadas pelos ACS junto à ESF no âmbito da promoção e, indiretamente, contribuir na formação dos residentes multiprofissionais.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Marin, M, J. S. **As contribuições da comunidade para o trabalho da equipe de um PSF**. Rev. Latino americana de enfermagem, v. 15, n.6, 2007.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“IMPLANTAÇÃO DE CONSULTORIA MULTIPROFISSIONAL EM NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIBEIRÃO PRETO – RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Bergamini, Fernanda¹; Reis, Milena Junqueira²; Zanardo, Fernanda³; Vitor, Janice⁴; Sanchez, Patricia⁵; Fabbro, Amaury L. Dal⁶

1, 2, 3, 4 e 5 – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

6 – Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Introdução: Segundo as Diretrizes do NASF é de fundamental importância a discussão de casos em equipe, principalmente se mais complexos, sendo um recurso clínico e gerencial. Para tal pode-se usar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão em equipe interdisciplinar, onde todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito e, conseqüentemente, definir ações. Como a cidade de Ribeirão Preto não possui NASF, foi articulada com a equipe a inclusão de Consultorias Multiprofissionais na rotina da unidade, contemplando a necessidade dos residentes de uma capacitação mais próxima da realidade de sua futura atuação.

Objetivo Principal: Adequar a formação profissional de Residentes Médicos de Saúde da Família e Residentes Multiprofissionais em Saúde, visando futura atuação no mercado de trabalho em locais com implantação do NASF, além de aprimorar o atendimento na unidade onde estão inseridos.

Relato da Experiência: Após a capacitação da equipe, os casos mais complexos são levantados nas Reuniões de Família e levados para Consultoria Multiprofissional. Com duração de uma hora e periodicidade de uma vez por semana, contam com a participação de agente



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

comunitário e médico da microárea, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Apresenta três momentos: diagnóstico (classificação de riscos e vulnerabilidades do usuário), definição das metas e avaliação. Requer a coordenação do caso por um dos membros, sendo este responsável pela organização dos prazos e cumprimento das metas. Resultados e Discussão: A partir da formulação de hipóteses sobre os problemas da família e da comunidade assistida de forma ética, busca-se como meta a elaboração de um plano de cuidados. Seguindo uma linha de raciocínio comum, facilita a abordagem do paciente e melhora a resolutividade dos casos. O trabalho da consultoria consiste em assessoria e qualificação da equipe, desenvolvendo ações de educação permanente, monitoramento e avaliação. Possibilita a troca de saberes e de práticas, visando sua integração em prol da melhoria da qualidade de vida da população assistida. Conclusão: Com a realização das Consultorias aumentou-se a troca de conhecimentos técnicos e específicos, ampliou-se a visão dos profissionais envolvidos e, assim, possibilitou uma qualificação mais adequada dos residentes e uma intervenção mais assertiva.

Bibliografia:

- FERREIRA, RC; VARGA, CRR; SILVA, RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência e saúde coletiva, Marília*, vol.14, suppl.1, set-out. 2009. <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011684012.pdf>>. Acessado em: 12 junho. 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Brasília, 2008. 417p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2010. 147p.
-



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO DE NEFROLOGIA – RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Galvão, Marina Hazin^{1,2}; Pimentel, Márcia Mendes^{1,3}; Peixoto, Janaiara Eliza
Carvalho^{1,3}; Maia, Karina Sousa^{1,4}; Monteiro, Elis Cavalcanti^{1,5}; Araújo, Renan
Gondim^{1,6}.

(1) Hospital das Clínicas - UFPE, Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. (2) Fisioterapeuta Residente. (3) Enfermeira Residente. (4) Farmacêutica Residente. (5) Psicóloga Residente. (6) Nutricionista Residente.

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Crônica (DRC) consiste em uma síndrome clínica que exige do seu portador mudança de hábitos para o seu controle e tratamento, acarretando limitações, perdas e mudanças em âmbito biopsicossocial, interferindo na sua qualidade de vida com angústia pelo adoecimento, alterações na imagem corporal, restrições dietéticas e hídricas, a perda do emprego. Estudos evidenciam a importância do acompanhamento do portador de DRC por uma equipe multiprofissional integrada, com impacto positivo nas condições clínicas e na qualidade de vida desses pacientes. As políticas públicas de atenção ao portador de doença renal, especialmente a que trata a portaria n.º 1168 de 15 de junho de 2004, prevêem esta questão, contemplada nos princípios da integralidade e da humanização do Sistema Único de Saúde brasileiro. Portanto, uma abordagem multiprofissional é adequada e necessária e visa proporcionar ao paciente uma assistência eficaz na resolução e enfrentamento dessas questões. **OBJETIVO:** Este estudo visa descrever a vivência resultante da atuação multiprofissional dos residentes em nefrologia do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco na enfermaria de Nefrologia do hospital supracitado. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi desenvolvido por meio da sistematização do processo de trabalho e



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

registros de campo durante o ano de 2010. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Foi percebida boa aceitabilidade da equipe multiprofissional pelos pacientes, assim como valorização da sua forma de atuação. A equipe pôde se beneficiar da troca de saberes, além de proporcionar uma assistência mais individualizada, ao se apropriar das demandas biopsicossociais de cada paciente, trabalhando então com o conceito ampliado de saúde. A atuação multiprofissional integrada possibilitou maior resolutividade no atendimento das necessidades de saúde dos pacientes. **CONCLUSÃO:** O atendimento multiprofissional, prestado de forma integrada, figura entre as primeiras tentativas de atendimento organizado ao paciente com doença renal no nosso meio. Seu valor reside na abordagem global do paciente por diversos profissionais que, familiarizados com a patologia, formulam planos de cuidado em suas respectivas áreas de atuação de forma compartilhada e contributiva, permitindo uma ação terapêutica mais completa, adequada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G.; CARMO, W. B.; ABRITA, R. R.; ALMEIDA, E. C.; MAFRA, D.; COSTA, D. M. N.; GONÇALVES, J. A.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, F. R.; PAULA, R. B.; Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 26, n. 4, 2004.

BRASIL. **Portaria n.º 1168/GM de 15 de junho de 2004.** Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1168_ac.htm>. Acesso em: 23 fev 2011.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da Doença Orgânica Crônica na Infância para as Relações Familiares: Algumas Questões Teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, 2002. p. 633.

CASTRO, M.; CAIUBY, A. V. S.; DRAIBE, S. A.; CANZIANI, M. E. F. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

instrumento genérico SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3. São Paulo: 2003.

DYNIWICZ, A. M.; ZANELLA, E.; KOBUS, L. S. G. Narrativa de uma cliente com insuficiência renal crônica: a história oral como estratégia de pesquisa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>.

“MATRICIAMENTO COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO BAIRRO SUMARÉ: AÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR FRENTE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS”

Coelho, Luciola Kelly de Moraes¹; Almeida, Katarina Themotheo²; Costa, Hanielle Oliveira³.

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(1), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(2), Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia(3).

Introdução: O Matriciamento é visto como um suporte técnico especializado que proporciona um espaço de troca de saberes, intervenções e experiências realizadas por uma equipe interdisciplinar. Ele promove saúde, a co-responsabilidade entre as equipes e diversidade de ofertas terapêuticas na lógica do processo saúde/doença. O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações (FIGUEIREDO; CAMPOS 2009). O Matriciamento surgiu com o intuito de promover o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) sobre as atribuições da equipe multiprofissional composta pelas categorias da Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional na Atenção Básica frente às políticas públicas de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

saúde. Pois, foi identificado no decorrer das visitas domiciliares o pouco conhecimento dos ACSs sobre o fazer daquelas categorias na Atenção Básica. **Objetivo principal:** Reorganizar as atividades dos ACSs a partir do Matriciamento para que estes profissionais identifiquem corretamente as necessidades das famílias e realizem o encaminhamento adequado para a equipe multiprofissional. **Metodologia:** O relato de experiência vivenciado foi um Matriciamento realizado com Fonoaudióloga, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e com 15 ACSs do Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Sumaré, localizado no município de Sobral, Ceará, no período de janeiro à maio de 2011. No decorrer do Matriciamento foi esclarecida a importância e os objetivos das seguintes políticas: Política Nacional de Saúde Auditiva; Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência; Política Nacional de Aleitamento Materno; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Estas políticas foram escolhidas por serem as mais importantes para atender as demandas do bairro Sumaré. Além disso a equipe multiprofissional acompanhou os ACSs nas visitas domiciliares para mostrar na prática como é realizado o trabalho do Fonoaudióloga, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional. **Resultado e considerações finais:** Esta vivência proporcionou uma significativa melhoria na qualidade das visitas domiciliares, pois com a compreensão dos ACSs sobre as atribuições de cada profissional da equipe multiprofissional os encaminhamentos dos usuários passaram a ocorrer de maneira adequada.

Referências:

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. n.14, v.1, p. 129-138, 2009.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“MATRICIAMENTO INTERNO: INSTRUMENTO DE INTEGRAÇÃO DOS DIVERSOS NÚCLEOS DE SABER”

**GOMES, PEDRO DE ARAUJO¹; Silva, Andresa Tabosa Pereira da²; Pires, Débora
Louise Lima de Moraes³.**

(1) Terapeuta ocupacional Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE); (2) Enfermeira Residente do PREMUSF/UFPE e (3) Bacharel em Educação Física, Especialista em Atividade Física e Saúde Pública, Residente do PREMUSF/UFPE.

e-mail: pedro.terapia@gmail.com

INTRODUÇÃO: A residência multiprofissional é uma estratégia de qualificação desafiadora por fomentar a interdisciplinaridade em suas práticas, forte lacuna da formação acadêmica. A interdisciplinaridade está difundida através da prática compartilhada, ao potencializar os núcleos de saber envolvidos, favorecendo um fazer holístico, condizente à proposta da clínica ampliada. A integralidade, um dos princípios ideológicos do Sistema Único de Saúde, contribui para prática ampliando e fomentando a continuidade do cuidado, além de estimular a criticidade do olhar profissional na Atenção Básica. **OBJETIVO:** Apresentar o matriciamento interno como estratégia qualificadora das práticas em saúde. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Estudo caracterizado em dois momentos: uma proposta de oficina onde seriam relatados os pontos de intervenção da profissão na Atenção Básica, a fim de subsidiar e direcionar as práticas; discussão e compartilhamento de experiências em ações. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A interdisciplinaridade está presente na condução e acompanhamento dos casos da comunidade pelos residentes. Porém, não totalmente explorado, na amplitude das contribuições a serem dadas aos casos. Acredita-se que as causas seriam o desconhecimento da atuação dos núcleos de forma ampla e ausência de experiência dos integrantes. Diante do exposto, o matriciamento interno foi umas das



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

estratégias encontradas pelos residentes no intuito de identificar demandas específicas e direcioná-las aos principais núcleos envolvidos de acordo com as necessidades. Tal prática pode ser aplicada nas visitas domiciliares, consultas compartilhadas e ações específicas de promoção e prevenção de acordo com a peculiaridade da demanda. Considerando a singularidade dos saberes, as oficinas possibilitam a discussão de temas recorrentes e esclarecem ações e atuações dos núcleos. Na perspectiva de contemplar o âmbito individual e coletivo, ratificando áreas em complementaridade com outros saberes em campos específicos visando ampliar o entendimento sobre cada núcleo e campo de saber. **CONCLUSÃO:** O matriciamento interno valoriza a construção de vínculos solidários, pois permitem a troca de experiências e a integralidade do cuidado. Favorece cuidado integral aos usuários, qualifica e amplia o olhar. Após as discussões, obteve-se conhecimento das possíveis contribuições dos núcleos e como utilizar melhor este recurso. Sugere-se a experiência para outros grupos iniciais como subsídio para exercitar a interdisciplinaridade.

Referências:

BRASIL. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. 2ªed. Brasília. Ministério da Saúde. 2008.

CAMPOS, G.W.S. **Apoio Matricial e Equipe de Referência:** uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. RJ. 23(2): 399-407, fev. 2007.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“OFICINA DE APROVEITAMENTO INTEGRAL DOS ALIMENTOS: PROMOVEDO SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

Carneiro, Daniela Gomes de Brito¹; Costa, Náide Melo¹; Jucá, Adriana Lobo¹; Lira, Aline Cavalcante de¹; Pereira, Charlene de Oliveira¹; Rocha, Luana Padilha da¹.

¹Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Introdução: Para ampliar as ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, foram criados, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nesse contexto, iniciou-se em 2010 o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco. Dentre as atividades desenvolvidas pelos residentes, em acordo com as Diretrizes do NASF, estão as ações de alimentação e nutrição, que tem por maior objetivo fomentar a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), incluindo o combate às carências nutricionais, no caso do nordeste, mais fortemente, a carência à Vitamina A. **Objetivo:** Relatar a experiência da Oficina de Aproveitamento Integral dos Alimentos realizada com o grupo de idosos da USF Chico Mendes/Ximboré, Recife–PE. **Relato da experiência:** A oficina contou com oito idosas e teve dois momentos: um teórico e um prático. No momento teórico houve a apresentação dos participantes, onde cada um relacionava seu nome a uma comida que lhe agradava. Em seguida, assistimos ao Curta Metragem, de Jorge Furtado, *Ilha das Flores*, que suscita a discussão sobre a fome e o DHAA. No momento prático, usou-se o laboratório de Técnica Dietética da UFPE para a preparação de duas receitas da Cartilha de Aproveitamento Integral dos Alimentos do programa MESA BRASIL



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

SESC. **Resultados e Discussão:** Na discussão do filme, as idosas chegaram à conclusão de que muitos não têm acesso aos alimentos devido à má distribuição de renda no Brasil, havendo uma sensibilização quanto ao desperdício dos alimentos, um dos focos da oficina. No momento prático, as receitas escolhidas tinham como base os legumes chuchu, conhecido no meio popular como redutor da Pressão Arterial Sistêmica, Doença Crônica comum nesse ciclo de vida; e cenoura, fonte de vitamina A, incentivando o consumo de alimentos ricos em Vit.A. Antes da preparação houve uma conversa sobre a importância do consumo integral de frutas e legumes, pelo maior teor de fibras encontrado nesses alimentos e em suas cascas; e sobre o valor nutricional dos ingredientes utilizados nas receitas. **Conclusões:** Acredita-se que as ações educativas são uma potente ferramenta para a promoção da SAN e do DHAA, portanto ações como esta, com objetivos em consonância com as políticas públicas em alimentação e nutrição, devem ser apoiadas e fomentadas, em especial, pelas equipes de NASF que o Brasil está recebendo.

Referências:

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Sisan)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“PERCEPÇÃO DE MULHERES QUANTO A MENOPAUSA EM UMA ZONA DE INTERESSE SOCIAL DO RECIFE: RELATO DE EXPERIÊNCIA.”

Fernando, Virgínia Conceição Nascimento¹; Lira, Aline Cavalcante de², Pereira, Charlene de Oliveira²

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco (UPE); ² Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Introdução: A menopausa e o climatério é uma fase da evolução biológica da mulher, em que ocorre o processo de transição entre o período reprodutivo e o não-reprodutivo, recebem diversas representações sociais e que por isso vem sendo trabalhadas, a partir de técnicas didáticas, na atenção primária. No âmbito da Saúde da Família, a atenção integral à saúde da mulher, além de englobar e integrar várias estratégias, entre as quais a prevenção do câncer de colo e da mama, planejamento familiar e pré-natal, é ainda responsável por ações relacionadas à redução de DST e AIDS, à saúde mental e ao trabalho com vulnerabilidades e especificidades da população feminina. O grupo de mulheres tem sido uma estratégia utilizada pelas Equipes de Saúde da Família, juntamente, com o NASF para se trabalhar temas de saúde que envolve dúvidas, mitos e preconceitos com este grupo específico. **Objetivo:** Desvelar as diferentes concepções, anseios e dúvidas de mulheres de uma zona de interesse social frente à menopausa. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com mulheres de uma Zona de Interesse Social que participaram do Grupo de Mulheres facilitados por residentes Multiprofissionais em Saúde da Família da UFPE. **Relato de experiência:** iniciamos a conversa com uma dinâmica que colocava todos para definir características físicas e da personalidade, depois utilizamos a técnica de exposição dialogada. **Resultado e discussões:** A discussão percorreu o universo das verdades e mentiras



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

referentes ao tema. Uma chuva de idéias com o julgamento do grupo frente a diversos pensamentos que cada uma possuía ou havia escutado, sobre a Menopausa. As experiências de todas foram compartilhadas, a troca de saberes e os tabus aos poucos foram quebrados. A discussão mais calorosa vivenciada foi na abordagem do sexo/prazer durante este ciclo de vida da mulher, foi motivo de diversas declarações. O grupo como um todo se mostrou surpreso com a possibilidade da mulher poder desfrutar de uma saudável vida sexual com o parceiro. **Conclusão:** O grupo proporcionou troca de experiências e afeto. A tarefa do grupo de informar com qualidade atingiu o objetivo quando se percebe a transformação em sujeitos ativos, a troca de conceitos, a avaliação positiva e a satisfação de todos, assim ampliando a atenção qualificada às mulheres com queixas em todas as fases dos ciclos de vida, considerando o climatério e a menopausa.

Referências:

Santos L M, Campos MA. Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde. São Paulo: O Mundo da Saúde 2008; 32(4): 486-494.

Fernandes CE, Baracat EC, Lima GR. Climatério: aspectos conceituais e epidemiologia. In: FEBRASGO. Climatério: manual de orientação. São Paulo: Ponto; 2004. cap. 1, p. 11-4.

“PROJETO DE INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL COM PACIENTES EM HEMODIALISE NO ÂMBITO DA QUALIDADE DE VIDA”

Falcão, Tobias de Souza¹; Da Silva, Noêmia Carolina Celestino² ;Soares, Aline M^a Dias³ ;Dos Santos, Caterine Sibeles Gueiros⁴ ;da Silva, Equitacia Moraes⁵; Cerqueira, Mirella Sâmara Rocha⁶



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(1) HU/UFAL, Educador Físico Residente; (2) HU/UFAL Fisioterapeuta Residente; (3) HU/UFAL Enfermeira Residente; (4) HU/UFAL Nutricionista Residente; (5) HU/UFAL Assistente Social Residente; (6) HU/UFAL Psicóloga Residente.

A hemodiálise (HD) se faz pela depuração sanguínea extracorpórea realizada por uma fístula artériovenosa, comumente no braço não dominante, ou por meio de um cateter de duplo lume na veia jugular ou subclávia. A sessão deve durar 4 horas, 3 vezes por semana. Os pacientes que se submetem à HD podem sofrer diversas alterações, dentre elas, as musculoesqueléticas como artralgia (70% dos pacientes), fraqueza muscular e câibras. Estudos relatam que o sedentarismo e a limitação funcional estão presentes no cotidiano destes pacientes. Koeppel e Araujo(2009) em um artigo de revisão identificaram que houve relatos relacionados aos sentimentos, emoções e percepções do pacientes demonstrando que o vínculo profissional/paciente aparece como facilitador da comunicação bem como um olhar para o paciente de forma integral e individualizada promove um cuidado mais adequado. A expressão “qualidade de vida” vem sendo amplamente empregada, tanto para designar aspectos relacionados às condições de saúde, trabalho e moradia quanto para refletir questões mais subjetivas como bem estar auto-estima e grau de satisfação. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), uma dimensão específica da qualidade de vida global, está associada a aspectos do estilo de vida, adicionando-se a esses fatores: A) capacidades que permitam manter razoável função física, emocional e intelectual; e, B) habilidades para participar de atividades importantes com a família, no local de trabalho e na comunidade. Nahas et all (2000), considerando esta associação entre a QVRS e o estilo de vida das pessoas, apresentou um modelo teórico denominado “pentágulo do bem estar” que avalia 5 aspectos: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do stress. O objetivo do presente projeto é elaborar programa educacional e de reabilitação que promova benefícios, modificando tanto seu estilo de vida como seu comportamento frente à doença. Após realizar a avaliação e



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

traçado os objetivos deve-se dar início ao programa para prevenir a instalação de incapacidades, ou amenizar as já existentes. Há muitos fatores que envolvem a QVRS do paciente com IRC, os problemas musculoesqueléticos estão entre os principais. Utilizaremos como método de avaliação a Escala Visual Analógica da dor onde o paciente classifica a dor de 0 a 10, Questionários: Social, Nutricional, SF36 (qualidade de vida) e IPAQ (atividade física) e exames de sangue da HD, antes a cada mês do programa de intervenção.

Referências:

KOEPPEL, G. B. O. ; ARAUJO, S. T. C. Comunicação como temática de pesquisa na Nefrologia: subsídio para o cuidado de enfermagem, Rev. Acta Paul Enferm. 2009 ; 22(Especial-Nefrologia):558-63.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O Pentáculo do Bem-Estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.5, n.2, p.48-59, 2000.

VIEIRA, W. P. et al. Manifestações musculoesqueléticas em pacientes submetidos à hemodiálise. Rev. Bras. Reumatol. São Paulo, v. 45, n. 6, 2005.

“PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO ACOLHIMENTO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

Costa, Evandro Medeiros¹; Oliveira, Ana Roberta Gomes², Bello; Fabiana Maria de Aguiar³; Costa, Tania Macêdo⁴

(1, 2, 3, 4) UFPE, Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Introdução. Ações de promoção da saúde podem ocorrer durante o acolhimento, na perspectiva de prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde, conforme objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde. O



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

acolhimento tem sido compreendido, dentre outras coisas, como estratégia constitutiva dos modos de produzir cuidados em saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, privilegiando o uso das tecnologias leves. Por seu turno, a promoção do uso racional de medicamentos é um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Objetivo.** Relatar ação de educação em saúde realizada durante o acolhimento da Unidade de Saúde da Família Engenho do Meio (USF/EM), Distrito Sanitário IV, Recife/PE, sobre uso racional de medicamentos. **Metodologia.** Realizaram-se cinco rodas de diálogo, de aproximadamente uma hora, durante o acolhimento da USF, com o objetivo de esclarecer aos participantes sobre o tema. Ao chegar à USF, os usuários passaram pela triagem na recepção e foram encaminhados para a sala de acolhimento. Houve apresentação coletiva e esclareceu-se o objetivo da atividade. A roda de conversa iniciou-se a partir da provocação do farmacêutico residente, com base em um roteiro de averiguação e valorização das experiências dos usuários sobre acesso, uso, armazenamento e descarte de medicamentos. Após, fez-se a leitura do folder *Recomendações para o uso correto de medicamentos*, do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco. Encerrando, avaliou-se a atividade com os participantes. **Resultados e discussão.** Participaram da atividade aproximadamente 75 usuários de ambos os sexos e faixa etária média de 30-40 anos. Perceberam-se compreensões compartilhadas sobre as atribuições do farmacêutico como *dispensador de medicamentos*; desconhecimento sobre: procedência dos medicamentos dispensados na USF; riscos do armazenamento inadequado e descarte apropriado de medicamentos; processo LADME (liberação, absorção, distribuição, metabolização e excreção); importância da administração no horário correto; associação de medicamentos com álcool. **Conclusão.** A educação em saúde é apontada por diversos autores como principal instrumento para promover o uso racional de medicamentos. Ações como rodas de conversa constituem exemplo de como adotar metodologias participativas e informações compreensíveis podem ter boa aceitabilidade entre usuários da Estratégia de Saúde da Família.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Referências

BICUDO, W. W.; SILVA, F. A.; SILVA, L. A educação em saúde como instrumento para promover o uso racional de medicamentos. **Revista Salus**, vol. 2, n. 2, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, v.7. 1. ed. 2006.

CASTRO, C. G. S. O. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

“REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL COM OS ACS E ASACE DA USF IRAQUE/RUA DO RIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade^{1, 2}; Andrade, Michelly Evangelista de
^{1, 2}; Silva, Janice Lemos de Araújo^{1, 2}; Damascena, Caroline Guimarães^{1, 2}; Silva,
Adriana Maria Costa Marques^{1, 2}; Monteiro, Natália Pereira^{1, 2}

(1) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE);

(2) Centro de Ciências da Saúde (UFPE)

E-mail: ane.net@hotmail.com

Introdução: O grupo focal consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população (MINAYO, 2000, p. 129). Segundo Gatti



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

(2005, p. 9), “o grupo focal permite emergir uma multiplicidade de pontos de vista e processos emocionais, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, com outros meios, poderiam ser difíceis de manifestar”. Também ajuda o fato de o foco principal ser um tema de conhecimento e interesse de todos, facilitando as relações e interações. **Objetivos:** Utilizar a técnica do grupo focal na discussão do papel dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de saúde ambiental e controle de endemias (ASACE) e sua importância na atenção básica, além de elencar as potencialidades e fragilidades da comunidade que interferem no processo saúde/doença. **Relato de Experiência:** O Grupo Focal foi a técnica eleita para a coleta de dados grupais acerca da questão: saúde/doença. Os sujeitos da pesquisa os ACS e ASACE da Unidade de Saúde da Família (USF) Iraque/Rua do Rio. Para a execução da técnica contou-se com a participação do moderador e do observador, sendo o rigor metodológico respeitado. **Resultados e Discussão:** Através da realização do grupo focal ocorreram discussões acerca da organização precária do processo de trabalho, a fragmentação das práticas e o relativo desconhecimento dos novos papéis por parte dos trabalhadores de saúde. Foram abordados assuntos relacionados com processo de adoecimento da população adscrita na USF Iraque/Rua do Rio e elencadas as fragilidades e as potencialidades da comunidade que interferem na realidade de saúde local. **Conclusão:** O foco principal foi um tema de conhecimento e interesse de todos, facilitando as relações e interações. A observação ganhou grande significado, pois foram através das palavras, gestos, silêncio, tom de voz, da expressão fisionômica que a essência pôde ser captada. Tudo isto propiciou um entendimento mais fidedigno dos assuntos discutidos.

Referências Bibliográficas

MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2000;

GATTI, Bernadete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CÍRCULO DE CULTURA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Silva, Clebiana Alves e ¹; Dantas, Geórgia Alencar²; ³ Reis, Flávia Karina
Wanderlei ; Ribas, Maria Cícilia de Carvalho ⁴

¹Profissional de enfermagem Residente Multiprofissional CAV/UFPE; E-mail: clebiana_alves@hotmail.com; ²Psicóloga Residente Multiprofissional CAV/UFPE; E-mail: Geo_alencar@yahoo.com.br; ³fonoaudióloga Residente Multiprofissional CAV/UFPE; E-mail: flaviakwr@hotmail.com.br; ⁴Psicóloga. Docente da Residência Multiprofissional CAV/UFPE; E-mail: ciciriba@hotmail.com.

Introdução: A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde. A sua reprodução mecânica é influenciada pelo entendimento, arraigado ao modelo tradicional, em que a transmissão do saber acontece de modo verticalizado e unidirecional. Na perspectiva que é a nossa, para dar suporte, facilitar e contribuir para o desenvolvimento de equipes criativas, responsáveis e produtivas, é fundamental se pensar o trabalho como uma experiência criativa da realidade. Portanto, faz-se necessário, trabalhar ações de educação em saúde a partir de propostas metodológicas libertadoras e participativas. Nesse sentido, o Círculo de Cultura (CC) baseado na metodologia de Paulo Freire, visa uma vivência participativa com ênfase no diálogo, na valorização do saber popular e na consciência crítica da realidade. Estando os agentes comunitários de saúde (ACS) envolvidos na prática educativa junto à comunidade, propomos a vivência de uma experiência pedagógica com o manejo de um CC. **Objetivo:** Realizar a capacitação com ACS mediante a vivência em CC desvelando suas perspectivas sobre Educação em Saúde e repensando-as dentro de seu processo de trabalho. **Método:** Local: Vitória de Santo Antão. Participantes: 13 ACS da Unidade de Saúde Alto da Bela Vista. Técnica: Círculo



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

de Cultura. O círculo foi iniciado com a dinâmica de boas vindas e acolhimento; posteriormente ocorreu a elaboração de um Pacto de Convivência, seguido por um momento de leitura, reflexão, ação (técnica dos excluídos), sensibilização (técnica das bexigas), etapa de síntese e avaliação. **Resultados:** Os participantes expressaram suas dificuldades frente à ignorância da maioria da população que não entende o que os ACS dizem. Além disso, os usuários não aceitam ações de educação em saúde da mesma maneira que aceitam uma receita médica. Estes foram reportados como os maiores obstáculos. Porém uma participante reportou a necessidade dos próprios profissionais questionarem seus preconceitos e limitações diante das novas práticas educativas. **Conclusão:** vivenciar um CC possibilitou um ambiente de diálogo entre os atores envolvidos com troca de experiências, sensibilização, conscientização, participação, mobilização em prol da melhoria das futuras atividades coletivas.

Palavras- chave: Criatividade; Educação em Saúde; Círculo de Cultura.

Referências

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Esperança. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

VIEIRA, N. F. C. MEIRELLES. M. E. Reconstruindo de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura: experiências participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE. Ed. Edupe. Recife, 2008.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“RELATO DE EXPERIÊNCIA DA REIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS”.

Silva, Windson Carlos Motta da¹; Gomes, Manuela Pernambuco¹; Andrade, Aline Fernanda¹; Moraes, Cláudia Cícera de¹.

¹ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE)

Introdução: O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno que já faz parte da realidade de diversos países. Ele acarreta demandas sociais e econômicas e exige do setor público ações que viabilizem a melhoria da qualidade de vida e de outros aspectos sociais. Dentro da proposta da atenção primária à saúde, a criação de grupos de convivência tem sido uma estratégia importante para promover a qualidade de vida e a autonomia da população idosa. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PREMUSF/UFPE) na dinâmica de condução de um grupo de convivência de idosos desenvolvido pela Unidade de Saúde da Família Emocy Krause, Recife- PE. **Relato da experiência:** Para a elaboração desse trabalho foram utilizados registros em diário de campo e relatórios das atividades realizadas no grupo, no período de março de 2010 a maio de 2011. A participação da equipe de residentes se deu através da estruturação de momentos de educação em saúde fundamentados na metodologia das rodas de conversa e de prática de atividades físicas e ainda na organização de momentos de confraternização. **Resultados e discussão:** A atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na facilitação do grupo de convivência de idosos foi uma experiência potente para as ações desenvolvidas pela USF no território. As tentativas de trabalhar as atividades a partir do conceito ampliado de saúde e cidadania sob a visão de diversos núcleos



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

profissionais promoveu ao grupo uma diversidade de atividades e esclarecimentos acerca não só das questões de saúde, mas também de direitos assegurados ao cidadão. **Conclusão:** Assim, verifica-se que a criação de grupos de convivência de idosos é uma importante estratégia para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo, visto que se busca a preservação das capacidades e do potencial desses indivíduos.

Referências

BORGES, P. L. de C.; BRETA, R. P.; AZEVEDO, S. F. de; BARBOSA, J. M. M.. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez, 2008, p. 2798-2808.

BULSING, F. L.; OLIVEIRA, K. F. de; ROSA, L. M. K. da; FONSECA, L. da; AREOSA, S. V. C. **A influência dos grupos de convivência sobre a auto-estima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul – RS.** Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 11-17, jan./jun. 2007.

CARVALHO J.A.M.; GARCIA, R.A.. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, mai-jun, 2003, p 725-733.

“RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES VOLTADAS PARA CRIANÇAS BENEFICIADAS PELO BOLSA FAMÍLIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA BELA VISTA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE”

Maymone, Cristiana Marinho¹; Silva, Clebiana Alves e²; Lima, Emyliane Maria de Medeiros³; Barbosa, Gilmara de Melo⁴; Moreira, Laísa Tôrres⁵; Carvalho, Michelle Figueiredo⁶

(1) UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde; (2) UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde; (3)



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde; (4)
UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde; (5)
UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde; (6)
UFPE/CAV, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde

Introdução: O Programa Bolsa Família (PBF) é uma estratégia de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com o objetivo do alívio imediato da situação de risco e fortalecimento dos direitos sociais básicos. A responsabilidade da gestão municipal em saúde foca nas crianças entre 0 a 7 anos e mulheres em idade fértil, consistindo em implantar, realizar e informar semestralmente o acompanhamento das famílias na saúde pela Atenção Básica; analisar os dados do estado nutricional dos beneficiários do programa; promover atividades educativas sobre nutrição; capacitar as equipes sobre o PBF; informar ao responsável pelo Cadastro único para Programas Sociais, alterações de dados das famílias; e participar da coordenação intersetorial do programa. Porém, o que se visualiza na prática de rotina utilizada nesta atividade da Unidade de Saúde da Família (USF) da Bela Vista em Vitória de Santo Antão é apenas a notificação do peso em que a criança se encontra. Objetivo: Diante desta realidade, o grupo da Residência Multiprofissional da UFPE/CAV junto aos profissionais da USF decidiu resignificar esta intervenção na tentativa de aproveitar as crianças socialmente vulneráveis para uma atenção mais integral à saúde. Relato de Experiência: Além da pesagem há um grupo de convivência entre as mães (ou responsáveis) e suas crianças. A cada encontro realizado um ou dois profissionais das diversas especialidades (enfermagem, psicologia, nutrição, educação física, fonoaudiologia e fisioterapia), faz uma intervenção. Dentre as atividades, exemplificamos orientações lúdicas com foco no cuidado postural das mães com suas crianças, alongamento e dança. A nutricionista se responsabilizou em avaliar a evolução das crianças no momento das pesagens. Resultados e Discussão: Com essa mudança de prática, as usuárias (mães ou



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

responsáveis) relataram se sentirem mais motivadas e ativas nos seus cuidados com a saúde, inclusive trazendo mais beneficiados nos encontros seguintes. Os assuntos das futuras oficinas foram propostas pelas próprias comunitárias. Através da resignificação houve intervenções que atenderam de forma ampla a saúde, assim como seu objetivo. Conclusão: Entendemos que o cumprimento das ações junto ao PBF ultrapassa o acompanhamento mensal do peso. Esse movimento que vem sendo realizado tem possibilitado uma maior interação e geração de vínculo. Almejando assim, um olhar cada vez mais integral.

Referências:

1. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família: Transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde e educação. Brasília: 2006.
2. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa Família: Acesso de Compromisso da Família. 2006.

“RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE HOMENS “LUTA PELA VIDA” DA USF CÓRREGO DO JENIPAPO, DSIII, RECIFE-PE”

Soares, Dayana da Silva¹; Bezerra, Merielly Mariano². Farias, Richelly Milena Freire³.
Virgínio, Izabella Maria Pereira. Silva, Miriam Jordão Lira da

1.UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Assistente Social do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 2. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Enfermeira do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 3.UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Cirurgiã-Dentista do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 4. UPE, Faculdade de Ciências Médicas, Farmacêutica do programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. 5. PCR, Prefeitura da Cidade do Recife, Agente Comunitária de Saúde.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

INTRODUÇÃO: O Brasil, em 2008, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem, o objetivo foi “facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. A iniciativa foi uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública”. O município do Recife em pleno ano de 2011 ainda não implementou uma política estruturada de atenção integral à Saúde do Homem, apesar de ter sido deliberada na 9ª Conferência Municipal de Saúde.

OBJETIVO PRINCIPAL: Apresentar o grupo de homens “Luta pela Vida” da comunidade do Córrego do Jenipapo. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Apesar da falta de apoio da gestão municipal para atenção a saúde do homem, há dois anos e meio se constituiu um grupo de homens “Luta pela Vida” no Córrego do Jenipapo. Com o incentivo da equipe de saúde da família, da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMISF), e principalmente de uma ACS. A idéia surgiu a partir da constatação que os homens não procuravam a USF e que também não eram público-alvo de nenhuma atividade de educação em saúde ofertada pelo serviço. A partir disso, se estabeleceu esse grupo que é aberto e têm encontros semanais com duração em média de duas horas, tendo apoio dos profissionais da ESF e residentes da RMISF, além de outros colaboradores. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da constituição e desenvolvimento desse grupo, aliado a mudança da prática dos profissionais da ESF, mais homens passaram a procurar a USF na busca de ações preventivas e não só curativas. Dessa forma, deslumbra-se um movimento de desmistificação do estereótipo de masculinidade que compromete o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. Entretanto, observa-se que essa mudança ocorre de forma relevante nos participantes do grupo, apesar de ser gradual e lenta, mas a situação aparentemente permanece inalterada para os diversos homens que não participam desse grupo, estando estes utilizando álcool e outras drogas, envolvidos em situações de violência na comunidade, tendo medo de descobrir doenças e achando que nunca vão adoecer. **CONCLUSÃO:** Com base no relato percebe-se a importância de ações como essa, pois a formação de grupos de educação e saúde na comunidade vem se



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

mostrando como uma importante ferramenta para aumentar a consciência sanitária da população. Demonstra-se também a necessidade da responsabilização da gestão em apoiar atividades como essa no território para que as fortaleça e amplie seu alcance.

REFERÊNCIAS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (Princípios e diretrizes)**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf. Acesso em: 28/02/2011. FIGUEIREDO W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9

“RELATO DE EXPERIÊNCIA: PLANEJAMENTO ANUAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ENGENHO DO MEIO – RECIFE-PE”

Costa, Tania Macêdo¹; Oliveira, Ana Roberta Gomes²; Costa, Evandro Medeiros³; Bello, Fabiana Maria Aguiar⁴

(1, 2, 3 e 4) UFPE – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Introdução. Este trabalho relata a experiência do planejamento anual da Unidade de Saúde da Família Engenho do Meio (USF/EM), Recife-PE. A implementação do SUS imprime desafios que exigem cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que possam identificar situações prioritárias de saúde das comunidades assistidas para definição de intervenções eficientes e eficazes, como o planejamento em saúde. Na USF/EM, o planejamento objetivou identificar temas prioritários de saúde, elaborar a programação anual de saúde para 2011, construir estratégias de monitoramento e avaliação dessas ações e ser, fundamentalmente, um instrumento para a reorganização do processo de trabalho. **Metodologia.** Durante reunião administrativa, as duas equipes integrantes da USF/EM definiram uma comissão para organizar os encontros. A



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

logística do planejamento foi coletivamente pactuada: identificação dos participantes – todos os trabalhadores da USF; representantes das comunidades adscritas; do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade da UFPE, que têm campo de prática naquela USF; participação de um facilitador externo à USF; primeiro encontro ser realizado fora da USF; programação do evento. **Resultados e discussão.** Até o momento foram realizados seis encontros com 25 participantes, em média. No primeiro encontro foi construída a Matriz de Planejamento Regionalizado - que identificou os temas prioritários em saúde, os quais foram agrupados em Eixos de Ação; foram identificados responsáveis por cada tema, para elaboração de ações/atividades. Nos demais encontros iniciou-se a construção da Programação Anual de Saúde 2011, composta por ação/atividade, meta da ação, responsável e prazo. O planejamento ainda está em curso. São necessárias estratégias de monitoramento e avaliação. Contudo, algumas mudanças no processo de trabalho das ESF já podem ser percebidas: maior engajamento de profissionais no planejamento e execução das ações pactuadas; pleno exercício de participação social no planejamento. **Conclusões.** O planejamento da USF/EM, estratégia de organização da atenção à saúde em nível local, tem sido um exemplo exitoso de reafirmação do conceito de ator social (Matus, 1989; 1993), na medida em que, atuando sobre os temas prioritários de saúde elencados, se propõe a transformá-la. Garante-se, assim, um dos princípios do planejamento situacional: “planeja quem governa ou quem executa”.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização.** 2009.

318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, Francisco; FARIA, Horácio; SANTOS, Max. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“RODAS DE CONVERSA: DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E VIDA”

Lira, Aline Cavalcante de¹; Pereira, Charlene de Oliveira¹; Carneiro, Daniela Gomes de Brito¹; Costa, Náide Melo; Jucá, Adriana Lobo; Rocha, Luana Padilha.

¹Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Introdução: a Política Nacional de Atenção Básica garante que atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos são atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família, sendo múltiplas as possibilidades de intervenção no território e destinadas a todos os ciclos de vida e grupos prioritários. Todavia, o atual cenário epidemiológico de vulnerabilidades no qual se encontram os adolescentes e as mulheres no Brasil, configura-se como uma estratégia para desenvolvimento de atividades, em especial, sobre agravos da saúde relacionados ao uso álcool, tabaco e outras drogas. Neste contexto, tem-se a Redução de Danos (RD) como um dispositivo para garantir a aproximação dos usuários dos serviços de saúde e reduzir o preconceito existente, na medida em visa à modificação dos conhecimentos e comportamentos das pessoas em relação ao uso de drogas. **Objetivo:** relatar a experiência das rodas de conversa intituladas “drogas, redução de danos e vida”, vivenciada com mulheres e adolescentes de uma unidade de saúde da família. **Relato da experiência:** optou-se pela modalidade de encontro chamada *roda de conversa*, organizada em quatro momentos: uma discussão inicial sobre os conceitos, classificação e aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas, a partir de concepções surgidas numa chuva de idéias; o segundo momento foi mediado por uma dinâmica de grupo com o intuito de auxiliar os participantes a identificarem seus valores de vida, refletirem sobre as perdas que sofremos, as escolhas que fazemos na vida e a capacidade de



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

recomeçar e mudar o rumo da nossa história; no momento seguinte foi passado um vídeo sobre a RD; e, por último, a avaliação da tarde pelos participantes. **Resultados e Discussão:** na roda de conversa pudemos desconstruir os “mitos” circulantes sobre as drogas, dialogar sobre as escolhas, os principais valores da vida e os sentimentos vividos em situações de perdas e “recomeços” da vida, relacionando com os contextos familiares e sociais de consumo abusivo de álcool e outras drogas. A partir daí, seguiu-se conversando sobre as formas de enfrentar os problemas. **Conclusões:** acredita-se que as ações educativas são uma potente ferramenta para problematização dos chamados comportamentos de risco; deste modo, ações como esta, em consonância com as políticas Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, devem ser apoiadas e fomentadas pelas equipes de ESF junto com os NASF, ampliando o escopo das ações da Atenção Primária.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. 4 ed. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

NASCIMENTO, M.A.G. SILVA, C.N.M. **Rodas de conversa e oficinas temáticas: experiências metodológicas de ensino-aprendizagem em geografia.** 10º ENPEG. Porto Alegre, 2009.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“SÍNDROME NEFRÓTICA NA GESTAÇÃO: RELATO DA INTERVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL INTEGRADO”

**Queiroz, Pedrita Mirella Albuquerque¹; Barbosa, José Carlos Costa Mourão²;
Silva, Liza Manuelle Batista Moreira da³;
Farias, Polyana da Nobrega⁴.**

¹Nutricionista, ²Psicólogo, ³Enfermeira, ⁴Fisioterapeuta. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

Introdução: A Síndrome Nefrótica (SN) é uma doença glomerular caracterizada pelo quadro de edema generalizado (anasarca), proteinúria maior do que 3,5g/dia, hiperlipidemia e lipidúria. As principais causas da SN envolvem a glomerulopatia da lesão glomerular mínima (LGM), a glomerulonefrite membranosa (GM), a glomeruloesclerose segmentar e focal (GeSF) e, menos frequentemente, a glomerulonefrite proliferativa mesangial, a glomerulonefrite membrano-proliferativa e a glomerulonefrite crescêntica (ANDRADE et. al, 2004). No último trimestre da gestação, a causa mais frequente de descompensação nefrótica é a pré-eclâmpsia (NEME, 2006). Estudos apontam que o tratamento desta síndrome deve existir de forma multidisciplinar devido à complexidade da patologia na gestação. **Objetivo:** Relatar a experiência da assistência multiprofissional integrada à gestante com Síndrome Nefrótica. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo-exploratório, realizado na Maternidade do Hospital das Clínicas/UFPE, em abril de 2011. O relato da experiência baseia-se nas visitas integradas diárias realizada por nutricionista, psicólogo, enfermeira, fisioterapeuta, consulta ao prontuário, relato dos familiares, assim como das intervenções diretas realizadas com a paciente em estudo, em gestação única tópica pré Termo no curso de 34 semanas, portadora de SN secundária a Glomeruloesclerose



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

focal e segmentar e Hipertensão Arterial Sistêmica. **Resultados e Discussões:** Foram observados resultados positivos a partir das condutas realizadas de forma integrada a paciente, sendo pontuadas: melhoras no humor e mudanças comportamentais, controle da pressão arterial e da frequência cardíaca de repouso, controle hídrico equilibrado, adesão ao plano dietoterápico, retardo de danos renais, ganho de peso, realização de parto a termo cesáreo, adesão ao aleitamento materno e acompanhamento a nível ambulatorial. **Conclusões:** O número de indivíduos portadores de doença renal crônica vem crescendo ao longo dos anos, e consigo a necessidade de um acompanhamento multiprofissional a estes pacientes, principalmente em estágios de vida especiais, como na gestação, visto que essa patologia é complexa, árdua e envolve diferentes contextos do ser humano. O estudo de caso mostrou a importância da atuação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar na assistência humanizada e integrada com o objetivo de promover os cuidados necessários a paciente.

Referências:

NEME, B. & PARPINELLI, M. A. **Obstetrícia Básica**. 3. Ed. São Paulo: Sarvier, 2006.
ANDRADE, L. C. F., ALMEIDA, E. C., PAULA, R. B., BASTOS, M. G. **Tratamento da Síndrome Nefrótica Primária do Adulto**. J Bras Nefrol 2004;26(1):38-44.

“TERRITORIALIZAÇÃO: ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA USF ALTO DOS COQUEIROS E CÓRREGO DA JAQUEIRA”

Lopes, Wanda Rafaela Pinto¹; Costa, Ângela Catarina Inácio¹; Lucena, Camila Laís Gonzaga¹; Duarte, Keyla Rodrigues de Aguiar¹; Lima, Luciana de Oliveira¹

(1) UPE, Faculdade de Ciências Médicas



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

A territorialização refere-se à observação e caracterização da realidade local, sendo o estabelecimento da base territorial importante para a descrição da população, de situações-problemas, avaliação do impacto do sistema sobre os níveis de saúde e criação da relação de responsabilidade entre os serviços e a população adscrita¹. Analisar o território implica compreender as inter-relações espaciais: o *território* à categoria de poder, que se caracteriza por lugares contíguos e em rede; a *área* como ponto de confluência de diversos circuitos produtivos e de momentos de produção; a *paisagem* que se configura no domínio visível (de volumes, cores, movimentos) mais a vida nela existente²; e o *lugar*, proposto como espaço do acontecer solidário, no qual estas solidariedades definem usos e geram valores de naturezas culturais, econômicas, sociais, financeiras³. O **objetivo** foi descrever e mapear o território enquanto categoria analítica do espaço de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Alto dos Coqueiros/Córrego da Jaqueira de forma a contribuir na identificação de informações da realidade da população, possibilitando estratégias de ação objetivas e eficazes. O **estudo refere-se** à experiência das residentes em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco, vivenciado no período de abril a maio de 2011. **Foram realizadas visitas** a USF para conhecer as instalações, operacionalização, equipe de saúde e área de abrangência. Considerando a análise do espaço foi construído o mapa com as áreas de risco e potencialidades. Em relação ao espaço-território a USF situa-se no bairro de linha do tiro, no distrito sanitário II de Recife e limita-se com os bairros de Beberibe, Água Fria, Alto Santa Teresinha e Dois Unidos. Quando observado o espaço-área a USF é composta por 2 equipes de saúde da família e 1 equipe de saúde bucal. Cada equipe possui um total de 6 microáreas e atende 1889 famílias. Considerando o espaço-paisagem a área apresenta um relevo misto (planícies e morros), precário saneamento, baixas condições de infra-estrutura urbana, poucas opções de lazer, áreas de risco e equipamentos sociais. Quanto ao espaço-lugar, as comunidades foram nomeadas pela grande quantidade de coqueiros e jaqueiras existentes anteriormente à ocupação do solo na área. Diante do processo de territorialização, a aproximação das



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

residentes com a área em que estão prestando serviço, possibilita o planejamento de ações de saúde direcionadas às necessidades da comunidade, de modo a proporcionar maior resolutividade da atenção.

Referências:

1. MENDES, E. V. **DISTRITO SANITÁRIO: O processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. 3ed. Hucitec-Abrasco. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.
 2. SANTOS, M. **METAMORFOSE DO ESPAÇO HABITADO, fundamentos Teórico e metodológico da geografia**. Hucitec. São Paulo, 1988.
 3. SANTOS, M. **O retorno do território**. En: OSAL: Observatório Social de América Latina. Año 6 no. 16 (jun.2005-). Buenos Aires, 2005.
-

“TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: POPULAÇÃO SUB-CUIDADA E FRAGILIDADE DOS DISPOSITIVOS.”

LEONIDIO, Ameliane Reubens (1); SILVA, Angelita Gouveia da (1); MULATINHO, Camila Serrano de A. (1); COSTA, Danielle de Arruda (1); GOUVEIA, Halina Cavalcanti (1).

(1) UPE/SES, Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

Introdução: Com a inserção das profissionais residentes através da atividade da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, entre outubro 2010 a março 2011, no acolhimento de um CAPS do município de Recife (PE) verificou-se que um grande número de pessoas chegava ao local e não eram admitidas por não apresentarem demanda para acompanhamento no CAPS. Esse grupo especificado de pessoas embora apresentando sofrimento psíquico, recebiam como conduta o encaminhamento a outros serviços, em sua maioria, os ambulatórios públicos de psiquiatria e psicologia.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Desse grupo de pessoas que não constituem o perfil de usuários atendidos no CAPS, nos chamou atenção o quantitativo considerável daqueles que apresentavam múltiplos sintomas não-classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos. Objetivo: Identificar as características descritas na literatura sobre o grupo de usuários em sofrimento psíquico, não admitido no serviço CAPS. Metodologia: A prática no serviço/CAPS foi o campo de observação em saúde mental sendo realizada pesquisa bibliográfica em publicações das bases de dados (SciELO, Bireme e Lilacs), sem limite temporal sobre a temática. Discussão: Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) vem sendo conceituados a partir da transição do foco da epidemiologia psiquiátrica do grupo de usuários de espaços asilares para aqueles dos espaços comunitários. Os TMC são caracterizados como a apresentação do sofrimento psíquico através da manifestação de queixas difusas, tais como preocupações somáticas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento, queixas estas que não configuram transtornos dos tipos ansiosos, somatoformes e/ou depressivos pelo seu caráter sub-categorial. Estes transtornos estão relacionados a questões psicossociais importantes como relações familiares, laborativas, sociais e econômicas dos usuários. Alguns estudos (COSTA et al, 2002; FONSECA, 2008; MARAGNO et al, 2006) explicitam o tipo de demanda assistencial que se origina dos indivíduos com TMC relacionando às dificuldades de manejo clínico. Como consequência desta fragilidade, o sub-diagnóstico, o enfoque limitado aos sintomas e suas remissões, a desvalorização das queixas e dos contextos sociais limitam a assistência integral. Considerações finais: O reconhecimento e tratamento dos TMC implicaria em cuidados baseados na valorização dos fatores psicossociais envolvidos, deste modo práticas de saúde mental na atenção básica aliada a proposta de intervenções grupais consistiriam alternativas de apoio de base comunitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica, o vínculo e o diálogo necessários:** inclusão das ações de saúde



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

mental na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. 2007

COSTA, J. S. et al. **Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, vol. 24, n.2, p. 353-363. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/13.pdf>>.

FONSECA, Maria Liana G.; GUIMARÃES, Maria Beatriz L.; VASCONCELOS, Eduardo M. **Sofrimento Difuso e Transtornos Mentais Comuns**: uma revisão bibliográfica. Revista APS, V.11, n.3, p. 285-294, jul./set. 2008.

MARAGNO, L. et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.8, pp. 1639-1648.

“VISITA DOMICILIAR COMPARTILHADA REALIZADA POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade^{1, 2}; Andrade, Michelly Evangelista de^{1, 2}; ; Silva, Janice Lemos de Araújo^{1, 2}; Damascena, Caroline Guimarães^{1, 2}; Silva, Adriana Maria Costa Marques^{1, 2}; Monteiro, Natália Pereira^{1, 2}

(1) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE);

(2) Centro de Ciências da Saúde (UFPE)

E-mail: ane.net@hotmail.com

Introdução: A visita domiciliar (VD) não é uma prática nova na área de saúde, mas atualmente vem sendo usada como instrumento de trabalho em função das novas políticas públicas. Esta já é considerada como um dos eixos transversais do sistema de saúde brasileiro, que passa pela universalidade, integralidade e equidade. Através da VD tem-se aumentado a eficácia técnica, pois a comunicação profissional-paciente



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

voltada ao entendimento mútuo promove uma compreensão e foco não apenas na doença, mas também nos projetos de felicidades dos pacientes e familiares, gerando um sucesso prático. **Objetivos:** Possibilitar um atendimento integral do usuário e promover a autonomia deste através de uma visão interdisciplinar e a co-responsabilização entre profissionais, família e paciente. **Relato de Experiência:** A VD compartilhada através de uma equipe multidisciplinar a pacientes acamados é uma das atividades dos residentes multiprofissionais em saúde da família da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) na área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) Iraque/Rua do Rio. Através deste processo identificamos as condições biopsicossociais dos pacientes, realizamos uma escuta qualificada dos mesmos e fazemos orientação aos mesmos e seus cuidadores. **Resultados e Discussão:** A VD compartilhada a pacientes acamados tem possibilitado uma melhoria bastante significativa na qualidade de vida desses pacientes através da co-responsabilização do usuário e de sua família na gestão do cuidado e manutenção da saúde. **Conclusão:** A integração das atividades de uma equipe multiprofissional tem fortalecido as ações da atenção básica possibilitando maior resolutividade nesse nível, ou seja, diminuindo a quantidade de encaminhamento para outros níveis, além de aumentar a autonomia dos usuários e propiciar uma visão holística destes pautada dentro dos princípios do SUS.

Referências Bibliográficas

LOPES, Wanda de Oliveira; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciênc. Cuid. Saúde*;7(2):241-247, abr.-jun. 2008.

BORGES, R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC*. *Interface – Comunic., Saude, Educ.* Recebido em 16/05/2010. Aprovado em 28/10/2010.



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

“VIVÊNCIA NO SISTEMA DE SAÚDE CUBANO A PARTIR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE”

Sousa, Ana Ruth Barbosa de¹; Meira, Mateus do Amaral¹

¹Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo NESC/UFPB

O sistema de saúde cubano vem despontando internacionalmente como significativa referência mundial, sobretudo no âmbito da Atenção Primária em saúde, sendo, inclusive, inspiração para formulação de outros sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde brasileiro. Considerando isto, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade oferecida pelo NESC/UFPB em parceria com a Secretaria de Saúde de João Pessoa, trouxe a oportunidade de alguns residentes realizarem estágio no sistema de saúde cubano, através de convênio com a Escuela Nacional de Salud Pública, instituição vinculada ao Ministério de Saúde Pública de Cuba. O estágio objetivou a vivência no referido sistema de saúde, visando à compreensão mais aprofundada da organização dos serviços de saúde e a relação desta com os determinantes sociais. O estágio teve duração de um mês e foi realizado na cidade de Havana, juntamente com residentes de outros estados brasileiros, totalizando um grupo de 11 estudantes. Além de aulas teóricas sobre temas pertinentes à saúde, foi possível realizar visitas técnicas aos serviços da rede, desde o programa de saúde familiar e comunitária, passando pelos hospitais gerais e institutos de pesquisa. Houve ainda a oportunidade de acompanhar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, bem como os do mesmo núcleo profissional dos residentes, nos atendimentos e visitas domiciliares realizados por eles. Foi possível também estar em contato com usuários e compartilhar de suas impressões sobre a assistência recebida. Percebeu-se que alguns dos princípios fundamentais do sistema de saúde cubano, como universalidade, integralidade e participação popular eram estruturantes em toda a rede,



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

e, somado a visão ampliada da relação entre determinantes sociais e saúde, implicavam no alcance de resultados expressivos como a cobertura de 100% de crianças vacinadas, baixo índice de mortalidade materno-infantil, etc. Outro fator observado foi o investimento na formação de profissionais empenhados com o sistema, o que resultava na qualidade do cuidado à saúde. Também foi possível identificar semelhanças com os princípios do SUS, mas, sobretudo, diferenças na prática do cotidiano em saúde, que levaram à reflexão sobre a influência do sistema político-econômico na efetivação de uma saúde pública de qualidade. Estas reflexões contribuíram na formação dos residentes enquanto profissionais de saúde mais criticamente comprometidos com o SUS.

“AÇÃO TEATRAL SOBRE HANSENÍASE NA ESCOLA ESTADUAL NILO COELHO/RECIFE-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA”

**Andrade, Michelly Evangelista de^{1, 2}; Silva, Adriana Maria Costa Marques^{1,2};
Souza, Silvana Anelisa Bezerra de Andrade^{1, 2}; Bernart, Fabiana Damo^{1,2};
Damascena, Caroline Guimarães^{1,2}; Silva, Janice Lemos de Araújo^{1,2}.**

(1) Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (PRMSF/UFPE);

(2) Centro de Ciências da Saúde (CCS).

Introdução: A proposta inovadora de uma prática pedagógica é um ponto de partida para o desconhecido, representando, muitas vezes, uma ameaça ao posto conquistado, porém abre novos horizontes e possibilidades de transformação. As ações educativas realizadas em parceria com a escola e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitem criar espaços de diálogo e estreitamento das relações entre as mesmas. A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

Mycobacterium leprae. O seu tratamento é feito nas Unidades de Saúde e é gratuito. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico. Com isso, deve-se ter especial atenção na investigação dos contatos de menores de 15 anos, já que essa situação de adoecimento mostra que há transmissão recente e ativa, que deve ser controlada. O ingresso dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco (RMSF/UFPE) na área adscrita à Unidade de Saúde da Família (USF) Iraque/Rua do Rio possibilitou a promoção desta ação, considerando o perfil epidemiológico da população. **Objetivos:** Possibilitar aos alunos da Escola Estadual Nilo Coelho um maior conhecimento acerca da hanseníase e promover uma maior aproximação entre a USF Iraque/Rua do Rio e os equipamentos sociais deste território, buscando neste local um possível parceiro. **Relato de Experiência:** A apresentação teatral realizada na Escola Estadual Nilo Coelho abordou questões como: conceito, sintomas, contágio, diagnóstico, tratamento, consequências, autocuidado e discriminação da hanseníase, tendo por finalidade a orientação e detecção precoce da Hanseníase. **Resultados e Discussão:** Observou-se a demanda reprimida sobre o tema, onde os usuários explicitaram várias dúvidas. Na ocasião, foram detectados dois casos suspeitos e os mesmos foram referenciados ao atendimento na USF Iraque/Rua do Rio. **Conclusão:** Através das atividades desenvolvidas, foi possível evidenciar bons resultados em relação à educação em saúde. Possibilitou-se a troca de conhecimentos e a quebra de paradigmas, resultando em enriquecimento tanto dos usuários como da equipe envolvida e estreitamento do vínculo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008;



II CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

07 a 09 de Julho de 2011.

João Pessoa/PB

OLIVEIRA, J. S. A.; VASCONCELOS, C. M.; CARDOZZO, A. C. C.; GOMES, M. G. C.
G. P. **Uso de cordel como instrumento do ensino e aprendizagem na saúde
coletiva.** Disponível em:

<<http://voticscxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE0038-1.pdf>>. Acesso em: 04
de junho de 2011.