

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (org.)

NECESSIDADES EM SAÚDE: percurso acadêmico e produção do cuidado

Coleção Ciência e Desenvolvimento **5**

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI

10.29327/510346



IC. Uni-FACEF

Uni-FACEF
Centro Universitário Municipal de Franca

**Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (org.)**

NECESSIDADES EM SAÚDE:
percurso acadêmico e produção do cuidado

ISBN 978-85-5453-022-8

**FRANCA
Uni-FACEF
2019**

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

VICE-REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO

Prof^a. Dr^a. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Prof^a Dr^a Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Prof^a. Ma. Flávia Haddad França

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

COORDENADORA PEDAGÓGICA

Prof^a Dr^a Edna Maria Campanhol

COORDENADORA DE MARKETING

Prof^a Ma. Alba V. Penteadó Orsolini

ASSESSOR JURÍDICO

Prof. Me. Paulo Sérgio Moreira Guedine

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Prof^a. Ma. Ana Tereza Jacinto Teixeira

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Prof^a. Dr^a. Lívia Maria Lopes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof^a. Ma. June Tabah

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Furquim de Campos-Toscano

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Dr^a Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Prof^a Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Prof^a Dr^a Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DOS CURSOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, ENGENHARIA DE SOFTWARE e CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)
Sílvio Carvalho Neto (Uni-FACEF)
Emerson Rasera (UFU)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sílvio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Noemia Lopes Toledo
Lucas Antônio Santos
Alexandre Manoel Pereira
Édney Wesley Antunes

© 2019 dos autores
Direitos de publicação Uni-FACEF
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 5.

O51n	Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.) Necessidades em saúde: percurso acadêmico e produção do cuidado. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Org.). – Franca: Uni-FACEF; 2019. 228p.; il.
	ISBN Coleção: 978-85-5453-017-4 ISBN Volume: 978-85-5453-022-8 DOI 10.29327/510346
	1.Multidisciplinar - Fórum. 2. Iniciação Científica.3.Pesquisa. 4.Metodologia. I.T.
	CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

PREFÁCIO

Eis-me aqui, fazendo o prefácio do livro *NECESSIDADES EM SAÚDE: percurso acadêmico e produção do cuidado*, que mais uma vez materializa o esforço, o comprometimento e a dedicação que o *Centro Universitário Municipal de Franca* – Uni-FACEF possui em relação ao desenvolvimento crítico reflexivo e ao conhecimento técnico científico, durante toda a formação de novos profissionais para atuarem em nossa comunidade.

O presente e-book é resultado dos trabalhos apresentados em sua maioria por estudantes e pesquisadores do curso de medicina, durante a realização do *XIII Fórum de Estudos Multidisciplinares*, ocorrido do dia 27 a 31 de maio de 2019, nesta Instituição de Ensino Superior. As discussões ocorridas frente à interdisciplinaridade no evento promoveram importantes momentos de reflexão e inquietação sobre o formato de se produzir o cuidado em saúde. Face a essas inquietações e reflexões, os estudantes da área da saúde, subsidiados por docentes experientes, utilizaram-se do desenvolvimento de pesquisas com a intencionalidade de qualificar a formação de profissionais, cada vez mais coerentes com as necessidades de saúde mais prevalentes no Sistema Único de Saúde (SUS).

Parte-se do princípio de que necessidades em saúde não expressam apenas as necessidades biológicas, médicas, sofrimentos, doenças ou riscos, como também expressam as carências e as vulnerabilidades que permeiam os estilos de vida de uma comunidade e refletem as dimensões biológica, cultural, econômica, ecológica e política, influenciadas pelo modo de produção capitalista. E para manejar tais necessidades em saúde faz-se necessária a compreensão, de forma ampliada, sobre a produção do cuidado, que se parte do pressuposto que o processo de trabalho deve ser centrado no usuário e em relações horizontais e acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em uma ação produtiva, que necessita para além do saber profissional e das tecnologias disponíveis. Portanto, abre espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades da pessoa que está sendo cuidada.

Diante desta compressão, este livro apresenta capítulos sobre temáticas que envolvem tanto a produção do cuidado em saúde, como aspectos importantes a

serem considerados na formação médica, a saber: manejo das condições crônicas não transmissíveis, rede de atenção psicossocial, transtorno bipolar, uso abusivo de álcool e outras drogas, cuidado à gestante e puérpera, mortalidade materna e infantil, aleitamento materno exclusivo, saúde do idoso, prevenção de quedas, atendimentos em unidades de emergência, política nacional de atenção básica, manejo da tuberculose, atividades intersetoriais e multiprofissionais, visita domiciliar, método centrado na pessoa, desenvolvimento de iniciação científica, simulação realística, uso da literatura durante a formação médica e a percepção do discente frente a atendimentos a crianças com necessidades especiais.

Estou certa de que essa parceria entre estudantes e docentes, principalmente do Uni-FACEF, para contribuição com a produção técnico científica sobre a temática das necessidades em saúde e produção de cuidado refletem de forma positiva na formação de futuros profissionais preparados para atuarem em nosso sistema de saúde universal, o SUS.

Prof^a Dr^a Lívia Maria Lopes Gazaffi

Professora e Chefe de Departamento do curso de Enfermagem
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

SUMÁRIO

A FORMAÇÃO MÉDICA E A VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	9
A IMERSÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Vivenciar para compreender	15
A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO BASEADO NO MODELO CENTRADO NA PESSOA DURANTE O ACOMPANHAMENTO DE UMA GESTANTE	25
A INSERÇÃO DA DISCIPLINA DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA EDUCACIONAL NOS CURSOS DE MEDICINA E ESTRATÉGIA DE APRENDIZADO SIGNIFICATIVO PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA MÉDICA: Um relato de experiência	36
A LITERACIA PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Um estudo junto aos programas de residências da UFTM.....	42
A PERCEPÇÃO DISCENTE ACERCA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À CRIANÇAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS	50
A PREVALÊNCIA DO AME ATÉ OS 6 MESES DE IDADE NA CRECHE SÃO JOSÉ, FRANCA-SP, NO ANO DE 2017	58
A VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DO PRÉ-NATAL: Um relato de experiência.....	66
ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE UM PACIENTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO JARDIM AEROPORTO – FRANCA – SP	73
AS DIFICULDADES FRENTE A CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO NA GRADUAÇÃO	82
ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: Um relato de experiência	85
COMPREENDENDO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB PERSPECTIVA DO USUÁRIO.....	93
ESTÁGIO CURRICULAR NO AMBULATÓRIO DE TUBERCULOSE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PROCESSO DE APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA.....	99
ESTUDO DE CASO DE MORTE MATERNA, INTERAÇÃO MEDICINA UNI-FACEF E O COMITÊ DE MORTALIDADE DE FRANCA	106
MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM IDADE FÉRTIL: Um estudo de caso.....	115

O VÍNCULO ENTRE O MÉDICO E A FARMÁCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....	128
OS ASPECTOS PROMISSORES ACERCA DA ABORDAGEM LÚDICA DE CONTOS INFANTIS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO MÉDICA: Um relato de experiência.....	136
QUEDAS EM IDOSOS EM UMA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE FRANCA: Prevalência e determinantes.....	142
REIKI COMO TERAPIA CURATIVA E SOLUÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	152
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA EM PENITENCIÁRIA DE FRANCA PARA RASTREIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS.....	156
RODA DE CONVERSA COM MULHERES PARA O CUIDADO EM SAÚDE: Uma experiência em unidade básica de saúde de Franca-SP.....	162
SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA APRIMORAMENTO DISCENTE.....	170
TRANSTORNO BIPOLAR EM UM PACIENTE HOSPITALIZADO: Relato de experiência.....	176
VISITA DOMICILIAR: Da integralidade do cuidado à intersectorialidade.....	184
VISITA DOMICILIAR E PRONTUÁRIO ACADÊMICO: Ferramentas no processo de ensino-aprendizagem.....	192
VISITA DOMICILIAR: Relato de caso no município de Franca.....	200
VIVÊNCIA DE ATIVIDADE INTERSETORIAL FOCADA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE SOBRE A DENGUE.....	208
VIVENCIANDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA GRADUAÇÃO MÉDICA.....	215
ÍNDICE.....	226

A FORMAÇÃO MÉDICA E A VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Docente – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

Julia dos Reis Moraes
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
juliareism@hotmail.com

Joyce Mendes Lucindo
Graduanda em Medicina– Uni-FACEF
jmlucindo@hotmail.com

Lara Sawan Cunha
Graduanda em Medicina- Uni-FACEF
larasawan@hotmail.com

Sara Barros Patrocínio
Graduando em Medicina- Uni-FACEF
sara_patrocinio@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Portaria GM nº 2.436, de 21/09/2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes e normas para a organização, nela é predisposto que todos os profissionais da equipe de saúde da família devem realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário. Dessa forma, é notável a importância da visita domiciliar como instrumento transformador quando adotada pela equipe de saúde de forma correta, promovendo a desconstrução do modelo de saúde centrado na doença, no qual prepondera o distanciamento entre o profissional e o usuário, e, em contrapartida, viabiliza o atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar, o que torna possível avaliar não só questões biológicas, mas também ambiente social, psicológico e ambiental em que a pessoa está inserida. Com a prática da visita domiciliar, os três princípios do SUS são concretizados : universalidade, integralidade e a equidade. Usuários que não possuem condições de frequentar a Unidade de Saúde são assistidos e amparados em sua residência, onde são abordadas ações assistenciais e educativas, de forma que possibilita um tratamento contínuo e de maior eficácia. Além disso, a visita domiciliar contribui para a formação do vínculo entre a equipe de saúde, a família e a comunidade, o que permite que os

profissionais conheçam o contexto da comunidade em que estão inseridos. Ademais, a valorização do ensino médico aplicado em diferentes cenários e, especificamente, na atenção primária demonstra, entre diversas estratégias, a Visita Domiciliar (VD) como uma ferramenta de ensino-aprendizagem que pode acrescentar como parte de um processo maior de formação, tendo em vista a mudança do ensino em meio as profissões da área da saúde. Através desta, é possível compreender o universo de cada indivíduo e de cada família, as histórias vividas e as diversas versões apresentadas, e por meio delas criar momentos de cumplicidade, nos quais pode haver a responsabilização em torno dos problemas que serão enfrentados. Tendo em vista os fatores acima mencionados, a visita domiciliar (VD) permite, entre outras questões apresentadas, trabalhar nos estudantes: observação, diálogo, relato oral, escrito e comunicação.

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes do primeiro ano do curso de medicina em visita domiciliar a uma paciente portadora de condição crônica não transmissível e suas contribuições no processo de formação médica.

3. METODOLOGIA

Foi realizada visita domiciliar pelos estudantes de medicina do terceiro ano a portadora de doença crônica não transmissível senhora de 73 anos, moradora do bairro Jardim Paineiras, município de Franca-SP. Sabe-se que como forma de planejamento, as visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, sendo que a seleção do indivíduo e/ou das famílias, deve ser pautada nos critérios definidores de prioridades, levando em consideração as especificidades individuais ou familiares. É importante ressaltar também o tratamento com o agente comunitário de saúde (ACS), o qual deve se encarregar de realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente da situação de risco. Assim, deve-se considerar os critérios gerais para realização da visita: Situações ou problemas novos na família em questão, relacionados a saúde ou que constituem risco à mesma, como: morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores ou situação financeira crítica; Situação ou problema crônico agravado; Situação de urgência; Problemas de imobilidade e ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde; Problemas de acesso a unidade (condições da estrada ou ausência de meios de transporte. Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares em casos de: Problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar; Ausências recorrentes no atendimento programado; Portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória; Hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase sem aderência ao tratamento. Dessa forma, a visita foi realizada com

base nos critérios citados acima, sendo que a partir de informações colhidas bem como avaliação das condições de vida da paciente, foram levantadas as necessidades em saúde e, posteriormente, definidas ações prioritárias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas duas visitas domiciliares à paciente e obtidas informações essenciais para o maior entendimento do caso. Paciente do sexo feminino, viúva, portadora de Diabetes Mellitus não controlada (glicemia elevada), encontrava-se em quadro pós-cirúrgico por complicações da doença, necessitando de amputação do dedo mínimo do pé esquerdo. A partir disso, vale ressaltar que entre as complicações crônicas do diabetes, destaca-se, aquelas relacionadas com os pés, as quais representam um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado pelo aparecimento de lesões e ocorrem como consequência de neuropatias em 80-90% dos casos, doença vascular periférica e deformidades. As lesões, na maioria das vezes, são precipitadas por trauma e com frequência complicam-se com infecção, podendo terminar em amputação quando não for instituído um tratamento precoce e devidamente adequado. Estudos recentes mostram a necessidade dos profissionais da área da saúde avaliarem os pés dos portadores de diabetes mellitus de forma geral e minuciosa, além de frequência regular, bem como, o desenvolvimento de atividades educativas para o seu melhor autocuidado, associado com um bom controle glicêmico.

Figura 1: Metas de controle glicêmico para diabéticos

Metas de Controle Glicêmico para DIABÉTICOS Sociedade Brasileira de Diabetes – 2014/2015			
IDADE	PRÉ-PRANDIAL (mg/dl)	PÓS-PRANDIAL (mg/dl)	HEMOGLOBINA GLICADA (%) – A1c
Menos de 6 anos	100 a 180	110 a 200	Entre 7,5 e 8,5
6 a 12 anos	90 a 180	100 a 180	Menos de 8,0
13 a 19 anos	90 a 130	90 a 150	Menos de 7,0 a 7,5

Recomendações da ISPDA (Sociedade Internacional para crianças e adolescentes com Diabetes) em todas as faixas etárias				
CONTROLE	JEJUM OU PRÉ-PRANDIAL (mg/dl)	PÓS-PRANDIAL (mg/dl)	AO DEITAR	HEMOGLOBINA GLICADA (%) – A1c
Ideal	65 a 100	80 a 126	80 a 100	Menor 6,5
Ótimo	90 a 145	90 a 180	120 a 180	Menor 7,5



Fonte: www.diabetes.org.br



Fonte: www.diabetes.org.br

Após entrevista de aproximadamente 45 minutos com a paciente, foi realizado o exame dos pés, com avaliação de seu aspecto geral. Assim, foi feita análise da lesão, assim como a higiene do local, posteriormente foi realizada a troca do curativo. Procedeu-se, nesta fase também a avaliação do tipo de calçado utilizado, a fim de prevenir novas complicações. Após a troca de curativo, foi feito levantamento das necessidades em saúde por meio de informações e observações locais. Sendo assim, foram apresentadas orientações como o cuidado em manter a pele sempre hidratada através de cremes, uso de sabonetes de glicerina, utilização de sapatos adequados, além de atenção especial para as unhas. Tais orientações devem ser reforçadas pela equipe da unidade de saúde em ações individuais ou coletivas. Ademais, questões sobre alimentação e controle glicêmico também foram abordadas, a fim de prevenir novas complicações pela doença.

Sabe-se que como forma de planejamento, as visitas devem ser programadas rotineiramente pela equipe de saúde da família, sendo que a seleção do indivíduo e/ou das famílias, deve ser pautada nos critérios definidores de prioridades, levando em consideração as especificidades individuais ou familiares. É importante ressaltar também o tratamento com o agente comunitário de saúde (ACS), o qual deve se encarregar de realizar no mínimo uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, com o objetivo bem definido de assegurar o acompanhamento dos indivíduos e suas famílias, independentemente da situação de risco. Assim, deve-se considerar os critérios gerais para realização da visita: Situações ou problemas novos na família em questão, relacionados a saúde ou que constituem risco à mesma, como: morte súbita do provedor, abandono de um dos genitores ou situação financeira crítica; Situação ou problema crônico agravado; Situação de urgência; Problemas de imobilidade e ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde; Problemas de acesso a unidade (condições da estrada ou ausência de meios de transporte. Entre os adultos são priorizadas visitas domiciliares em casos de: Problema de saúde agudo que necessite de internação domiciliar; Ausências recorrentes no atendimento programado; Portadores de doenças transmissíveis de notificação obrigatória; Hipertensos, diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase sem aderência ao tratamento. Dessa forma, a visita foi realizada com base nos critérios citados acima, sendo que a partir de informações colhidas bem como avaliação das condições de vida da paciente, foram levantadas as necessidades em saúde e, posteriormente, definidas ações prioritárias.

A diabetes não controlada pode acarretar em comorbidades, como a neuropatia periférica (NP) e a doença vascular periférica (DVP) que compõem os principais agentes etiológicos de complicações, como o pé diabético (FOSS et al., 1989) que é uma condição propiciada por uma lesão que não cicatriza e pode infeccionar formando a úlcera diabética, a qual consiste em uma ferida que se apresenta com corrosão de tecidos da derme e epiderme. Previamente a amputação

existe sinais e sintomas indicativos de agravos como dormência, formigamento, arroxamento dos dedos e dor (SBD, 1997, PEDROSA et al.,1998). Os tratamentos têm como foco tratar os déficits circulatórios, aliviar a compressão, proteger as feridas e tratar infecções, contudo a melhor forma de trata-lo é preveni-lo, pois o diagnóstico é realizado com o aparecimento das lesões, o que dificulta o tratamento. Logo, ações individuais e coletivas são necessárias a fim de informar as pessoas sobre os riscos aos quais estão expostas, as estratégias para se diminuir tal risco, bem como o conhecimento de sinais de alerta (MAYFIELD et al.,1998).. O conceito de saúde transcende as concepções reducionistas ao âmbito das doenças. Este seria o resultado da somatória do estilo de vida, condições biológicas e acesso a bens e serviços. Nesse sentido, a VD propicia proximidade dos profissionais e serviços com as pessoas e seus modos de vida, permitindo, dessa forma, uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar - e é considerada fonte de informações necessárias à organização do serviço que se faz na ESF. Além disso, o conhecimento gerado a partir de tal aproximação deve direcionar as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos para aquele indivíduo e/ou comunidade.

5. CONCLUSÃO

A partir da visita domiciliar (VD) foi possível desenvolver habilidades de comunicação, observação, construção de vínculo com o indivíduo e sua família, bem como aproximação com sua realidade cotidiana e os determinantes do processo saúde-doença. Além disso, foi possível vivenciar aprendizados técnicos como coberturas ideais de curativos e aprofundar os conhecimentos acerca do manejo das doenças crônicas não transmissíveis. Vale destacar que esta visita ampliou a percepção dos estudantes acerca da importância das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças/agravos, como o diabetes, no contexto da Atenção Primária à Saúde. Portanto, a VD pode contribuir para a formação de médicos voltados à integralidade do cuidado, bem como para o desenvolvimento do Sistema único de Saúde.

REFERÊNCIAS

Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf> <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a09.pdf>>. Acesso em 20 de maio de 2019.

Ensino sobre visita domiciliar a estudantes universitários. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/19229/29946>>. Acesso em 15 de maio de 2019.

Fatores associados a amputações por pé diabético. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v14n1/pt_1677-5449-jvb-14-01-00037.pdf> Acesso em 25 de maio.2019.

Fatores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com diabetes mellitus. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/183/artigo21Mifin.pdf?sequence=1>>. Acesso em 27 de maio 2019.

A IMERSÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Vivenciar para compreender

Amanda Costa Lopes
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
amandacross10@hotmail.com

Amanda Rabay Rodrigues
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
amandarabayr@gmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Docente do curso de Medicina – Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), são arranjos de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado ao paciente (BRASIL, 2010). No campo da saúde mental, as estratégias e diretrizes adotadas para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamentos e cuidados específicos em saúde mental, são garantidas pela Política Nacional de Saúde Mental, e estão em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

As ações e serviços para o acolhimento e acompanhamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades do uso de álcool e outras drogas, se dá por meio dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011). A RAPS é composta por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), Comunidades Terapêuticas, os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, o Hospital-Dia, as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, os serviços pré-hospitalares de urgência como o SAMU e Unidades de Pronto Atendimento, o Hospital psiquiátrico, assim como a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

O CAPS é o ponto de atenção estratégico da RAPS. Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios) (BRASIL, 2015).

O CAPS, possuem seis modalidades diferentes, no quais cada uma abrange, uma assistência, sendo o CAPS I, CAPS II, CAPS i, CAPS ad, CAPS III e CAPS ad III (BRASIL, 2015).

O CAPS I, II e III atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os que envolvem uso de substâncias psicoativas, e situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais. Estão indicados respectivamente para populações acima de 15 mil, 70 mil e 150 mil habitantes, sendo que existem algumas mudanças no tamanho da equipe mínima de acordo com cada quantidade de habitantes (BRASIL, 2015).

Já o CAPSad, atende pessoas de todas as faixas etárias que possuem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e é indicado para população acima de 70 mil habitantes.

O CAPSad III atende adultos, crianças e adolescentes, com sofrimento psíquico intenso e necessidade de cuidados clínicos contínuos. Seu serviço conta com no máximo 12 leitos de observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, é indicado para populações acima de 150 mil habitantes.

Por fim, o CAPSi, que atende em especial crianças e adolescentes com intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves incluindo os relacionados a substância psicoativas, indicado para população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Outro ponto de atenção dessa rede são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua (BRASIL, 2004).

As Unidades de Acolhimento (UA), oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses (BRASIL, 2015).

As Comunidades Terapêuticas, em crescente expansão no cenário atual, são serviços destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório para pacientes, com necessidades clínicas estáveis, decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental são serviços compostos por médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, enfermeiro e outros profissionais que atuam no

tratamento de pacientes que apresentam transtornos mentais. Esses serviços devem prestar atendimento integrado e multiprofissional, por meio de consultas (BRASIL, 2017).

O Hospital-Dia, é uma assistência entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. (BRASIL, 2019)

As Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, são serviços destinados ao tratamento adequado e manejo de pacientes com quadros clínicos agudizados, em ambiente protegido e com suporte e atendimento 24 horas por dia. Apresentam indicação para tratamento nesses Serviços pacientes com as seguintes características: incapacidade grave de autocuidados; risco de vida ou de prejuízos graves à saúde; risco de autoagressão ou de heteroagressão, risco de prejuízo moral ou patrimonial; risco de agressão à ordem pública. (BRASIL, 2019)

O SAMU 192, UPA 24h e pronto socorro, são serviços de atendimento de urgência e emergência, responsáveis atuando na rede de atenção psicossocial, garantindo o cuidado ao paciente agudizado (RAPS) (BRASIL, 2019).

O Hospital Psiquiátrico insere-se na RAPS como um serviço de tratamento para pacientes agudos que precisem de tratamento imediato, tem importante papel nesses casos, desde que com critérios de admissão bem estabelecidos. Deve ser modernizado e seguir os protocolos, sendo que a desinstitucionalização continua sendo incentivada, mas não requer o fechamento desses locais (BRASIL, 2017).

A reabilitação psicossocial é compreendida como um conjunto de ações que buscam o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania de pacientes e familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura, segurança e direitos humanos.

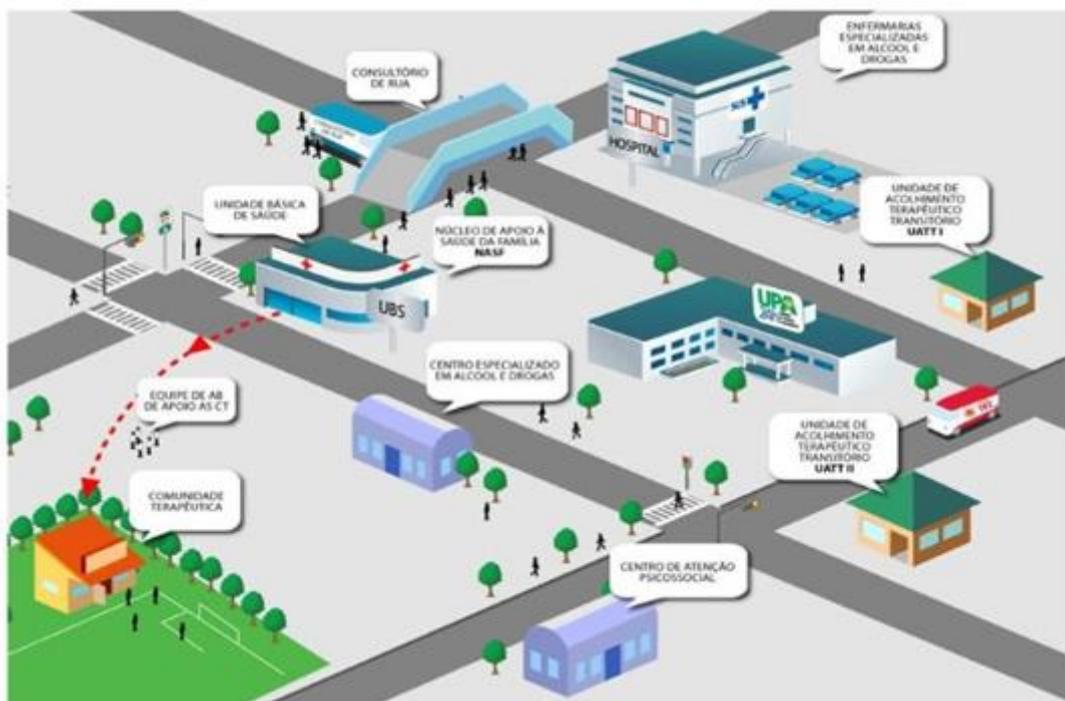
Diante da aproximação teórica dos pontos de atenção e as ações a serem desenvolvidas, conforme supracitados e preconizados na Política de Saúde Mental, a oportunidade em conhecê-los possibilita ampliar o olhar das práticas profissionais no contexto da saúde mental, considerando as potencialidades e os desafios enfrentados pelos serviços na efetivação da política e no cuidado integral ao paciente com transtorno mental. São pontos chaves que propomos abordar nesse relato.

2. RELATANDO E DISCUTINDO AS VIVÊNCIAS NA LÓGICA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O presente artigo tem como objetivo relatar nossa vivência e percepção enquanto estudantes de medicina, do 5º período do curso de medicina do Uni-FACEF, sobre o papel da Rede de Atenção Psicossocial.

Como proposta para as atividades, realizamos visitas técnicas a pontos de atenção da RAPS, conforme exemplifica a figura a seguir, considerando que os objetivos do processo de aprendizado do semestre, tinha como ênfase a saúde mental.

Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Marco Zero, 2016. Disponível em: <https://marcozero.org/a-rede-de-atencao-psicossocial/>

As visitas aconteceram no CAPS, em um Hospital Psiquiátrico, Comunidades Terapêuticas, no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop), no Fundo Social de Solidariedade (FUSSOL) e continuação das atividades já desenvolvidas na Unidade de Atenção Básica. As visitas possibilitaram aos estudantes o contato com os pacientes, compreenderem o funcionamento, as ações e estratégias desenvolvidas, bem como a prioridade de cada serviço.

A primeira visita realizada foi em um Hospital Psiquiátrico, tinha como objetivo conhecer o ambiente e sua inserção na RAPS e realizar contato com um dos pacientes e avaliação do mesmo, constituída por anamnese e exame do estado mental. Nesse ponto específico da rede, as internações são feitas de maneira voluntária ou compulsória. A lei nº10.216/2001 prevê como um recurso de tratamento a internação compulsória determinada pela Justiça. Sendo requerida por um juiz competente e um médico que ateste que a pessoa não tem domínio sobre a própria condição psicológica e física (BRASIL, 2001).

Foi possível observar a implementação da equipe multiprofissional no atendimento ao paciente, no local os pacientes são atendidos por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistente social e psicólogas, para além do atendimento médico e de enfermagem. Algumas dificuldades foram vivenciadas, por ser um único encontro e primeira vivência objetivando o atendimento ao paciente com transtorno mental, a realização completa da anamnese e do exame físico ficaram prejudicados. Além disso, notamos a complexidade que envolve uma internação compulsória, pois um paciente poderia estar de alta médica, mas não conseguiria sair do Hospital pois precisava esperar autorização Judicial, mantendo-se assim, em um ambiente que não seria mais o ideal para seu tratamento. Tal situação vai ao encontro à desinstitucionalização defendida pela nova Reforma Psiquiátrica e precisa sem mais debatida de forma interprofissional (BRASIL, 2005).

Em nossa vivência ao CAPSad, ouvimos relatos trazidos pelos profissionais quanto as dificuldades de adesão dos pacientes às ações desenvolvidas no serviço, esse entrave também é encontrado em outros serviços, estudo realizado em Teresina, chegaram a ter mais de 50% de desistência do tratamento (SOUZA et al., 2011).

Há relatos de projetos de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento, e se baseiam em criar encontros consecutivos com o usuário, mantendo o contato com a equipe, elaborando projetos terapêuticos singulares, e mantendo sempre uma escuta qualificada, já realizados dentro do ponto visitado, dessa forma é possível criar e fortalecer o vínculo com o paciente, que é um dos pontos mais importantes para melhorar a adesão ao serviço (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Enquanto potencialidades, observamos a efetivação das ações de acolhimento, assim como preconizado pela Política Nacional de Humanização do SUS. O conceito de acolhimento permite o acesso ao serviço dentro da política de “porta aberta”, assim qualquer pessoa pode buscar tratamento dentro do CAPS (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

O acolhimento deve ser compreendido como um dos dispositivos que contribui para a efetivação do SUS, uma vez que pressupõe mudança na relação profissional/usuário e sua rede social, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde, valorizando a escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços, contribuindo para maior adesão ao serviço.

Ainda em relação a visita ao CAPSad, a equipe trouxe relatos das reuniões de articulação com outros pontos da RAPS e o impacto dessas discussões para o serviço. Trata-se de Reuniões do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, criado em novembro de 2016, por meio do decreto nº10.567. Esse grupo faz parte de ações estratégicas para o fortalecimento e descentralização da RAPS, em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental.

Faz-se necessário que participem dessas discussões representantes das instâncias e dos principais componentes envolvidos no atendimento ao paciente com transtorno mental, tais como Secretaria da Saúde, da ação social, do esporte e da educação; Serviço Ambulatorial de Saúde Mental; Atenção Básica de Saúde; Serviço de Atendimento às Urgências; dos CAPS e suas modalidades; Hospital Psiquiátrico; do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal sobre Drogas e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2015).

Outro ponto de atenção da Rede vivenciado, foram as Comunidades Terapêuticas, tivemos contato com duas delas, e notamos diversos pontos interessantes para discussão, sendo o primeiro deles o critério de admissão ao serviço. Em uma das comunidades predominava o caráter de admissão voluntário e em outra tinham pacientes em caráter voluntário e compulsório, e era notória a diferença em questão de aproveitar os recursos oferecidos para sua reinserção na sociedade. A internação contrária a vontade do indivíduo já foi discutida como um tratamento ineficaz, sendo uma forma de eliminação dos socialmente indesejados, mais do que uma nova oportunidade para o indivíduo (COELHO; OLIVEIRA, 2014).

Por meio de dinâmicas e discussões realizadas nesses locais, ficaram evidentes sentimentos, desejos, medos e frustrações trazidas pelos pacientes. Havia relatos de medo de recair novamente após a internação, tristeza, ansiedade, dentre muitos outros. Além desses sentimentos serem fatores de risco ou motivadores para recaídas, estudo aborda também conflitos familiares, convite para festas, meio em que vive, perda do trabalho e outros (SILVA et al., 2014).

Conhecer o trabalho desenvolvido dentro das comunidades foi de grande valia, todos os moradores desses locais ajudam a manter o local de certa forma, fazendo a limpeza e as refeições. Em uma delas, por ser uma comunidade católica existem momentos de comunhão na capela dentro da comunidade, e pudemos ouvir os relatos sobre o fortalecimento espiritual que ali recebem, e como isso fez diferença para trilharem um novo caminho, sem as drogas. Alguns usuários relataram como gostariam de manter o vínculo criado nos grupos de apoio quando dali saíssem, pois conseguiram criar laços muito fortes. Situações estas que vão ao encontro de fatores protetivos avaliados em estudos, sendo eles, a religiosidade, os grupos de apoio e troca de experiência com outros usuários, situações vivenciadas por nós durante as visitas (SILVA et al., 2014).

Fomos também visitar Centro de Referência Especializado para População de Rua (Centro POP). Esse serviço está inserido no âmbito da proteção social especial do Sistema Único de Assistência Social, instituído junto com a Política Nacional para a População em Situação de Rua em 2009 (BRASIL, 2009). Destinado às pessoas em situação de rua que não tem acesso à uma moradia digna e são obrigadas a sobreviverem nas ruas, tendo seus direitos mais básicos como cidadãos negligenciados.

O Centro POP tem como objetivo fornecer um acompanhamento especializado com atividades voltadas para desenvolver questões de sociabilidades,

resgate, fortalecimento e construção de novos vínculos. Podendo também realizar a construção de projetos de vida que auxiliem a saída gradativa da pessoa de sua situação de rua (BRASIL, 2011).

Esse local exerce relevante papel enquanto implementação de ações intersetoriais, contribuindo para o acesso à saúde e a serviços da assistência social, fortalecendo o cuidado integral diante da situação de vulnerabilidade.

Ao conversar com os usuários do serviço conseguimos entender a importância das ações ali realizadas, relataram que se sentiam acolhidos pelos trabalhadores do local, que tinham auxílio para refazer documentos, como a carteira de identidade e então traçar novas propostas de vida. Além disso, também existiam grupos de discussão sobre drogas, com o objetivo de mostrar formas de consumir drogas de forma menos invasiva e perigosa para a saúde, para aqueles que não estavam preparados para enfrentar a luta de abandonar o vício ou sair das ruas.

Dessa forma é importante repudiarmos a discriminação de pessoas que usam algum tipo de drogas e álcool, que tiveram dificuldades com abstinência ou não conseguem aderir a algum tipo de tratamento (COELHO; SOARES, 2014).

Além disso, pensarmos nesse indivíduo como uma pessoa de direitos, garantindo sua liberdade de escolha, colocando em discussão sobre seu autocuidado. Neste contexto, a redução de danos traz propostas que visam a adoção de medidas prévias ao surgimento ou agravamento da situação, com o intuito de eliminar ou reduzir a chance de ocorrência ou recorrência de danos (NARDI; RIGONI, 2009).

Um ponto de extrema importância e que já entramos em contato desde o primeiro ano da faculdade foi a Unidade de Referência da Atenção Básica, a Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), que estão no centro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Atenção Psicossocial.

As unidades de saúde ou ESF são ponto articuladores na referências e contrarreferências dentro das Redes de atenção, serão os profissionais desses serviços que estarão auxiliando o paciente desde o início do processo até a reinserção completa na sociedade, pois por estarem próximos de sua moradia e conhecerem a trajetória de suas histórias, podem avaliar e juntos de toda a equipe criarem planos terapêuticos singulares (PTS) que auxiliem na melhora da qualidade de vida de cada pessoa.

Estar na UBS com o olhar voltada as questões inerentes ao cuidado em saúde mental, possibilitou atentar-se para os relatos dos profissionais sobre a articulação com os pontos da rede, como o CAPS III recém implementado no município e as ações de matriciamento em implantação na unidade, buscando garantir atendimento integral aos pacientes assistidos no serviço. As ações de matriciamento reestrutura-se em duas equipes, a equipe de referência e a de apoio matricial, a primeira funciona como referência interdisciplinar, podendo ser a própria

equipe da ESF, incluindo o cuidado longitudinal e o atendimento especializado, e a equipe de apoio matricial, sendo a própria equipe de saúde mental. Assim juntas conseguem proporcionar a retaguarda especializada da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Com o objetivo de romper a lógica da centralidade na doença, e ampliar o olhar para pessoas e suas potencialidades, fomos visitar o Fundo Social de Solidariedade (FUSSOL), um espaço coletivo saudável que consegue fortalecer a saúde mental. Esse serviço trabalha a autonomia, pois consegue fornecer uma nova oportunidade de emprego, consegue gerar vínculos entre pessoas, através das aulas em equipe, sendo assim uma excelente ferramenta para a prática da cidadania e para a reinserção e reabilitação social.

Por muitas vezes deparamo-nos com pessoas seja na UBS, no Ambulatório Escola e agora nos pontos que conhecemos, que precisam melhorar a qualidade de vida, ter novas ocupações ou oportunidades de trabalho, e ao conhecermos o FUSSOL, sentimos que sabemos onde indicar que esse paciente busque novas alternativas para sua vida e consiga crescer psicologicamente e até mesmo financeiramente.

3. CONCLUSÃO

As visitas possibilitaram ampliar e fortalecer nosso conhecimento sobre as RAPS, sabendo de sua relevância dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foi possível observar o acolhimento, em apoio do indivíduo em suas necessidades de saúde. Ficou evidenciado na fala dos trabalhadores e usuários ações voltadas para a promoção da autonomia, do protagonismo e resgate de vínculos, assim como preconiza a Política de Saúde Mental. Existe sim desafios a serem superados a fim de garantir o atendimento integral, tais como articulação entre os pontos da RAPS, capacitação dos trabalhadores, a necessidade de compreender e atuar nos fatores que contribuem para a não adesão dos pacientes para com o seu tratamento. Conhecer os equipamentos existentes que acolhem e acompanham às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo as decorrentes pelo uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, fez com que pudéssemos refletir o que propõe a Política de Saúde Mental, e o que de fato está implementado nos serviços que compõem a RAPS, os desafios a serem superados, assim como sobre nosso papel enquanto estudantes e futuros médicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Política Nacional da Saúde Mental. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, Brasília, 6 de abril de 2001.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei 10.216/2001, Associação Brasileira de Psiquiatria; **Cartilha Direito à Saúde Mental** do Ministério Público Federal e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão; Governo do estado de São Paulo. 2001b.

BRASIL. Residências Terapêuticas o que são, para que servem; MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Republicada no Diário Oficial [da] União nº 96, de 21.05.2013, Seção 1, págs. 37/38, com incorreção no original.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Rio de Janeiro, Junho de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros De Atenção Psicossocial E Unidades De Acolhimento Como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios; **Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, seção 1, página 46 do dia 22.01.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2017.

BRASIL 2019. **Ministério da Saúde.** Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>> Acesso em Maio 2019.

SOUZA, C. F et al., Pesquisa: Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí, **Escola Anna Nery**, v.15 n.1 Rio de Janeiro Jan-Mar. 2011.

COELHO, I; OLIVEIRA, M. H. B., 2014; Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública; **Saúde em Debate**; 2014; v 38, p. 359-367

SILVA, ML., et al, 2014. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas; **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. 2014; v 15, n 6.

COELHO, H. V da; SOARES, C. B, 2014. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe, p. 111-119.

NARDI, H.C; RIGONI, R.Q., 2009. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto alegre, Rio Grande do sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 382-392.

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO BASEADO NO MODELO CENTRADO NA PESSOA DURANTE O ACOMPANHAMENTO DE UMA GESTANTE

Ariana Pereira Germano
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
arianapg077@hotmail.com

Igor Ricardo Fermino Carneiro
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
carneiroigo@gmail.com

Mariana Bombarda Agostinho
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
bombardaagostinho@gmail.com

Lívia Maria Lopes
Chefe de Departamento do curso de Enfermagem – Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

1.1. Visita Domiciliar

As políticas de saúde vêm sendo implementadas no Brasil de acordo com as modificações epidemiológicas da população e com as realidades econômicas e sociopolíticas que objetivam a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2012). A Política Nacional de Atenção Básica por meio da Estratégia da Saúde da Família, surge com o objetivo principal de reorganizar a assistência e romper com o modelo biomédico hegemônico, através de ações em saúde centradas na família e na promoção e na qualidade de vida (MENDES, 2012).

Uma das principais atribuições dos profissionais de saúde da atenção básica é: “conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas” (BRASIL, 2000). Neste contexto, a visita domiciliar (VD) é considerada como um importante instrumento na operacionalização das políticas de assistência à saúde (CUNHA; GAMA, 2012).

A Visita Domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional,

assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos (GAMA & CUNHA, 2012).

Configura-se como uma das modalidades da atenção domiciliar à saúde, abrangendo a atenção, o atendimento e a internação domiciliares. Cada uma dessas atividades tem finalidades, objetivos e práticas específicas. A visita fornece subsídios para a execução das demais modalidades (GAMA & CUNHA, 2012).

A Visita Domiciliar só se configura como instrumento intervencionista das equipes de saúde da família quando previamente planejada e realizada de forma sistematizada. Assim, deve ser pautada em objetivos claros e ser previamente delineada pela equipe de profissionais para ser considerada Visita Domiciliar (GAMA & CUNHA, 2012).

Ela é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar (OLIVEIRA & SPIRI, 2006).

A atividade de Visita Domiciliar enfrenta muitos desafios. O contexto de incertezas e surpresas em que se realiza, envolvendo relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. Além das dificuldades inerentes à própria prática da Visita: a mudança de famílias, endereços errados e recusas, entre outras situações adversas (GAMA & CUNHA, 2012).

Potencialidades da Visita Domiciliar

Destaca-se alguns pontos conhecidos como potencialidades da visita domiciliar:

- Planejamento prévio
- Reorganizar o trabalho da ESF
- Explorar melhor o paciente em seu contexto domiciliar
- Visualização do contexto familiar
- Maior liberdade para expor problemas e tempo para trabalhá-los
- Olhar multiprofissional (construção coletiva)
- Atenção integral
- Ações efetivas de prevenção e promoção em saúde
- Perda do caráter técnico – criação de vínculo e confiança
- Sucesso prático

Entretanto, há alguns desafios a serem enfrentadas, como:

- Demanda custo de pessoal e locomoção
- Gasto de tempo maior para realização da visita
- Relações familiares fragilizadas e/ou rompidas
- Contratempos (não ter ninguém em casa, endereço inexistente, pessoas não querem receber)
- Divergências de informações
- Escassez de capacitação dos profissionais
- Tensão entre os profissionais
- Risco de gerar acomodação/dependência do paciente;

Mesmo diante dos desafios a serem enfrentados para a utilização da Visita Domiciliar, esse instrumento apresenta inúmeros benefícios para a qualidade da assistência prestada a população, uma vez que implica no reconhecimento das exposições dos hábitos e rotinas privativos dos usuários no espaço onde habita. Questões particulares se tornam visíveis, e importantes para a avaliação dos profissionais de saúde e atuação do saber-poder sanitário legitimado pela ciência. A confiança e o vínculo se tornam uma linha tênue na relação de compartilhamento e de encontro entre equipe de saúde e usuário e isso é fundamental para desempenhar a gestão do cuidado com foco nas necessidades do usuário (CUNHA & SÁ, 2013).

2. O Método Clínico Centrado na Pessoa

O Método Clínico Centrado na Pessoa é um método que engloba e sistematiza os diversos aspectos positivos das diferentes formas de abordagem aos problemas de saúde é o método da abordagem centrado na pessoa, o qual utiliza-se como proposta metodológica para que a consulta atenda às necessidades e às expectativas de médicos e pessoas, abrindo caminho para uma consulta adequada na Atenção Primária à Saúde (GUSSO & LOPES, 2014).

Esse Método possui seis componentes, nos quais o médico habilidoso deve mover-se com empenho para frente e para trás entre os seis componentes, seguindo as "deixas" ou "dicas" da pessoa. Essa técnica "de ir e vir" é o conceito-chave para utilizar e ensinar o método da abordagem centrado na pessoa, e ela requer prática e experiência. Os componentes que compõem esse método são (GUSSO & LOPES, 2014):

1. Explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente: Doença: É uma construção teórica pela qual se busca explicar os problemas das pessoas em termos de anormalidades de estrutura e/ou função de órgãos e sistemas. Inclui físicas e mentais. Experiência da doença: É a experiência pessoal e subjetiva da pessoa; os sentimentos, pensamentos e alterações do comportamento de alguém que se sente doente.

2. Entender a pessoa como um todo: o médico de família e comunidade começa a conhecer a pessoa inteira e sua experiência com a doença em um contexto de sua vida e em um estágio de desenvolvimento pessoal. Seu conhecimento da pessoa deve incluir a família, o trabalho, as crenças e as vivências nas várias etapas que compõem o ciclo vital individual e familiar.

3. Elaborar um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas: é o compromisso mútuo de encontrar um projeto comum para tratar dos problemas. É importante em qualquer situação, mas se torna fundamental como ferramenta para realizar um manejo de sucesso às pessoas com doenças crônicas, desenvolvendo intervenção terapêutica. Desenvolver um plano efetivo de manejo requer do médico e da pessoa a busca pela concordância em três áreas principais: A natureza dos problemas e o estabelecimento das prioridades; A definição dos objetivos do tratamento; E a caracterização dos papéis do médico e da pessoa.

4. Incorporar prevenção e promoção da saúde na prática diária: a incorporação de prevenção e promoção da saúde tem como objetivos principais: melhorar a saúde; reduzir riscos; detectar precocemente a doença; diminuir os efeitos da doença; evitar intervenções e procedimentos desnecessários ou de risco. É necessário utilizar protocolos para prevenção e promoção apoiados por um sistema de registro eficaz, fundamentados na literatura médica; saber delegar atividades à equipe; utilizar recursos da rede de assistência familiar e comunitária e, principalmente, desenvolver um esforço colaborativo por parte do médico e da pessoa para que cada visita seja uma oportunidade de prevenção e promoção da saúde.

5. Intensificar a relação médico-pessoa: o médico deve reconhecer que diferentes pessoas requerem diferentes abordagens, as quais variam de acordo com idade, gênero, problema, estado emocional e outros. Ele deve agir de uma variedade de modos para alcançar as diferentes necessidades de quem busca ajuda, "caminhando com" a pessoa e colocando a si mesmo e seu relacionamento a trabalhar para mobilizar as forças da pessoa com propósitos curativos.

6. Ser realista: ser realista possibilita ao médico usar tempo e energia de forma eficiente, não tendo expectativas além das possibilidades. Para isso, ele deve desenvolver habilidades de definição de prioridades, alocação otimizada de recursos e utilização do trabalho em equipe.

O Método Clínico Centrado na Pessoa, com seus seis componentes vislumbra mudanças em conceitos, habilidades e valores médicos, com o enfoque na abordagem holística, contínua, resolutiva e com responsabilidades sempre compartilhadas entre profissional e pessoa que interage nesse processo de cuidado (GUSSO & LOPES, 2014). Diante disso,

esse estudo apresenta a vivência de estudantes de medicina articulando os dois conceitos a Visita Domiciliar e o Método Clínico Centrado na Pessoa, através da realização de um projeto de intervenção.

3. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever a vivência de alunos da Medicina em relação à prática da Visita Domiciliar (VD) e a utilização do Projeto de Intervenção durante o acompanhamento à uma gestante.

2.2. Objetivos específicos

Compreender a importância da Visita Domiciliar adotada pela equipe de saúde; Estabelecer o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença e praticar o método clínico centrado na pessoa; Reconhecer a nova proposta de atendimento integral e humanizado, inserido em seu contexto de vida; Ser capaz de utilizar o método SOAP (S- Subjetividade; O- Objetividade; A- Avaliação; P- Planejamento) como instrumento da Atenção em Saúde; Desenvolver um Projeto de Intervenção a uma gestante; Refletir sobre a experiência, identificando pontos favoráveis e desfavoráveis.

3. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1. A visita domiciliar na construção do projeto de intervenção

Dentro do contexto de uma Estratégia de Saúde da Família é preciso lembrar que, muitos obstáculos iram acontecer, mesmo que isso fuja das mãos daqueles que mais pretendem que dê certo. Nem sempre o que é planejado é executado, as vezes há uma alimentação de um sonho, maior do que se pode sonhar.

Entender que a vida, ou parte dela, de uma pessoa está nas mãos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, é entender que uma responsabilidade cresce cada vez mais, e que pressões existem, e dificuldades também.

Nesse caso, foi acompanhada uma gestante ao longo de um semestre, e muitos obstáculos foram encontrados no meio do caminho, resistência e até outras fragilidades, além das que foram inicialmente identificadas, foram encontradas. Mostrando que quando elaboramos um plano de Visita Domiciliar associada com o método centrado na pessoa, conseguimos de fato, elaborar projetos de grande qualidade.

3.2. Dados do domicílio

Tipo de domicílio: Casa (X) Apartamento () Cômodo () outro () N° de Cômodos: sem informações

Abastecimento de água: Sim (X) Não () Rede de esgoto: Sim (X) Não ()
Energia Elétrica: Sim (X) Não ()

Animais no domicílio: Sim () Não (X) Quantos: Quais:

3.3. Observações Gerais

Diante da análise de uma Visita Domiciliar, é preciso apresentar em que ambiente domiciliar essa gestante reside, quais são as estruturas básicas oferecidas para que essa possa ter um período gestacional adequado. Dessa forma, o domicílio apresenta-se: com iluminação precária, pouca entrada de luz natural, poucos cômodos, pouco ventilada e um pouco empoeirada. A família também se encontrava em um momento de dificuldade emocional, pois a avó materna, que era integrante da moradia, faleceu e abalou muito os familiares. Renata, em especial, ajudava a cuidar da avó e ficou muito abalada com a morte dela.

Assim, fica claro, que de uma forma tão simples de notar quais são as condições sociais e emocionais de uma família, fica claro que a base está afetada, e que, então, o método centrado na pessoa associada com um projeto de análise voltada para essa gestante, seja de extrema importância ao longo da gravidez dela.

Genograma e Ecomapa

São instrumentos rotineiramente utilizados por profissionais de diversas áreas, principalmente para a compreensão de processos familiares, como a sua composição e as interações que ocorrem entre os membros da família e fora dela.

O genograma é uma representação gráfica da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações, elaborada por meio de símbolos. Ele permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando o sexo, a idade, as iniciais do nome e doenças físicas e psíquicas, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar (NASCIMENTO, DANTAS & ANDRADE, 2014).

como os principais problemas que tal usuária, no caso, uma gestante, apresentava em sua gravidez, bem como e quando isso seria resolvido, seja pela equipe de saúde da ESF, seja por outros meios da Atenção Básica.

Foram encontrados ao longo das visitas problemas e necessidades, tais como: alimentação inadequada na gravidez; alterações psicológicas – sentimento de luto e ansiedade relacionada à gravidez e desconhecimento sobre o Pré-Natal do Parceiro. Tendo como prioridade a alimentação inadequada na gravidez e desconhecimento sobre o Pré-Natal do Parceiro.

Diante dessas dificuldades encontradas foram traçadas as propostas e ações, que consistem em, introduzir e orientar cardápio sobre alimentos apropriados durante gestação (iniciado em primeira visita); orientar sobre o possível pré-natal masculino (iniciado em primeira visita) e propor participação em grupo de gestantes e apoio psicológico

A partir disso, de acordo com o tempo proposto, foram definidas as metas de tal forma.

A curto prazo: melhora na alimentação, esperando que nas próximas visitas ela já tenha modificado sua alimentação, o que poderá ser abordado, de maneira mais intensa, ao longo das Visitas Domiciliares;

A curto prazo: Incentivo à participação do Parceiro no Pré-Natal. Já iniciado em primeira visita e que também poderá ser abordado ao longo das outras Visitas Domiciliares;

A médio prazo: Incentivo à participação em grupo de gestantes. Espera-se que ela contemple a ideia e possa fortalecer vínculos com outras gestantes que possuem histórias semelhantes à dela, criando novos pontos para sua Rede de Apoio;

A longo prazo: Acompanhamento psicológico. Anseia-se que ela inicie um acompanhamento psicológico, para ter resiliência para enfrentar situações ao longo da vida, como os últimos acontecimentos, que a afetaram muito emocionalmente.

Além disso, foram traçadas as divisões de responsabilidade para cada setor da ESF, inclusive para os alunos envolvidos no projeto, para que fosse realizado tanto a execução das metas, quanto o monitoramento e reavaliação de tudo que foi proposto.

Entre as visitas realizadas, foram evidenciadas as potencialidades: paciente não apresenta comorbidades; possui parceiro exclusivo; apresentou-se receptiva inicialmente; conta com apoio familiar, principalmente apoio materno; teve aceitação da gravidez, embora não tenha sido planejada; e limitações: insegurança e pouco conhecimento sobre

gravidez e exames obstétricos; tornou-se resistente às nossas Visitas Domiciliares.

Figura 3: Lista principal de problemas

LISTA PRINCIPAL DE PROBLEMAS		
DESCRIÇÃO	DATA DE IDENTIFICAÇÃO	DATA DE RESOLUÇÃO
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	04/09/2018	-
ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS: GRAVIDEZ E LUTO	04/09/2018	-
FALTA DE ORIENTAÇÃO REFERENTE À ALIMENTAÇÃO DA GESTANTE	04/09/2018	-
FALTA DE ORIENTAÇÃO À CONTRACEPÇÃO	04/09/2018	-

Fonte: os autores

Ao longo de um semestre, deveriam existir outras Visitas Domiciliares para que fosse continuada as orientações já iniciadas nas visitas anteriores, analisar a evolução da gravidez, identificar outros pontos de possíveis intervenções e compreender as principais potencialidades e fragilidades enfrentadas no período.

Nas visitas futuras seria analisada a adesão do cardápio da gestante entregue para ela, a situação da constipação intestinal, analisaríamos a adesão do parceiro ao Pré-Natal depois da orientação sobre o Pré-Natal do Parceiro.

Entretanto, após mais de três tentativas de agendamento da Visita Domiciliar, inclusive fora do horário convencional do IESC e no período vespertino, buscando se adequar ao horário em que ela já teria saído do trabalho, que fora o que impedira outras visitas, não conseguimos realizar as futuras Visitas Domiciliares. Segundo uma das Agentes Comunitárias de Saúde, em Visita Domiciliar, a mãe da gestante, informara que sua filha não queria receber as nossas visitas domiciliares.

Por tais motivos e apesar do Planejamento, não foi possível realizar a Visita Domiciliar que colheria alguns dados não relatados e/ou abordados nas visitas anteriores. Então, alguns últimos dados que deveriam ter sido coletados não estarão presentes nesse trabalho, por falta de adesão ao projeto, sendo, uma dificuldade encontrada ao longo da análise, porém, que mostra a fuga da paciente em um momento que ela necessitava ser assistida de forma mais evidente.

Dados Subjetivos

Alguns dados foram possíveis de serem coletados ao longo das visitas realizadas, entre eles, foram divididos em dados subjetivos e objetivos.

(História atual e progressa, hábitos de vida, redes social e de apoio, história familiar, SIFE)

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

DUM: 27/06/2018 – Primigesta/não planejado com aceitação

IG: 5 semanas e 4 dias

B-HCG – 07/08/2018

Parceiro único: marido – relacionamento há 4 anos

HISTÓRIA GINECOLÓGICA

MENARCA: 11 anos

PUBARCA: adequada para a idade

SEXARCA: 25 anos

Nega uso de contraceptivo e consulta ginecológica prévia

Fluxo menstrual com duração de 5 dias

Cólicas frequentes com uso de medicação (Buscofen)

HÁBITOS DE VIDA

Nega tabagismo e uso de álcool

Atividade física irregular de baixo impacto

HISTÓRIA FAMILIAR

Mãe com quadro depressivo

Avó materna – câncer de mama

SIFE (Sentimentos, ideias, funções e expectativas)

Ansiedade/ Medo diante de processos médicos invasivos ou não/
Dúvidas quanto a receptividade da criança e aspecto da gestação/ Criança representa felicidade diante da morte recente da avó.

Obs.: A paciente apresenta “Síndrome do jaleco branco”.

Dados Objetivos

(Exame físico, SSVV, impressões do profissional, exames complementares)

Peso: 73,1kg

Pressão Arterial (PA): 130/70mmHg

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Visita Domiciliar dentro do Método Clínico Centrado na Pessoa e no contexto da Atenção Básica foi a tecnologia mais adequada para a abordagem do Semestre com foco na Saúde da Mulher. Houve a seleção do caso e identificação dos principais problemas e necessidades para traçar propostas de ações e metas. Foi possível identificar as potencialidades e as fragilidades e dividiu-se a liderança de cada responsabilidade entre os

estudantes. Além disso, definiu-se as formas de monitoramento e avaliação das metas de curto, médio e longo prazo.

Utilizar referências teóricas, observar experiências exitosas e realizar anotações segundo o ReSOAP foram medidas essenciais para realizar um trabalho individualizado e concreto. Uma das maiores dificuldades foi o corte de vínculo por parte da paciente.

A missão inicial era acompanhar a gestante, seu filho e sua mãe, de forma a garantir que houvesse um ambiente saudável e propício ao desenvolvimento de todos. Porém, devido às circunstâncias, nossa nova missão é recriar o vínculo para que possamos, então, retomar a missão inicial.

Ao longo do caminho, vários obstáculos foram encontrados, vontade de desistir persiste insistentemente, porém, muitas vezes, lidar com cada queda que ocorre é fundamental, já que a cada ferida cicatrizada, uma força é levantada. No meio em saúde, os obstáculos são as fragilidades, mas a força é a potencialidade, e cabe a cada grupo da AB associada com os usuários decidir em continuar o caminho ou parar no meio dele.

REFERÊNCIAS

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. A. Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: MALAGUTTI, W. et al (Org.). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, p. 37-48, 2012

OLIVEIRA, E. M; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multidisciplinar. Revista de Saúde Pública. 2006 Fevereiro; 40(4).

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Estratégia de Saúde da Família - ESF: os desafios de se mover no território. Interface - Comunic., Saude , Educ., v.17, n.44, p.61-73, jan./mar, 2013.

GUSSO G, LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade 13 C, editor. Porto Alegre: Artmed; 2012.

MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NASCIMENTO, L. C.; DANTAS, I. R. O.; ANDARDE, R. D.; MELLO, D. F. Genograma e Ecomapa: Contribuições da Enfermagem Brasileira. Relato de Experiência. 2014 Jan-Mar; 23(1).

A INSERÇÃO DA DISCIPLINA DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA EDUCACIONAL NOS CURSOS DE MEDICINA E ESTRATÉGIA DE APRENDIZADO SIGNIFICATIVO PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA MÉDICA: Um relato de experiência

Gustavo Henrique Fernandes Avelino
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
guhfernandesavelino@gmail.com

Soraya Moysés Fernandes Avelino
Docente do curso técnico de Enfermagem – Centro Paula Souza
sorayaavelino08@gmail.com

Kelly Jacqueline Barbosa
Mestre em Educação – Uni-FACEF
kellyjacqueline@facef.br

1. INTRODUÇÃO

O sistema de ensino vem sendo reformulado há muito tempo, em todas as áreas, e principalmente a médica tem sofrido diversas transformações e alterações ao longo dos anos, por conseguinte a inclusão de novas perspectivas de ensino-aprendizagem tornam esse cenário mais dinâmico. O curso de medicina tradicionalmente era baseado em quatro vertentes principais: os conhecimentos individuais, os ensinamentos de professores, leituras de evidências científicas e práticas com pacientes reais e essa fragmentação do conhecimento avaliado principalmente em testes escritos tem por comprovação a diminuição da retenção do conhecimento e aplicabilidade prática (Brandão, Collares, & Marin, 2014).

É nesse cenário de mudanças curriculares no curso de medicina que temos a adequação dela aos cenários de saúde, para tanto as diretrizes curriculares brasileiras têm acompanhado o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas públicas. As mudanças visam uma contribuição para a formação do profissional médico através das exigências contemporâneas. Nasce então a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) que é uma proposta pedagógica que corresponde a essas mudanças curriculares e tem como principal objetivo fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitude para o cuidado de pacientes (Gomes, Brino, Aquilante, & Avó, 2009).

Nesse modelo de aprendizado temos o foco do processo educativo centrado no discente, assim estimulando a capacidade de auto-formação baseada na busca ativa de informações, treinando-os assim para a vida profissional. A necessidade de construir ativamente a aprendizagem faz

com que o aluno consiga articular conhecimentos prévios e debates com outras pessoas para resolução de problemas solucionados para o estudo (Gomes, Brino, Aquilante, & Avó, 2009).

É a partir desse objetivo de busca ativa de informações e desenvolvimento de habilidades técnicas e atitude diante situações prováveis que surge a simulação realística.

A simulação realística é adotada com a finalidade de treinar profissionais que atuam em cenários de atividades de risco, como é o caso da medicina, aviação, enfermagem. Esse instrumento é utilizado para o treinamento não com o equipamento de trabalho, mas sim treinar a operação ou tarefas que são associadas ao equipamento, sendo assim, as bases das sessões de simulação são a problemática, etapa na qual é diagnosticado o problema, o procedimento – o que pode ser feito diante a situação, e a comunicação ou informação que representa o trabalho em equipe (Mizoi, Kaneko, & Filho, 2007).

Para a área da saúde temos o emprego da simulação realística muito presente em treinamentos de urgência e emergência, terapia intensiva, cirurgias e anestesiologia, quadros estes totalmente diferentes, mas que demandam de conhecimentos prévios, atitude e trabalho em equipe. O ambiente da simulação permite um ambiente participativo e de alta interatividade entre os condutores da cena primordialmente docentes e discentes que executam as ações da cena, permitindo, assim, cenários clínicos que retratam experiências reais do cotidiano (Mizoi, Kaneko, & Filho, 2007).

Para a realização de um cenário são utilizados simuladores de realidade virtual, manequins estáticos, simuladores de baixa e alta fidelidade e até mesmo pacientes atores, que permitem maior realidade e interação com a cena. Ao abranger esses recursos os centros de simulação propiciam um ambiente semelhante a um hospital, pronto atendimento e até mesmo uma catástrofe. Essas situações problemas visam trabalhar as relações interprofissionais, interdisciplinares e interpessoais, permitindo assim, uma maior eficácia no trabalho em grupo visando melhorar o atendimento aos pacientes em todos os serviços de saúde (Mizoi, Kaneko, & Filho, 2007).

O aprendizado retido em situações na qual necessita-se de um conhecimento é muito mais eficaz e permite a evolução de conhecimentos e habilidades de forma mais rápida e eficiente, visto que, após o encerramento do caso clínico todos os participantes são direcionados a uma sessão de feedback ou debriefing que é uma oportunidade de reflexão e revisão das ações executadas durante o cenário além de identificar lacunas no conhecimento e aplicação de técnicas que podem ser um problema individual ou de um grupo dando tempo de nova revisão de conceitos para aplicação prática na vida profissional (Mizoi, Kaneko, & Filho, 2007).

A prática de debriefing é uma ferramenta aplicável quando se necessita de reflexão sobre situações de crise, mas também um método de feedback que vem sendo considerado por muitos profissionais como um processo fundamental na melhoria de programas educacionais e de treinamento. Essa ferramenta é utilizada com a finalidade de gerar uma discussão referente ao cenário prático e a situação ali vivida, é nesse espaço que observações clínicas são feitas, bem como a abordagem das lacunas de aprendizado (Souza, et al., 2017).

É através desse processo que a simulação realística possibilita um melhor preparo e maior segurança técnica e emocional, uma vez que estar diante do desconhecido gera ansiedade, medo, e não conseguir resolver a questão ali proposta gera frustração, ao lidar com as vivências do campo prático de uma maneira considerada por muitos antecipada. É uma ferramenta que favorece uma melhor fixação dos conteúdos técnicos e teóricos ali abordados (Souza, et al., 2017).

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, referente à vivência de um estudante da quinta e sexta etapa do curso de medicina de um Centro Universitário Municipal do interior do Estado de São Paulo, em relação às aulas de simulação realística.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

As aulas de simulação realística sempre foram aulas que geraram muitas expectativas tanto para nós, alunos, que participamos atuantes no cenário prático ou mesmo quando assistimos esses e também para os professores que ficavam monitorando a cena, pois esta aula sempre foi direcionada de acordo com as condutas tomadas pelos futuros profissionais (discentes) em cena devendo sempre cumprir os objetivos pré-estabelecidos pela equipe de docentes responsáveis pela montagem de cenário, sendo a conduta fundamental para o andamento da situação, sendo assim, possível, encerrar o cenário ou criar situações que levem o raciocínio para o objetivo principal.

Os sentimentos sempre foram muito intensos durante a aplicação dos cenários de ensino, sendo os principais e mais marcantes o de impotência, surpresa, espírito de liderança, medo e outras sensações que sempre foram muito marcantes durante as aulas de simulação realística, pois, ao entrar em uma sala em que existe um paciente, mesmo que simulado, e a vida do mesmo depende de tudo aquilo que sua equipe médica fizer nos fazia pensar na

tomada de decisão e conduta, de quais os riscos e os benefícios para a ocasião e de como devemos agir diante do problema.

As situações problemas simulam a vida real, principalmente aquela enfrentada em pronto-atendimento em que temos um paciente de urgência-emergência para isso todos no cenário devem ser submersos na cena e realizar todos os procedimentos no menor tempo possível, para de fato, minimizar as sequelas da situação em si.

O ambiente de urgência e emergência, ou seja, um pronto socorro, no qual podemos durante um plantão nos deparar com diversas situações, ganha vida dentro de uma sala simulada e para concretização da simulação sempre foi exigido da equipe em cena um líder, para coordenar o trabalho de todos os “médicos” ali presentes, como se fosse um atendimento real, tendo o líder em sala evitamos ações repetidas e agilizamos o processo de exame físico geral, solicitação de exames, monitorização de frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial e outros parâmetros.

Outro ponto importante da simulação realística é a observação, de fora da cena, da conduta daqueles eleitos para realizar os procedimentos. A capacidade de julgamento abre espaço para a impotência que é ver o que está sendo feito, imaginar uma conduta e não ser aquela a ser realizada, afinal, você é aquele que tudo vê neste momento, mas não pode entrar na cena e corrigir os colegas profissionais que assumiram o caso, mais uma etapa da formação médica que visa o trabalho em equipe sem apontar os erros e defeitos de um outro profissional, essa avaliação de discentes que não entraram em cena é uma peça fundamental para a discussão de conduta no momento do debriefing. Do lado de fora tudo é mais calmo, apesar da ansiedade da resolução clínica, então consegue-se pensar com mais tranquilidade, ver coisas que podem ser detalhes e que fazem toda a diferença em um atendimento sistematizado sobretudo humanizado.

Ao final dos cenários sempre tivemos o debriefing, que era momento oportuno para discussões entre alunos e professores sobre a conduta e a tomada de decisão realizados durante o cenário prático. Este momento foi essencial para fixação do conhecimento prévio e discussão sobre objetivos do cenário vivenciado, ficando esclarecidos os objetivos propostos e os atingidos além do que poderia ser mudado diante de determinada situação, para concluir o protocolo com diagnóstico e tratamento adequado, visando sempre o bem-estar do paciente e a avaliação do risco-benefício das tomadas de decisões.

A imersão no cenário simulado, com utilização de simuladores nos faz encará-lo como um paciente real, sendo esse, o intuito da simulação, fazer com que fiquemos submersos em um cenário e tornar o imaginário, real para chegarmos a um único objetivo final: o aprendizado.

Figura 4: Simulação Realística sobre Atendimento Pré-Hospitalar (APH)



Fonte: acervo dos pesquisadores

Figura 5. Simulação Realística de Intubação Orotraqueal em paciente com rebaixamento do nível de consciência vítima de acidente de trânsito



Fonte: acervo dos pesquisadores

4. CONCLUSÃO

É importante frisar que o treinamento simulado não busca substituir o contato entre profissionais da saúde e pacientes, e sim, treinar esses profissionais através de situações planejadas até que seja estabelecida uma proficiência, evitando assim efeitos indesejáveis para o paciente real.

Em suma a simulação realística é uma ferramenta que permite ao aluno errar, saber o que errou e corrigir sua ação, se fora só um equívoco de conhecimento pessoal ou do grupo. Na imersão do cenário tudo o que se faz ali

dentro é de um peso enorme, pois, teoricamente você se encontra com uma vida diante a sua, um problema que precisa ser resolvido com aplicação de conduta diagnóstica, no entanto, a possibilidade de errar e ser corrigido garante a nós, futuros profissionais a chance de recomeçar e não cometer o mesmo erro. Afinal, fora da sala de aula somos futuros profissionais médicos, e a vida fora da mesma é passível de julgamentos, principalmente se a vida de outrem depende única e exclusivamente de uma ação sua.

REFERÊNCIAS

Brandão, C. F., Collares, C. F., & Marin, H. D. (2014). A Simulação Realística Como Ferramenta Educacional Para Estudantes De Medicina. *Scientia Medica*, 187-192.

GOMES, R., Brino, R. D., Aquilante, A. G., & Avó, L. R. (2009). Aprendizagem Baseada Em Problemas Na Formação Médica E O Currículo Tradicional De Medicina: Uma Revisão Bibliográfica. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 444-451.

MIZOI, C. S., Kaneko, R. M., & Filho, C. A. (2007). A Simulação Realística Como Estratégia De Treinamento Para Profissionais Da Saúde. *Einstein - Educação Continuada Em Saúde*, 100-101.

SOUZA, J. M., Silva, F. R., Oliveira, K. M., Venancio, A. F., Hermann, P. R., & Magro, M. C. (2017). Debriefing Como Ferramenta De Avaliação Qualitativa No Ensino Simulado. *Investigação Qualitativa Em Saúde*.

A LITERACIA PARA A SAÚDE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Um estudo junto aos programas de residências da UFTM

Isadora Catananti Ardenghi
Graduanda em Serviço Social – UFTM
isadora_ardenghi@hotmail.com

Marta Regina Farinelli
Docente do Curso de Serviço Social – UFTM
martafarinelli@gmail.com

Rosane Aparecida de Souza Martins
Docente do Curso de Serviço Social – UFTM
drarosane.martins@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A cada dia se reconhece a importância de as pessoas desenvolverem capacidades e competências para promoverem sua qualidade de vida e estilos de vida saudáveis cotidianamente. Uma das possibilidades para tanto, decorre do acesso às informações e conhecimentos e neste sentido, a capacidade para tomar decisões quanto à própria vida.

A Organização Mundial da Saúde estabelece que “literacia em saúde representa o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde bem” (OMS, 1986).

A literacia para a saúde é o resultado desta apropriação de conhecimentos, informações e fundamentações de maneira que as pessoas tenham consciência tanto das possibilidades quanto dos impactos de suas escolhas e cada vez mais desenvolvam autonomia para estabelecer os percursos rumo à saúde e estilo de vida saudáveis.

Partindo-se desta concepção considera-se a relevância da literacia para a saúde no contexto da educação permanente em saúde, tendo como foco os programas de residência em saúde.

A educação permanente em saúde é entendida como uma prática de ensino aprendizagem e como também uma política de educação em saúde, com vistas a uma educação para o trabalho. (CECCIM;FERLA, 2016)

Tais autores ainda ressaltam que é um conceito forte e desafiador para se pensar nas relações entre a educação e o trabalho na saúde. Como política de saúde a educação permanente em saúde envolve a contribuição do

ensino na materialização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da Resolução CNS n. 353/2003 e da Portaria MS/GM n.198/2004 a Educação Permanente em Saúde tornou-se uma das estratégias do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

Nesta perspectiva, as residências médicas, multiprofissionais e em área profissional são estratégias para aprimorar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na saúde. Há um elo forte entre literacia, nível de educação e nível de saúde, visto que a saúde e a aprendizagem estão intimamente relacionadas. Investigadores nos campos da saúde e da educação consideram a literacia em saúde também como um caminho que liga a educação a resultados na saúde (Canadian Council on Learning, 2007).

A partir desta perspectiva justifica-se a realização da presente investigação sobre o nível de literacia para a saúde dos residentes dos programas de residência médica, uni e multiprofissional. Este manuscrito aponta os resultados parciais desta investigação, ou seja, contempla os seguintes objetivos: analisar as residências em saúde e as estratégias para aprimorar a formação de trabalhadores na saúde; identificar os níveis de literacia para a saúde (LS) dos residentes dos Programas de Residências existentes na UFTM. As pesquisadoras estão na fase de organização e análise dos dados junto aos residentes dos programas, porém serão apresentados os resultados parciais advindos do estudo bibliográfico e documental.

2. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E LITERACIA PARA A SAÚDE: ALGUMAS APROXIMAÇÕES

As políticas de saúde são estruturadas com foco na especialidade e fragmentadas conforme o segmento ou ciclos de vida. Essa fragmentação gera especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise. (CECCIM;FERLA, 2016)

Tal realidade não contribui para a formação continuada dos trabalhadores da área de saúde, o que torna os núcleos de saberes e de práticas e os princípios políticos desarticulados com rebatimentos na saúde da população.

A abordagem do tema referente à literacia para a saúde articulada com a educação permanente em saúde, mas especificamente a educação dos residentes em saúde, pode contribuir como estratégia no atendimento da população por parte dos profissionais, bem como na efetivação das políticas de saúde, tendo a totalidade como premissa.

Faz-se necessário ressaltar que a Educação permanente em saúde é um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho, ou mesmo da formação em saúde em análise, com possibilidade de construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

A Educação Permanente em Saúde, disputa pela atualização cotidiana das práticas de acordo com os aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos. Esta também se insere em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta implicando aos profissionais de saúde às práticas organizacionais; a instituição ou mesmo setores da saúde, as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais e as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2019, on line)

Nesta perspectiva, são evidentes os desafios para o exercício da educação permanente em saúde, e um destes é a atualização permanente dos trabalhadores.

Ceccim (2019, on line) aponta em seus estudos que “torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional”.

Outro aspecto pontuado é a baixa distribuição de profissionais, com uma divisão irregular cuja concentração ocorre em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas, a crescente especialização e suas consequências sobre os custos econômicos e dependência de tecnologias mais sofisticadas; o predomínio da formação biomédica ainda centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência o que demandam iniciativas de transformação da formação de trabalhadores.

E ainda, o desafio de ter a constituição de equipes multiprofissionais, de trabalho que apresentem práticas orientadas de forma a buscar a maior resolutividade das dificuldades de saúde da população. Há necessidade da construção do processo saúde- doença e cuidado, qualidade de vida diferente do modelo vigente entre os profissionais, inclusive de refletir sobre a sua própria relação com a saúde, cuidado e sua qualidade de vida. É por meio da composição de saberes que se alcançará uma intervenção profissional com capacidade e competência para atender as reais demandas da população.

Acredita-se que as residências médicas, multiprofissionais e em área profissional são estratégias para aprimorar a formação e o desenvolvimento de trabalhadores na saúde.

Desta forma o exercício da Educação Permanente em Saúde está imbricado com a formação dos residentes e sobretudo com a Literacia para a saúde (LS), uma vez ao construírem conhecimentos no sentido de promover a equidade de acesso aos serviços de saúde, poderão contribuir também com a superação de disparidades sociais em saúde e para a promoção da saúde da população. Está também imbricado com a Literacia para a Saúde, pois para a promoção da saúde da população ou mesmo oportunizar discussões sobre as políticas de saúde é preciso rever a forma como os profissionais cuidam de sua própria saúde.

Neste contexto, ressalta se que a literacia para a saúde pode ser conceituada como a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento de suas capacidades de compreensão, gestão e investimento favoráveis à promoção da saúde” (SORENSEN et al,2012)

A capacidade de compreensão encontra-se baseada na construção do sentido de coerência de cada pessoa. O sentido de coerência é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos emanados do meio interno e ou externo de sua existência como estruturados, previsíveis e explicáveis.

A capacidade de gestão é o sentimento que o indivíduo tem ao seu alcance para satisfação de exigências colocadas por algum estímulo (interno ou externo). E a capacidade de investimento vista como o cerne do empenho de cada pessoa em considerar as exigências dos estímulos da vida (internos e externos) como desafios que merecem o nosso empenho (SABOGA- NUNES,1999).

Portanto, a literacia envolve um processo contínuo de aprendizagem que oportuniza a pessoa a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma integral na sociedade.

Assim, é relevante conhecer o nível de literacia dos profissionais em formação e como estes poderão contribuir de forma significativa com o aumento do nível de literacia da população atendida no SUS, ou seja o exercício da educação permanente em saúde.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa, de modo a abordar tanto dados estatísticos, quanto a realidade local. Inicialmente, realizou-se revisão de literatura, pesquisa documental, junto aos Programas de Residência em Saúde do HC/UFTM.

Os participantes desta investigação foram todos os 274 residentes matriculados, nos Programas de: Residência Médica, Uni e Multiprofissionais da UFTM. A amostra não probabilística foi selecionada de modo intencional com o intuito de atender aos objetivos propostos e responder aos questionamentos da pesquisa, que se referem ao nível de literacia para a saúde dos residentes dos Programas de Residências em Saúde da UFTM. Tal escolha justifica-se pela proposta de identificar o nível de literacia dos profissionais da saúde em formação, em sua totalidade, com vistas a pensar estratégias para a ampliação ou fortalecimentos dos níveis de literacia destes residentes.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, iniciou-se a apreensão dos dados, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e a aplicação do questionário HLS-BR, adaptado do questionário europeu de Literacia para a saúde para o contexto brasileiro, acessado no endereço: <https://docs.google.com/forms/d/1X64onx6mqoPF4Z26xoA1VRJfjccMNbrRRbtmoY6l0hA/viewform?embedded=true> ou pelo endereço <http://literacia-saude.info/ls-brasil/> ou ainda o mesmo questionário impresso.

A pesquisa de campo iniciou após sensibilização a COREME (Comissão de Residência Médica) e a COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional) com a apresentação breve sobre a pesquisa realçando a importância da participação.

As pesquisadoras encontram-se na apreensão dos dados que serão analisados e interpretados utilizando de análise de conteúdo (análise temática) utilizando o programa SPSS versão 22.0 e pelo método CAWI.

4. RESULTADOS PRELIMINARES

Dos resultados parciais destacam-se que a educação permanente em saúde contribui na formação de profissionais de saúde, na construção de estratégias e processos que qualificam a atenção e a gestão em saúde, no sentido de produzir impactos significativos sobre a saúde individual e coletiva da população. Possui uma inter-relação com a promoção da literacia para a saúde que poderá contribuir no desenvolvimento da apreensão de informações, entendimento, gestão e investimento favoráveis à promoção da saúde. (FARINELLI, et al. 2017)

Entretanto a mudança na formação somente contribui, se os níveis de literacia para a saúde dos residentes estiverem satisfatórios e estar acompanhada das discussões para a ampliação das políticas de saúde, do fortalecimento do movimento da reforma sanitária e a materialização dos princípios do SUS.

O desafio é também como formar um profissional comprometido em gerir as dificuldades encontradas no trabalho cotidiano e os limites estruturais do SUS.

A educação e como se trata de residentes, educação continuada, é também relevante para a construção de uma nova ordem, que busque alterar a realidade da alienação humana. Para que ocorra será necessária uma educação que favoreça a articulação dos princípios epistemológicos, científicos, estéticos e tecnológicos para além da lógica da sociedade atual, que seja capaz de potencializar rupturas com os mecanismos de exploração vigentes. (LEMOS, 2016)

Deste modo, ampliar a Educação Permanente em Saúde com possibilidade de qualidade de vida para usuários e trabalhadores e a literacia para a saúde pode ser uma estratégia relevante.

Entretanto, ao analisar os projetos pedagógicos (disponíveis no sítio da Universidade Federal do Triângulo Mineiro) dos Programas de Residência da UFTM, verifica-se restritas ações no processo de formação continuada que proporcionam reflexões sobre a importância do cuidado com a saúde dos profissionais de saúde. (UFTM,2019)

Acredita-se que o cruzamento dos dados obtidos dos questionários que estão sendo aplicados aos 274 participantes desta investigação, aliados a fundamentação teórica e análise documental poder-se-á estabelecer indicadores de análise sobre a literacia para a saúde dos profissionais participantes da pesquisa e a sua relação com a qualidade dos serviços prestados conforme prevê o SUS constitucional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se destacar que é relevante a necessidade de discutir com os profissionais as políticas e ações no âmbito da educação permanente em saúde, com vistas a fortalecer os princípios do SUS e a qualidade dos serviços prestados pela equipe da saúde, bem como fomentar ações e projetos voltados para a qualidade de vida dos Residentes em Saúde do HC/UFTM.

Ratifica-se a importância destes referidos Programas ampliarem a proposta teórico-prática de formação continuada, no que se refere à literacia para a saúde dos residentes, com vistas a ampliar a capacidade de compreensão, investimento e gestão na saúde, com rebatimentos nos debates sobre as políticas de saúde e entre elas a educação permanente, tendo a literacia para a saúde como estratégia.

A ampliação de pesquisas tendo como objeto a LS permitirá o aprofundamento do desenvolvimento do planejamento/políticas públicas

perante os determinantes e determinações sociais da saúde, as desigualdades sociais e a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, C.A.P.; FARINELLI, M. R.; SABOGA-NUNES, L.; MARTINS, R. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURA E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EUROPEU DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE (HLSUE) PARA O Brasil (HLS-EU-BR): Estratégia para o estudo da alfabetização em saúde no Brasil. In: XXVI Congresso dell'ALASS,2015, Ancona. **Anais** do XXVI Congresso dell'ALASS. Barcelona: Editora da ALASS, 2015. v. 1. p. 134-135.

BRASIL, **Política Nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,2006

BRASIL, **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007

CANADIAN COUNCIL ON LEARNING. **Health literacy in Canada: initial results from the International Adult Literacy and Skills Survey**. Disponível em: www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf. Acesso em: 22. Ago. 2016.

CECCIM, Ricardo Burge; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação permanente em saúde**. Disponível em : <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 20 . ago.2017

CECCIM, Ricardo Burge. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2019

FARINELLI, Marta Regina; JULIÃO, Claudia Helena; RIBEIRO, Priscila Maitara Avelino; SABOGA-NUNES, Luís Ângelo; MARTINS, Rosane Aparecida de Sousa. A educação permanente e a literacia para a saúde: contribuições para a formação profissional. **REFACS(online)**, v 5(Supl. 2), 2017, p.305-310. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2263/2223> < > Acesso em: 15. mai.2019

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? In: *Ciência & saúde coletiva*. Volume 21 (3) Mar 2016, p. 913-918.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 34. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Literacia em saúde**, 1998, disponível em:

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/Inicial.aspx>. Acesso em 02.jan.2018

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho Científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SABOGA-NUNES, L., SØRENSEN, K., PELIKAN, J., CUNHA, M., RODRIGUES, E., PAIXÃO, E. - **Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT)**. *Aten Primaria*. 2014a; 46: 13

SABOGA-NUNES, L., SØRENSEN, K., PELIKAN, J. M. Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). VIII Congresso Português de Sociologia 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas, Évora, 2014 (c)

SABOGA-NUNES, L. (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4), 25-31.

SORENSEN, K., VAN DEN BROUCKE, S., FULLAM, J., DOYLE, G., PELIKAN, J., SLONSKA, Z., BRAND, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). doi:10.1186/1471-2458-12-80

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO. Projetos pedagógicos da residência integrada multiprofissional e uniprofissional. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/lato-sensu/residencia-integrada-multiprofissional-e-uniprofissional/projeto-pedagogico>> Acesso em: 23. Fev.2019

WHO (1996). *European health care reforms: citizens' choice and patients' rights*. Copenhagen: World Health Organization.

A PERCEÇÃO DISCENTE ACERCA DA ASSISTÊNCIA MÉDICA À CRIANÇAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Márcio Andraus Silva Araújo
Graduando em Medicina - Uni-FACEF
marcioandraus1@gmail.com

M.^a Márcia Aparecida Giacomini
Docente – Uni-FACEF
Doutoranda em Ciências –EERP-USP
marciagiacomini@facef.br

1. INTRODUÇÃO

No dia 26/02/2019, alguns alunos do sétimo período do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), durante à realização da disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC) estiveram em uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no interior do Estado de São Paulo para a realização do estágio dessa disciplina, no âmbito da pediatria. Nesse dia, nós, alunos, acompanhamos a consulta do neurologista da instituição e nos inteiramos à cerca das dificuldades tanto de diagnóstico, quanto de conduta, que o médico enfrenta no manejo de certos tipos de patologias que demandam as necessidades especiais em saúde.

Como definição, sabe-se que “o termo Criança com Necessidade Especial de Saúde representa diversos grupos de crianças que apresentam demandas de cuidados específicos, contínuos e de longa duração dos setores da saúde, da educação e social, que vão além das exigidas por outras crianças. Destacam-se, nesse grupo, os prematuros, os portadores de malformações congênitas, de doenças crônicas, vítimas de traumas ou outras doenças adquiridas ao longo da vida” (ASTOLPHOI, OKIDOI e LIMA, 2014).

2. OBJETIVO

Este estudo tem o objetivo de descrever a experiência de estudantes de medicina ao acompanhar o cuidado à criança portadora de necessidades especiais dentro de uma APAE.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência, de alunos do sétimo período do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), durante à realização da disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), no módulo de saúde da criança, em uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no interior do Estado de São Paulo.

4. A PRÁTICA MÉDICA EM UMA UNIDADE DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE)

Durante as atividades propostas pela disciplina, em visita à APAE, conhecemos as instalações da instituição e acompanhamos atendimentos da terapia ocupacional e fisioterapia, com isso, foi possível entender como os trabalhos eram realizados e evidenciar a importância do trabalho da equipe multiprofissional (ASTOLPHOI, OKIDOI e LIMA, 2014).

Foi possível aproveitar a oportunidade para conversar com as mães das crianças que estavam em atendimento nesse setor. Assim avaliamos quais as maiores dificuldades que os pais de crianças com necessidades especiais enfrentam. Uma das maiores dificuldades relatadas pelas mães foi o cuidado em si, uma vez que no geral a criança com condição especial demanda uma maior atenção e responsabilidade, não só para o cuidado em si, mas para o pleno desenvolvimento fisiológico, muitas vezes já debilitado, da criança através de frequentes estímulos (MOREIRA, ALBERNAZ, et al., 2017).

A instituição possui diversas estratégias para abordar, de forma integral, a saúde da criança com necessidade especial. Dentre as estratégias tem-se a equipe multiprofissional composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, neurologista e neurologista pediátrico. Todos eles trabalham em conjunto com o intuito de abordar de forma geral e multidisciplinar a condição de cada paciente, fazendo assim com que a conduta seja individualizada ao paciente.

Como demonstrado na pesquisa “Vulnerabilidade familiar de crianças com necessidades especiais de cuidados múltiplos, complexos e contínuos” (Dias, Arruda e Marcon, 2017), pode-se afirmar que, as famílias com crianças com necessidades especiais são vulneráveis por diversos aspectos, seja pela condição clínica, seja pela exclusão social ou precariedade de acesso aos serviços de saúde (Tabela 1). Esse estudo de delineamento transversal e abordagem quantitativa, foi realizado no município de Maringá com famílias de 68 crianças. A pesquisa destaca a importância de investir na formação, desde a faculdade de, de profissionais qualificados para atuarem na atenção primária. Para isso é necessário que os profissionais de saúde compreendam o contexto das famílias e valorizem a sua vulnerabilidade na implementação de ações de cuidado (DIAS, ARRUDA e MARCON, 2017).

Foi possível conhecer também, o trabalho do neurologista da instituição, o qual nos recebeu muito bem e buscou nos mostrar tudo sobre o cuidado diferenciado e individualizado que uma criança com necessidades especiais demanda e, com isso, perceber como a abordagem difere do que vivenciamos no dia a dia em uma consulta ambulatorial de pediatria no Ambulatório Escola Uni-FACEF. O principal ponto que me surpreendeu de forma muito positiva foi a forma

como ele conseguiu estabelecer uma excelente relação médico-cuidador, uma vez que o paciente em si não tem capacidade do autocuidado e por isso depende que uma pessoa cuide dele de forma responsável. Ele buscou ouvir atentamente às queixas e soube avaliar, de forma criteriosa, cada uma delas para que sua conduta tivesse uma abordagem integral do paciente, uma vez que a necessidade especial, em si, não altera somente o paciente, mas a rotina e a saúde, tanto física quanto mental, de todos que o cercam. Por isso o médico deve abordar também a saúde das pessoas que convivem com esse paciente, através de uma abordagem biopsicossocial da família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Tabela 1: Porcentagem de crianças em diferentes esferas de vulnerabilidade

		N	%
Demandas de cuidados	Desenvolvimento	68	100
	Habitual Modificado	68	100
	Medicamentoso	49	72
	Tecnológico	63	92,6
Local de acompanhamento de saúde	Ambulatório	4	5,9
	Plano de saúde	52	76,5
	Unidade Básica de Saúde	12	17,6
Recebe visitas domiciliares da equipe ESF	Sim	28	41,2
	Não	40	58,8
Recebeu orientações para cuidar da criança	Sim	32	47,1
	Não	36	52,9

Fonte - <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1163>

Observamos também que os cuidadores têm amplo conhecimento acerca da patologia da criança e, muitas vezes, alteram a dose da medicação ou, até mesmo, alteram a medicação sem consultar o médico, isso se deve ao fato de que as informações e medicamentos estão muito mais acessíveis do que eram há algum tempo (ARAÚJO, SILVA, et al., 2014). Assim, pais/cuidadores buscam todas as informações sobre a patologia e as medicações disponíveis no mercado, o que demanda uma maior confiança e conhecimento do médico sobre um amplo espectro de patologias e uma constante atualização no que tange à medicamentos disponíveis (MATOS, SANTOS, et al., 2007).

Com isso, o neurologista explicou que, um passo crucial para o manejo adequado e efetivo do tratamento das crianças com necessidades especiais, é o estabelecimento de uma boa relação entre médico e cuidador da criança, uma vez que ao se estabelecer uma boa relação, o cuidador vai aceitar a conduta do médico e vai fazer de tudo para que ela ocorra de forma sistemática, além de atuar de forma ativa no manejo, ao informar sobre a efetividade das medicações, das doses e efeitos adversos que o medicamento tem provocado (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2012), promovendo assim uma visão médica individualizada de cada paciente, na qual, apesar de um grupo apresentar a mesma patologia, haverá diferença na conduta, não só no que tange à abordagem farmacológica, mas em todo o manejo com o paciente(ARAÚJO, SILVA, et al., 2014).

Outro ponto que o neurologista comentou e nos chamou bastante atenção, foi a dificuldade diagnóstica, muitas vezes encontrada em determinadas patologias que passam despercebidas por muitos médicos, até mesmo especialistas. Apesar de toda a gama de exames pré-natais e neonatais com o intuito de identificar e/ou prevenir alguma patologia, existe uma gama de patologias subdiagnosticadas que quando, por fim, são diagnosticadas, muitas vezes se apresentam em estágios avançados e por isso não podem ser tratados, a ponto de deixar a criança com capacidade plena, ficando dessa forma, algum tipo de sequela neuro-orgânica(ARAÚJO, SILVA, et al., 2014.)

Diante disso, nos foi chamada a atenção para pontos do exame físico que podem ser determinantes para o diagnóstico precoce de alguma patologia, que possa gerar uma condição especial à criança (HASSANO, 2011). Entre elas nos foi recomendado pelo neurologista da instituição que observássemos, todas as vezes em que fizéssemos exames físicos em pediatria, as mãos das crianças para a identificação da prega simiesca, prega palmar transversa ou “linha contínua das mãos” (Figura 1), como é mais conhecida. Condição em que há uma única prega na palma da mão, em vez de duas, pois ela, mesmo podendo ocorrer em indivíduos com padrão cromossômico inalterado, está, geralmente, presente em portadores de Síndrome de Down (Trissomia 21), Síndrome de Aarskog, Síndrome de Cohen, Síndrome do alcoolismo fetal, Síndrome de Patau (Trissomia 13), Síndrome de Turner (45, XO), Síndrome de Klinefelter (47, XXY), Pseudo-hipoparatiroidismo e Síndrome cri-du-chat (SAÚDE, 2005). Também deve-se atentar para sinais como: olhos com formas diferenciadas devido às pregas nas pálpebras, membros pequenos em relação às crianças na mesma faixa etária, hipotonismo muscular e língua protrusa.(SOUSA, 2011).

Vale ressaltar que algumas crianças com necessidade especial em saúde, possuem maior risco de sofrer defeitos cardíacos congênitos, doença do refluxo gastroesofágico, otites recorrentes, apneia de sono obstrutiva e disfunções da glândula tireoide(SOUSA, 2011). Por isso, a avaliação do perímetro cefálico e do desenvolvimento neuropsicomotor(HASSANO, 2011) para verificar se há algum déficit no desenvolvimento que pode acarretar, ou mesmo, ser consequência de uma condição de necessidade especial, é extremamente importante na rotina de consultas a crianças, não só no âmbito da pediatria, mas também em outras áreas que tenham contato com a saúde da criança, como médico da família e médico generalista(SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2015).

Figura 1: Prega única na região palmar



Fonte: <http://slu.adam.com/content.aspx?productId=617&pid=1&gid=003290>

Outra observação importante que podemos fazer ao se analisar as consultas realizadas pelo neurologista é que fatos comuns em consultas ambulatoriais também acontecem no âmbito de consulta neurológica especializada realizada para paciente com necessidades especiais em saúde. Uma mãe, durante a consulta, exigiu que o médico fizesse o pedido de uma tomografia computadorizada do crânio da criança, para ver se havia alguma anormalidade, porque ela acreditava que havia algo anormal no interior da cabeça dele que explicava o estado da criança. O neurologista explorou bem o motivo da requisição e analisou calmamente. No fim ele explicou que a criança já havia realizado o exame há um tempo e o buscou no prontuário, mostrou a mãe e assim ela desistiu da requisição, ao entender que o exame não traria nenhuma solução à condição da criança.

Observamos que a criança portadora de necessidades especiais geralmente se apresenta hiperativa durante a consulta, mexendo em tudo, gritando ou tentando chamar a atenção do médico e do cuidador/responsável, uma vez que, pelo ato da consulta em si ela pode se sentir excluída de atenção. Isso gera um estresse na criança o que vai fazer com que ela fique mais agitada e com que o exame físico fique mais difícil. Por isso o médico deve tentar sempre interagir com o paciente e fazê-lo entender que ele não está sendo ignorado ou punido ao ter que ficar sentado e quieto, enquanto duas pessoas conversam. Através dessa interação, os níveis de estresse da criança durante a consulta, que por si só já é um fator estressor, são diminuídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Outro fator que pode acalmar a criança é o não uso de jalecos, uma vez que o uso de jalecos, até mesmo em pessoas que não demandem necessidades especiais, gera um estado de estresse ao ponto de alterar a pressão arterial, alterações que constituem a hipertensão do avental branco. (GUEDIS, SOUSA, et al., 2008)

Ao se analisar todos os fatores até aqui relatados, tem-se uma perspectiva da importância da relação médico-cuidador e, devido a isso deve-se, escutar atentamente a todas as queixas e observações que o

cuidador/acompanhante do paciente trazer à consulta, não só sobre o paciente em si e sua adaptação à dose terapêutica da medicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), mas também de como o cuidado ao paciente está influenciando na rotina da família e se há alguma conduta que o profissional pode praticar para abordar a questão biopsicossocial do paciente e da família na qual ele está inserido, seja através do acompanhamento da equipe de assistência social e de psicologia, ou por meio de uma intervenção medicamentosa, alterando ou a medicação ou a posologia (MOREIRA, ALBERNAZ, et al., 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da experiência vivenciada, pode-se concluir que ainda há dificuldade diagnóstica e de manejo por grande parte dos médicos generalistas no que tange a crianças com necessidades especiais em saúde. Por isso, deve-se haver uma maior atenção à sinais clínicos que levem à suspeita, tais como a “linha contínua das mãos”, o desenvolvimento neuropsicomotor atrasado e o comprimento cefálico diminuído. Essa atenção deve ser tomada por médicos que tenham contato com crianças, seja no âmbito da pediatria ou da atenção básica, para que se possa fazer o diagnóstico precoce de condições que demandem necessidades especiais. Esse diagnóstico precoce influi na aceitação da condição pela família e é muito importante no processo de adaptação familiar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Deve-se também estabelecer uma boa relação entre o médico e o cuidador da criança com necessidade especial em saúde, uma vez que o cuidador apresenta um papel ativo na conduta (ROSSETTO, TOSO, et al., 2019) e devido a isso, o sucesso da terapêutica estará aliado ao manejo prestado pelo cuidador e à oferta de informações imprescindíveis para a adequação da conduta no que tange à efetividade medicamentosa, de acordo com as características fisiológicas individuais do paciente.

Além disso, é de extrema importância que o paciente se sinta incluído e inserido na consulta através da interação médica, seja ela lúdica ou não, para que seus níveis de estresse não se elevem e interfiram na consulta, o que pode dificultar o diagnóstico, a avaliação da conduta anterior ou até mesmo a avaliação da personalidade do paciente, ou seja, um paciente que é calmo e amoroso fora do ambiente médico, pode apresentar-se nervoso e violento durante a consulta, alterando de forma significativa a conduta e a medicação empregada.

Depreende-se também que a família deve ser incorporada em uma visão biopsicossocial, uma vez que a condição do paciente afeta de forma direta a rotina da família e conseqüentemente a saúde dos componentes do grupo familiar, uma vez que alguns pacientes são nervosos e acabam agredindo fisicamente familiares. Outro fator é que, essa demanda contínua e intensa pode gerar estados de comprometimentos e desgastes psicológicos do responsável/cuidador. O médico

deve estar atento a essas questões, para que sua conduta aborde o paciente e todo o ambiente de convívio familiar no qual está inserido.

Conclui-se que a formação médica deve ser pautada no maior investimento na formação, desde a faculdade, de profissionais qualificados para atuarem na atenção primária, com o intuito de diagnosticar precocemente crianças com necessidades especiais em saúde e diminuir as condições de vulnerabilidade clínica e social através da facilitação do acesso aos serviços de saúde e da implementação de ações de cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dezembro 2014. ISSN <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

ASTOLPHOI, M. P.; OKIDOI, A. C. C.; LIMA, R. A. G. Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 213-9, Abril 2014. ISSN <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140028>.

DIAS, B. C.; ARRUDA, G. O. D.; MARCON, S. S. Vulnerabilidade familiar de crianças com necessidades especiais de cuidados múltiplos, complexos e contínuos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Maringá, PR - Brasil, v. 21, n. 1027, Maio 2017. ISSN DOI: 10.5935/1415-2762.20170037.

GUEDIS, A. G. et al. Hipertensão do avental branco e sua importância de diagnóstico. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 46-50, 2008.

HASSANO, A. Y. S. Desenvolvimento Neuropsicomotor no Primeiro Ano de Vida. **Revista de Pediatria SOPERJ - suplemento**, Rio de Janeiro, p. 9-14, 2011.

MATOS, S. B. D. et al. SÍNDROME DE DOWN: AVANÇOS E PERSPECTIVAS. **Rev.Saúde.Com**, Ilhéus - BA, v. 3, n. 2, p. 77-86, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down**. 1. ed., 1. reimp. ed. Brasília - DF: [s.n.], 2012.

MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, Novembro 2017. ISSN e00189516.

ROSSETTO, V. et al. Cuidado desenvolvido às crianças com necessidades especiais de saúde nos serviços de atenção domiciliar no Paraná - Brasil. **Escola Anna Nery**, Paraná, v. 23, n. 1, 2019. ISSN DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067.

SAÚDE, M. D. **Série Informação sobre a SINDROME DE DOWN Destinada a Profissionais de Unidades de Saúde**. Brasília: [s.n.], 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **MANUAL DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA**. São Paulo: [s.n.], 2015.

SOUSA, C. H. G. Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2011. In: _____ **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

INTELECTUAL - Desafios para inclusão nas empresas de grande porte do Pólo Industrial de Manaus/AM. Rio de Janeiro: [s.n.], 2011. Cap. 2, p. 25-62.

A PREVALÊNCIA DO AME ATÉ OS 6 MESES DE IDADE NA CRECHE SÃO JOSÉ, FRANCA-SP, NO ANO DE 2017

Anna Rita de Cascia Carvalho Barbosa
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF

Gabriele Kilpp Fagundes
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF

Patrícia Bombicino Damian
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

O leite materno, segundo a OMS, é o alimento padrão-ouro para o recém-nascido (RN), pois possui propriedades nutricionais e imunológicas que protegem o lactente de doenças respiratórias, diarreias e tantas outras patologias que acometem as crianças desta faixa etária. Ademais, é válido ressaltar que além do aspecto nutritivo, a amamentação envolve interação profunda entre mãe e filho com repercussões em sua fisiologia, desenvolvimento cognitivo, emocional, também, pondero-estatural (MAQRQUES; COTTA; PRIORE, 2011) (FERNANDEZ, 2013) (JÚNIOR; BURNS; LOPEZ, 2014).

O leite humano (LH) possui capacidade de suprir sozinho as necessidades nutricionais das crianças nos 6 primeiros meses, devendo ser neste período a amamentação do tipo Aleitamento Materno Exclusivo (AME), o que significa que o lactente recebe estritamente o leite materno, podendo ser direto da mama ou ordenhado, ou ainda, o leite humano de outra fonte, porém, sem a ingestão de qualquer outro líquido ou sólido, exceto as gotas ou xaropes de vitaminas, sais minerais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, quando necessários (JÚNIOR; BURNS; LOPEZ, 2014).

Ainda, sobre as implicações do LH, estima-se que ele poderia prevenir 50% das mortes por doenças respiratórias e 66% das causas por diarreia. Em um estudo publicado pela revista *The Lancet*, no ano de 2015, houve atribuição ao fato de que a amamentação possui capacidade de reduzir em 13% a mortalidade em crianças (< 5 anos) por causas que podem ser prevenidas, visto que, a maior taxa de mortalidade infantil se concentra nesta faixa etária, em especial nos neonatos (FERNANDEZ, 2013).

As políticas públicas brasileiras, sobre a amamentação, foram destacadas pela revista *The Lancet*, como um modelo a ser seguido, ao serem comparadas com outros 153 países. Nesta mesma publicação, e em outras, a evolução histórica do Brasil foi enfatizada, sendo que em 1986 apenas 2% das crianças de até 6 meses recebiam exclusivamente o leite materno e em 2008 essa taxa saltou para 41%. Assim, levando em consideração esta última pesquisa

realizada no Brasil sobre a prevalência da amamentação; II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal; percebe-se que as taxas deste indicador foram bastante heterogêneas, sendo que o Nordeste (37%) seguido da região Sudeste (39,4%) apresentaram as piores situações. Além disso, cabe refletirmos se a taxa de prevalência no conjunto das capitais brasileiras (41%) se adequa a realidade das cidades do interior, e ainda, se esse valor é adequado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) (VICTORA, 2016).

Portanto, o aleitamento materno designa-se como a melhor estratégia natural de vínculo, afeto, proteção, e nutrição para a criança, e, é a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para a redução da mortalidade infantil (BOCCOLINI, 2012).

Na população de Franca- SP temos poucos dados quanto à adesão e prevalência do AME, e, dado a sua importância no desenvolvimento e na saúde da criança, visamos inferir fatores que possam contribuir ou desmotivar a prática por meio da análise das crianças da Creche São José.

2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Este estudo em como objetivo geral avaliar o grau prevalência do AME até os 6 meses de idade na creche São José situada no bairro Jd. Boa Esperança na cidade de Franca-SP.

Os demais objetivos estão dispostos abaixo.

- Enfatizar a importância da amamentação quanto a duração do AME;
- Elencar os fatores influenciadores da amamentação, para que assim, possamos adotar medidas de saúde pública;
- Comparar a prevalência do AME na creche São José com a totalidade do território brasileiro.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo realizado por estudantes de medicina do terceiro semestre do Centro Universitário Municipal de Franca Uni-FACEF durante a disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), em duas visitas à creche São José com intuito de coletar os dados dos questionários.

Foram analisados 20 questionários aplicados às mães no momento da matrícula de seus filhos de até 6 meses de idade. Os dados analisados foram: tempo de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), momento em que iniciou com o leite de vaca ou similares, nível de escolaridade materna, idade materna e profissão atual da mãe.

Portanto, trata-se de um estudo transversal, descritivo de caráter qualitativo que visa analisar a prevalência de crianças que tiveram o AME até os 6

meses. Dos 80 alunos da creche, apenas 20 tinham esses dados no prontuário, portanto o n total utilizado será o de 20. O cálculo de prevalência é feito com a divisão das crianças que tiveram o AME pelo total de crianças.

4. RESULTADOS

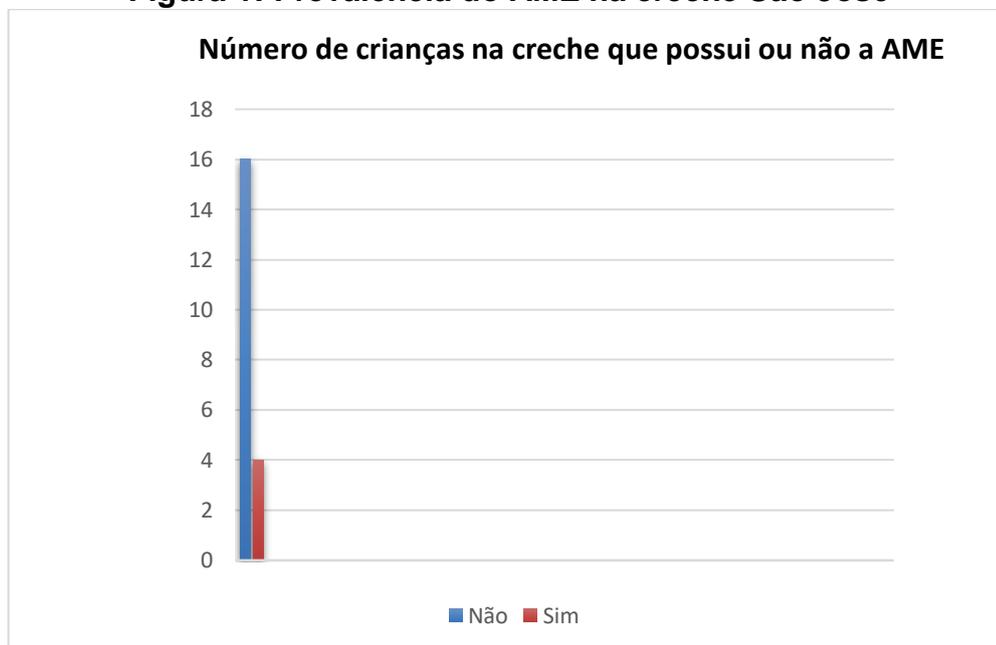
As crianças que participaram deste estudo transversal tinham idade entre quatro meses e dois anos e oito meses. Todos os dados foram coletados em duas visitas à creche pelos alunos do grupo de IESC (Interação em Saúde na Comunidade) da UBS-Paulista.

Dos 20 questionários analisados, os quais foram respondidos em casa pelos pais, apenas 15 estavam adequados para evidenciar uma amostra efetiva. Contudo, serão analisados todos os dados colhidos.

Assim, levando em consideração o total de prontuários utilizados, foi feita uma análise dos mesmos pela busca da prevalência do AME até os 6 meses na creche São José para a partir disso, elencar-se os fatores atuantes neste resultado.

Após análise dos dados e efetuação do cálculo de prevalência do AME na creche São José, obteve-se um resultado de 0,2, constatando que apenas 20% do total de crianças tiveram o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Como demonstrado no gráfico a seguir.

Figura 1: Prevalência do AME na creche São José



É conveniente ressaltar que dos quatro alunos que se encaixaram nesta ínfima porcentagem, um deles há informações controversas, em que se declarou a AME até os nove meses, mas relatou adição do leite artificial desde os dois dias de idade.

O maior número de crianças que introduziram leite artificial ou de vaca se encontra na faixa de idade do primeiro ao segundo mês de vida, sendo que apenas 16 mães responderam este item, conforme tabela abaixo.

Tabela 1: Faixa de idade de introdução do leite artificial/vaca

1º ao 2º mês de vida	9
3º ao 4º mês de vida	4
5º ao 6º mês	1
Acima do 6º mês	2
TOTAL	16

Segundo dados colhidos, 16 das 20 progenitoras possuem trabalho remunerado, variando estes entre vendedora, industriais, autônomas, operadoras de caixa etc.

Nota-se ainda que 50% das mães possuem Ensino Médio completo, como explicitado no gráfico. Suas idades são variáveis tendo a mais velha dentre elas 39 anos e a uma média de 28,78 anos, ainda, ressalta-se que o n para a idade foi de apenas 19, uma vez que um dos prontuários faltava essa informação, conforme tabela 2.

Figura 2: Graus de escolaridade materna

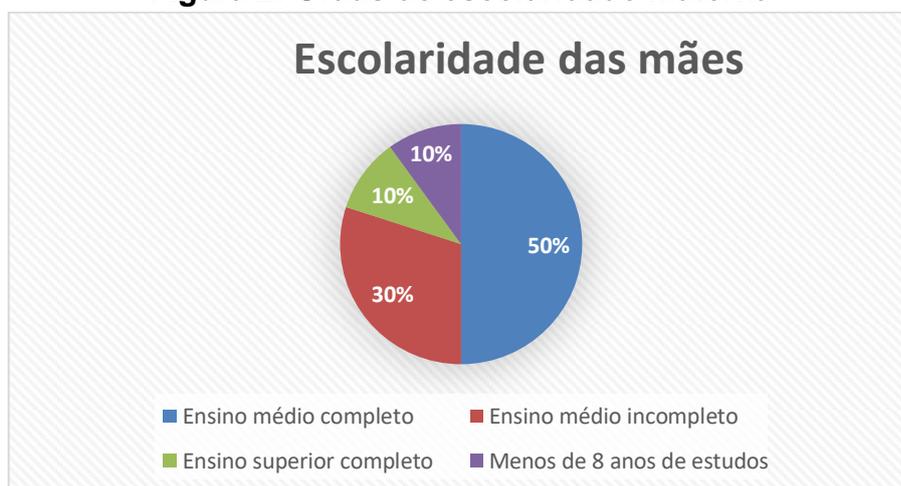


Tabela 2: Faixa etária das mães.

Menor de 18 anos	1
20-24 anos	5
25-29 anos	2
30-34 anos	8
Maior ou igual a 35 anos	3
TOTAL	19

Outros dados importantes são que 100% das mães fizeram o pré-natal e somente uma delas relatou o uso de álcool e drogas durante a gestação.

Sobre o planejamento da gestação, apenas 9 das mães não tiveram uma gestação planejada, conforme figura. Sendo que 88,88% destas não amamentaram seus filhos por seis meses comparado à 72,72% daquelas que tiveram sua gestação planejada.

Figura 3: Número de mães que planejaram ou não a gestação

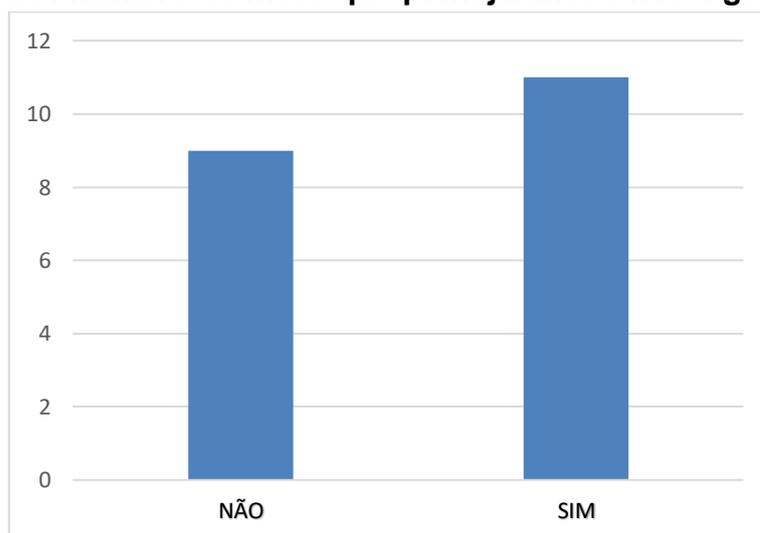


Figura 6. Número de mães que planejaram ou não a gestação.

4. DISCUSSÃO

Em busca da compreensão dos valores obtidos, foram listados alguns fatores que possivelmente são atuantes da introdução precoce de leites artificiais na dieta das crianças.

PLANEJAMENTO FAMILIAR E PRÉ-NATAL

O planejamento familiar é uma assistência do Sistema Único de Saúde à toda população brasileira que visa tanto a prevenção da concepção quanto o tratamento de infertilidade promovendo atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas. Assim, instrui a mulher e o parceiro como prevenir uma gravidez indesejada proporcionando métodos de anticoncepção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Estas mulheres que participaram do estudo, provavelmente, não tiveram essa assistência de maneira adequada e isso influenciou na baixa prevalência do AME apresentada na creche conforme demonstrado nos resultados em que houve um pequeno predomínio do AME entre as mães que planejaram sua gestação e aquelas que não, mostrando a importância do planejamento familiar.

O município de Franca-SP fornece às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de seu território o Programa Colo de Mãe que agrega muitos serviços voltados para a atenção e qualidade do atendimento à mulher, dentre estes está o pré-natal, o qual tem como objetivos básicos orientar os hábitos de vida da gestante, prepará-la para a maternidade – instruindo-a sobre o parto e dando noções de

puericultura- e prevenir, diagnosticar e tratar doenças próprias da gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Sendo assim, um momento oportuno para sensibilizar e incentivar as gestantes para o desejo de amamentar. Porém, esta atuação não vem sendo efetiva, considerando a baixa prevalência do AME na creche mesmo com o fato de que todas as mães utilizaram esta assistência pré-natal. Deste modo, é oportuno a atuação dos estudantes de medicina juntamente com os demais funcionários da saúde que atuam nas UBS's desempenharem atividades para a Promoção da Saúde através do incentivo ao AME com palestras educativas.

ESCOLARIDADE DAS MÃES

A baixa escolaridade materna tem se provado um grande fator influente na interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo por estudos recentes. Tal verdade pode ser reforçada pelo fato de que estas mulheres têm menor acesso a grupos de rede de suporte familiar e social, o que implica na falta de informações (DAMIÃO, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda essa temática através de uma teoria em que existem fases diferentes na dinâmica do aleitamento materno exclusivo e que as mulheres do grupo urbano pobre e de baixa escolaridade seria um dos últimos a alcançar a fase do retorno ao aleitamento materno, fase final, caracterizando assim, o aleitamento materno como uma tendência moderna (KUMMER, 2000).

DESCONHECIMENTO DA PROTEÇÃO LEGAL

O direito à amamentação é concedido a todas as mulheres, sem excepcionalidades, e, às crianças por ser uma alimentação saudável, devendo ser proporcionada a estas em condições de higiene e segurança adequadas, como dimensão de atenção e cuidado. Assim, para tal cumprimento da lei, a empregada gestante é legitimada à licença-maternidade de 120 dias, não podendo neste período e nem ao que o sucede ter o prejuízo do emprego e do salário (BRASIL, 2000) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Contudo, ocorre em demasia o retorno precoce ao trabalho pelas mães por medo de perder seus empregos, o que é a realidade de muitas mulheres.

Ademais, ainda há o fato de que mesmos aquelas que possuem carteira registrada não tem um ambiente propício e nem mesmo a permissão de um horário de dispensa para a amamentação de seu filho.

Sobre os valores obtidos, torna-se válido ressaltar que os dados contidos nos documentos examinados podem ou não corresponder à realidade dessas crianças e das suas famílias, e ainda, que pode haver informações errôneas, pois as mães levaram o prontuário para casa assim que matricularam seus filhos na creche no início do ano de 2017 e nem todas as perguntas estavam totalmente claras, proporcionando assim, entendimentos distorcidos do genuíno intuito delas.

Como explicitado nos resultados, o AME até os seis meses correspondeu a apenas um quinto (1/5) dos dados analisados e o n (20) utilizado para este estudo não foi expressivo para ser condizente com uma classificação de baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo à creche São José de maneira integral. Sendo assim, torna inadequada a comparação dos valores encontrados com a prevalência do mesmo no território brasileiro como um todo.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que o AME até os 6 meses tem uma prevalência ínfima nos dados analisados da creche São José, e, que algumas características das mães – baixa escolaridade e não conhecimento de seus direitos – e, do meio ambiente em que vivem, caracterizam a não efetividade da promoção da amamentação durante o pré-natal nas UBS's de referências delas, sendo estes, os possíveis fatores causais do resultado encontrado. Ademais, sabendo-se dos benefícios amplos do aleitamento materno exclusivo com temporalidade mínima de 6 meses, é cabível caracterizá-lo como uma conditio sine qua non – sem a qual não pode ser- à qualidade de vida materna e do lactente.

REFERÊNCIAS

DAMIÃO, J. D. J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p.442-452, 2008.

FERNANDEZ, D. F. et al. **Manual de Aleitamento Materno**. 1. ed. Barueri: Manole Ltda, 2013.

JÚNIOR, D. C.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. **Tratado de Pediatria**. 3. ed. Barueri: Manoele Ltda.; 2014.

KUMMER, S. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, 2000.

MARQUES, E.S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e Crenças Sobre o Aleitamento Materno. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Viçosa, v. 16, n.5 . p. 2461-2468, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência em planejamento familiar**. 4. ed. Brasília, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido**. 1. ed. Brasília, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Brasília; 2009.

VICTORA, C. G. et al. **Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, 2016.

A VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DO PRÉ-NATAL: Um relato de experiência

Joyce Mendes Lucindo

Vinícius Batista Silva

Sara Barros Patrocínio

Júlia dos Reis Moraes

1. INTRODUÇÃO

“A visita domiciliar (VD) constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família in loco, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional, assim como atuar na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos.”(Malagutti, 2012)

A prática da visita domiciliar no curso de Medicina da Uni-FACEF ocorre na disciplina de Interação de Saúde da Comunidade (IESC), a qual permite que os alunos se desloquem na comunidade e estabeleçam o vínculo com a mesma através da visita domiciliar. Tal atividade possibilita a análise do indivíduo e o ambiente ao seu redor, ou seja, permite uma avaliação global e integrada, o que facilita o levantamento de fatores de riscos/possíveis problemas e planos para os mesmos. No contexto da formação médica, a visita domiciliar (VD) pode ser uma importante ferramenta, uma vez que permite trabalhar a integralidade do cuidado na perspectiva da autonomia do sujeito, além de permitir o exercício da comunicação, da observação, do diálogo e do relato oral e escrito. No ciclo gravídico-puerperal, a visita domiciliar pode exercer importante papel na promoção de saúde da gestante e da criança.

A visita ocorre por meio da parceria com as Unidades Básicas de Saúde de Franca, onde os diversos grupos estão inseridos. Sendo, em nosso caso, a área de abrangência do Paineiras. A experiência a seguir trata-se de acompanhamento de uma gestante realizada por meio de visitas domiciliares, e consequente análise do ambiente domiciliar, da dinâmica familiar e das particularidades da gestação com relação a aspectos psicológicos, biológicos e sociais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), entende-se por avaliação pré-natal a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. O acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a

continuidade da assistência, quando necessário. A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade e não deve ser encarada como simples assistência médica e sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional. O contexto em que se deu a gestação influencia diretamente na relação em que a mulher e sua família estabelecerá com a criança desde o nascimento à amamentação, higiene e o vínculo mãe-bebê. Além disso, ao se considerar as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitáveis, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério. Para que se promova um pré-natal de qualidade as atividades desenvolvidas devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são extremamente importantes para a avaliação da gestação e seus riscos. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais, pois a gestante ao contar suas histórias, esperam partilhar experiências e obter ajuda e as atividades educativas e preventivas contribuem em muitas das dúvidas que elas apresentam, e como consequência diminuir angustias e ansiedades. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado conversar e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Dessa forma, é de extrema importância vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança.

2. OBJETIVO

Iniciar a linha de atenção a gestante, com os cuidados necessários a cada fase da gestação e utilizar como base o princípio de equidade do SUS, ao estabelecer atenção direcionada a particularidade de cada mulher. Além disso iniciar o planejamento para atenção à saúde da gestante, com o intuito de esclarecer dúvidas, desconstruir conceitos errôneos para assim concluir o pré natal de maneira adequada, principalmente saudável para a gestante e o feto. Para que assim, os dois, tenha uma gestação, parto e puerpério saudável.

3. METODOLOGIA

Inseridos na unidade curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC), estudantes do quarto semestre do curso de medicina fizeram levantamento do número de gestantes do bairro Paineiras no município de Franca-SP. Após reunião com a equipe da unidade de saúde local, foram selecionadas algumas

gestantes para serem acompanhadas pelos estudantes em visitas domiciliares. Para a realização das visitas foram seguidas algumas etapas: planejamento da visita, estabelecimento dos objetivos, busca de informações em prontuário eletrônico, identificação das necessidades em saúde observadas, definição de metas e estabelecimento de prioridades.

Os instrumentos utilizados para definição de objetivos e metas para se alcançar foi o ECOMAPA E GENOGRAMA. Sendo as duas formas de visualizarmos os vínculos pessoais da gestante e locais de lazer, para assim, termos um panorama dos familiares mais próximos que podem auxiliarem com assistência em suas atividades domésticas e adaptação emocional quanto a gestação.

Além desses instrumentos, foi-se utilizado uma linguagem acessível e um acompanhamento longitudinal com a gestante, para melhor atenção integral nas fases de pré-natal, parto e puerpério. A partir disso planejar e construir, juntamente, com a gestante uma dieta alimentar adequada em relação ao valor nutricional e levando em consideração para a construção dessa a capacidade econômica da família e o gosto da grávida. Além disso, passar informações de dúvidas que surgiram durante a visita, para que com isso pudéssemos ajudá-la a entender algumas questões do puerpério e diminuir sua ansiedade em relação ao processo de gravidez tardia.

Figura 1: Genograma da família da gestante, um panorama das inter-relações familiares

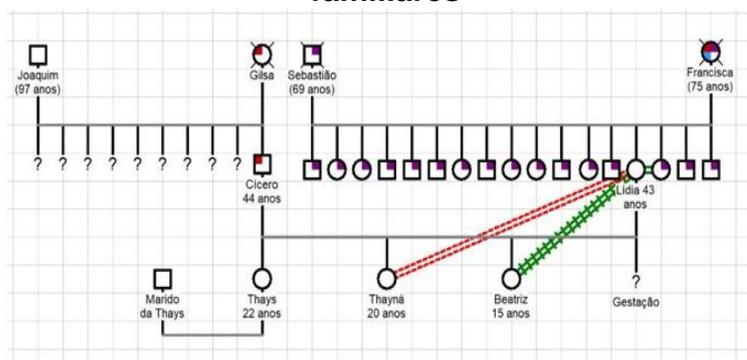
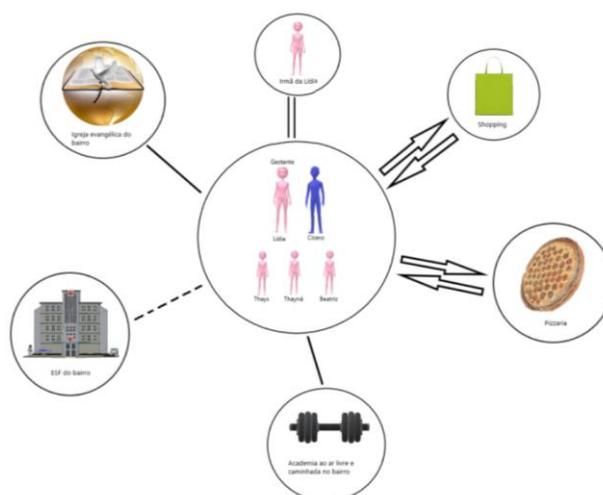


Figura 2: Ecomapa, um panorama das relações sociais da gestante



3. RESULTADOS

A gestante em questão foi eleita por tratar-se de gestação tardia e com baixo grau de aceitação da gestação por parte dela e de sua família. A primeira visita domiciliar teve como objetivo a criação de vínculo com a gestante e conhecer um pouco sobre suas condições de vida, habitação e relações familiares. Nas visitas subsequentes foram realizadas anamnese da gestante e exame físico. Foram identificadas necessidade de orientação sobre aleitamento materno, hábitos saudáveis, ganho de peso adequado na gestação e planejamento familiar. Notou-se a importância de oferecer à gestante um momento para falar livremente de suas angústias sobre a gestação e orientá-la com relação a seus medos e receios, o que é fundamental, uma vez que o contexto em que se deu a gestação influencia diretamente na relação em que a mulher e sua família estabelecerá com a criança desde o nascimento à amamentação, higiene e o vínculo mãe-bebê. Dessa maneira poderíamos completar os 10 passos para um pré-natal de qualidade estabelecido pelo Ministério da saúde. Ao levar cuidado integral e fornecer as informações necessárias para que a mulher possa se sentir confiante e tranquila para melhor atenção a sua saúde e a saúde e o desenvolvimento da criança. Mesmo tendo apenas 2 visitas foi possível nos envolver bastante com esse caso e a obtenção dos dados foi feita de maneira efetiva e as ações em saúde que puderam ser já feitas foram realizadas com êxito, sendo nosso objetivo continuar com as outras ações e monitoramento delas.

Figura 3: Os 10 passos para um pré-natal de qualidade na atenção básica de acordo com o Ministério da Saúde

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)
- 2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO:** É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

4. DISCUSSÃO

Nosso grupo, desde o início foi bem comprometido com a situação vivenciada pela gestante que estava sendo acompanhada por nós, principalmente por envolver uma Mulher em gestante tardia e começamos o trabalho de acordo com ReSOAP, que é um Registro de Saúde Orientado por Problemas ou Prontuário baseado em Problemas, tem como objetivo permitir um rápido acesso aos dados da pessoa e uma anotação continuada de todos os problemas, dessa forma, iniciamos listando os principais problemas e necessidades em relação ao contexto de vida vivenciada por ela, obtendo os dados gerais, subjetivos e objetivos, finalizando com o plano de ação com prioridades e potencialidades de cada tópico considerado.

A partir disso, realizamos o Genograma, "Diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornece informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações; fornece as bases para a discussão e análise das interações familiares." (Hayes e cols., 2005) e Ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, incluindo a rede de suporte sócio sanitário." (Araújo e cols., 2005) e "Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo eminentemente, um retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico" (Hayes e cols., 2005), para compreender melhor a gestante no seu contexto de vida e seu histórico familiar para que pudéssemos fazer intervenções mais eficazes a partir da definição de ações preventivas capazes de promover a saúde.

O conhecimento adquirido diante do trabalho de Visita Domiciliar foi enriquecedor no âmbito de utilizar e nos aproximar do Método Clínico Centrado na pessoa(MCCP).Esse método sugere que o paciente seja protagonista de sua própria saúde e o posiciona como foco na consulta médica e participante ativo no

estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões para o cuidado, foi recomendado por Stewart et al. na publicação de "Patient centered medicine: transforming the clinical method", que teve sua última atualização em 2015. Tal método dá ênfase à importância de abordar na consulta três aspectos: a perspectiva do médico, relacionada aos sintomas e à doença; a perspectiva do paciente, que inclui suas preocupações, medos e experiência de adoecer; e a integração entre as duas perspectivas. 7 Ele descreve quatro componentes interativos do processo de atendimento, a saber: a) explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; b) entendendo a pessoa como um todo (indivíduo, família, contexto); c) encontrando um terreno comum; d) intensificando o relacionamento entre pessoa e médico.

Dessa maneira, esse trabalho nos deu a oportunidade de acompanhar em duas VD, toda a esfera biopsicossocial de uma gestante de 43 anos, G4P3A0, com gravidez não planejada, nos permitindo participar desse momento da vida dela, na qual além de alterações físicas e psicológicas fisiológicas da gestação, nos permitiu interagir com essa transição da vida de uma mulher da sua fase reprodutiva com a não reprodutiva e o envelhecimento natural. Dessa forma, foi importante para nós estudantes podermos realizar ações de educação em saúde que provavelmente ajudará a melhorar a qualidade de vida da gestante do bebê e de toda família.

6. CONCLUSÃO

Em síntese nos deparamos com uma situação que podemos perceber a importância da visita domiciliar, para conhecer o contexto familiar, algo que não perceberíamos dentro de um consultório. A importância de conhecer integralmente o paciente, fortalecer a relação médico-paciente para podermos realizar tratamentos que possam ser aderidos e que façam realmente diferença na relação saúde-doença para a pessoa.

Portanto a visita domiciliar permitiu a nós estudantes uma construção de relação médico-paciente sólida e satisfatória, permitindo desenvolver habilidades de comunicação, observação, construção de vínculo com o outro, aproximação com a realidade e o cotidiano das famílias, compreensão sobre suas condições de saúde, além de contribuir para ampliar nossa visão sobre o paciente, tirando o foco da doença ou no caso aqui colocado, das problematizações biológicas de uma gravidez tardia e focar na paciente de maneira integral, em todo contexto do ser humano, como mãe e mulher. Dessa forma essa experiência foi significativa como atuais estudantes de medicina e posterior médicos generalistas para o desfoque da doença e o enfoque na pessoa. Além disso, propiciou contextualização das temáticas em saúde da mulher na perspectiva da prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Mírian Santana *et al.* **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde.** Belo Horizonte, MG

—
Brasil, 2019. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152>.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima; TONETE, Vera Lúcia Pamplona.
EXPERIÊNCIA DA GRAVIDEZ APÓS OS 35 ANOS DE MULHERES COM BAIXARENDA.[S.l.],2009.Disponívelem:<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a21>.

NETO, Michele Caputo *et al.* **CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL RISCO HABITUAL.** 2012. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf6.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

ABUD, Simone Mourão. **Instrumento de Abordagem Familiar.** [S. l.], 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4365565/mod_resource/content/1/Texto%202%20genograma%20e%20ecomapa.pdf. Acesso em: 27 maio 2019.

ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE UM PACIENTE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO JARDIM AEROPORTO – FRANCA – SP

Thiago Felipe dos Santos Lima Gonçalves
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
thiago_felima@hotmail.com

Ana Carolina Oliveira Brunacci
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
brunaccianac@gmail.com

Ricardo Borzani Dessimoni
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
r.dessimoni@outlook.com

Luciano Roberto Bessa Filho
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
lucianofilhob@hotmail.com

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Docente – Uni-FACEF
talitafernanda@facef.br

1. INTRODUÇÃO

As unidades de pronto atendimento são estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede Atenção de Urgência. Funcionam 24h por dia, todos os dias e tem como expectativa de resolubilidade aproximadamente 95% dos casos de baixa e média complexidade, sem que haja encaminhamentos. Devem conter equipe assistencial multidisciplinar com quantitativo profissional compatível com a demanda do município/ região ou bairro. Segundo a portaria 2048, 05 de Novembro de 2002, a qual se dispõe referente ao Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório. (BRASIL, 2002)

Na Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe também a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória

de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002). O Acolhimento com Classificação de Risco – ACCR - se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Vai estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS. Será um instrumento de humanização. (SERVIN, PINHEIRO e MACIEL)

A classificação é feita através da coleta de diversos dados dos pacientes que passam pela triagem, como tais: Queixa principal; Início – evolução – tempo de doença; Estado físico do paciente; Escala de dor e de Glasgow; Classificação de gravidade; Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios; Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O₂.

E utilizando dos seguintes critérios de classificação:

- 1 Apresentação usual da doença;
- 2 Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- 3 Situação – queixa principal;
- 4 Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O₂ – escala de dor - escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- 5 Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

A classificação de PRIORIDADE I (AMARELA) é referente ao paciente que necessita ser encaminhada a consulta médica imediata; urgência, avaliação em, no máximo, 30 minutos. O que apresenta elevado risco de morte, por exemplo: trauma moderado ou leve, TCE sem perda da consciência, queimaduras menores, dispneia leve a moderada, dor abdominal, convulsão, cefaleias, idosos e grávidas sintomáticas, etc.

O protocolo seguido no atendimento em Unidades de Pronto Atendimento segue um fluxograma que visa à classificação de risco adequada de cada paciente, bem como o atendimento adequado e precoce. Após a procura do atendimento ou chegada através de ambulância ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência o paciente, através de uma pré-avaliação de profissionais da saúde, é enquadrado em um quadro de emergência ou urgência. Em caso de emergência, a classificação risco recebida passa a ser a vermelha (prioridade zero – atendimento imediato), caso o quadro seja de urgência, tal paciente passará por uma avaliação rápida dos técnicos de enfermagem que avaliarão os sinais vitais, primeira escuta e coleta breve da queixa. Na sequência a equipe de enfermagem faz a classificação de risco mais adequada para o quadro, podendo ser urgência maior (Prioridade I – amarela), urgência menor (Prioridade II – verde) ou atendimento não urgente (Prioridade III – azul). (SERVIN, PINHEIRO e MACIEL)

Desta forma, a função de auxiliar a atenção básica, sendo um serviço de complexidade intermediária, realizando a ponte entre a atenção primária e o serviço hospitalar, é bem estabelecida quando se organiza um protocolo a seguir, com priorizações e atendimentos necessários para cada quadro.

2 OBJETIVOS

Analisar pela visão de aluno do quarto ano do curso de Medicina, o atendimento, diagnóstico e conduta do paciente no leito, após medicações, exames e orientações. Verificar ferramentas, também pela visão de um aluno do quarto ano de medicina, a fim de agregar conhecimentos, utilizadas no processo acolhimento-diagnóstico-conduta de um serviço de Urgência.

3 METODOLOGIA

O Relato de caso foi realizado no 7º período do curso de Medicina da Unifaccef, englobado pela disciplina do IESC (Interação Ensino da Saúde e Comunidade), o qual tinha como objetivo a análise do atendimento de uma paciente que procurou o serviço de urgência. As ferramentas utilizadas para análise, levantamento dados, acompanhamento do quadro atual e outros possíveis episódios semelhantes foram à sondagem do itinerário terapêutico que a paciente percorreu até chegar ao presente atendimento de urgência e emergência, desta forma listando e aventando quadros prévios da queixa atual, além de uma anamnese detalhada, contendo história da moléstia atual, histórias prévias semelhantes, comorbidades de base como Diabetes, Hipertensão, Dislipidemia, história familiar de quadros iguais ao da paciente e investigação sintomatológica dos diversos aparelhos. Por fim, foi utilizado de um exame físico mais cauteloso, em busca de alterações condizentes com a queixa apresentada pelo paciente no serviço de urgência.

4. DISCUSSÃO E APRESENTAÇÃO DO CASO

Durante atividade de estágio da disciplina IESC foi feito contato com paciente que chegou a Unidade de Pronto Atendimento queixando-se de dor no peito e no braço, ambos em lado direito. Que após ser acolhido pela equipe de enfermagem foi classificado como amarelo.

Destarte, pelo quadro inicial da paciente de dor torácica, mesmo sendo do lado direito, podendo ser semelhante à apresentação inicial de um IAM seguido de uma coleta dos sinais vitais com discreta elevação da PA pressão artéria em 130 x 90 mmHg, a paciente foi adequadamente classificada.

O itinerário terapêutico da paciente consta uma única ida prévia ao equipamento a qual foi atendida neste relato de caso – UPA do Aeroporto, tendo sido atendida devido a queixas semelhantes, dor em tórax e hipocôndrio direito e liberada subsequentemente. Neste atendimento, no início do ano de 2019, foi realizado analgesia devido à dor e observação, após, alta médica. Em sequência, a paciente relatou ter dores semelhantes, as quais se resolveram espontaneamente e o serviço de saúde não foi procurado. Contudo no dia 26/02/2019 por volta das 4h da manhã a paciente teve o retorno dos sintomas, mais intensos desta vez, procurando o serviço médico na Unidade de Pronto Atendimento, indo com familiares até o local. Chegando a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) foram realizadas a triagem e classificação de risco.

A investigação realizada pelos profissionais de saúde da UPA e demais dados levantados neste relato consistiram na busca, através da história clínica e exame físico. Sendo relatado da seguinte forma: Paciente queixava de dor em tórax direito, de forte intensidade, acompanhada por dor em membro superior direito. Quadro se iniciou após ingestão de carne de porco. Refere ainda que já havia tido episódio como este, porém de rápida resolução, não necessitando de auxílio médico. A necessidade de saber sobre o caráter da dor e possível irradiação também tem um grande valor na HPMA (História Progressiva da Moléstia Atual), sendo informado pela paciente que esta dor se parecia como uma cólica em região de transição entre hipocôndrio direito e hemitórax direito, ao nível hepático, numerada em 7-8 em uma escala de 0-10 de dor e a irradiação ocorria para o MMSS direito, passando pelo ombro e chegando ao cotovelo. A busca por sintomas associados e/ou constitucionais são de grande importância para seguimento do caso, pois na maioria ou grande parte dos pacientes com IAM, estes apresentam sudorese, dispneia, náuseas ou até mesmo fraqueza. Bem como também é comum em pacientes com quadro de Colecistite ou cólica biliar por litíase biliar, apresentarem vômitos e náuseas. A paciente relatou também não ter histórico familiar de doenças coronarianas ou vasculares, porém relata colelitíase em irmã e filha, ambas sem tratamento. Informou que tal quadro algíco já havia acontecido mais de uma vez, contudo com intensidade de leve a moderada e com resolução espontânea, sem necessidade de medicações ou acompanhamento médico. No exame físico a paciente encontrava-se afebril, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, sinal de Murphy negativo. Anotação também encontrada no prontuário preenchido pelo responsável pelo atendimento. Porém algumas informações cruciais no exame físico não foram encontradas ou detalhadas, como por exemplo, a ausculta cardíaca, pulmonar e abdominal, bem como a inspeção e palpação. Chama-se atenção ao fato, pois a partir da análise da conduta os exames e medicações empregadas às hipóteses pensadas pelo médico responsável pelo plantão eram IAM, mesmo a dor sendo à direita. O que nos faz refletir que a paciente poderia ter uma Dextrocardia – que é uma anomalia congênita em que o coração é posicionado no hemitórax direito com seu eixo base-ápice orientado para a direita e inferiormente, ou até mesmo Situs Inversus totalis – condição onde ocorre

disposição inversa das vísceras. Sendo assim, após averiguação foi constatado que a paciente apresentava um ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas em dois tempos sem presença de extrassístoles – tal investigação poderia evidenciar uma possível 3ª bulha patológica, taquicardia, arritmias, todos os elementos presentes em um IAM. Assim como a ausculta pulmonar estava sem alterações com presença de murmúrios vesiculares presentes e simétricos em toda área pulmonares e mais evidentes em bases, não evidenciando ruídos adventícios – tais investigações necessárias também para avaliar possível curso de um IAM. Na inspeção do abdome era globoso, flácido, sem presença de abaulamentos, cicatrizes ou circulação colateral. Cicatriz umbilical sem lesões ou abaulamentos. A palpação, não havia massas, retrações, visceromegalias ou resistência por contraturas voluntárias ou involuntárias, sem sinais de inflamação peritoneal – descompressão brusca negativa e sinal de Murphy negativo, podendo ter sido mascarado pelas medicações dadas previamente. Na ausculta havia ruídos hidroaéreos bem distribuídos e normofonéticos. – resultados não compatíveis com uma possível Cólica Biliar ou Colecistite, pois tal inflamação na vesícula pode por contiguidade irritar o peritônio ou vísceras ocas, levando a uma parada dos movimentos peristálticos, assim como um período prolongado em jejum.

Contudo deve-se exaltar que ao ser feito estes exames mais detalhados, a paciente se encontrava medicada, sem dor e outras queixas torácicas ou abdominais, podendo o quadro e a sintomatologia ter sido mascaradas pelas medicações.

As condutas tomadas pelos profissionais de saúde foram:

Exames laboratoriais: Amilase sérica, Bilirrubina total e frações, CPK, CPK – fração, Fosfatase alcalina, Gama-GT, TGO/TGP, Hemograma completo, Troponina e Urinálise.

Exame de imagem: Eletrocardiograma.

Neste quesito poderia ser acrescido uma radiografia de tórax em PA para auxiliar na exclusão ou no achado de uma possível Dextrocardia ou Situs Inversus totalis o que justificaria a sintomatologia da dor torácica semelhante a um IAM do lado direito.

Terapia medicamentosa: Ranitidina Cloridrato – 25 mg/ml – EV; Cloreto de Sódio a 0,9% - EV; Escopolamina Butilbrometo + Dipirona sódica 5 ml – EV; Esomeprazol – 40 mg – VO; Cloridrato Metoclopramida - 2,5 ml – VO.

Os procedimentos realizados com a paciente foram punção venosa periférica para infusão de medicação e hidratação, coleta de sangue para exames laboratoriais e o eletrocardiograma seriado.

Não foram documentadas quaisquer referências ou contrarreferências nesta situação emergencial da paciente, contudo, uma referência ou até mesmo um

encaminhamento/pedido para realização de uma USG de Abdome total – Fígado, Vesícula Biliar e Vias Biliares – seriam oportunas para o seguimento da paciente em uma instituição de serviço e complexidade adequada. Tendo necessariamente que seguir o fluxo de pedido para a UBS a qual a paciente faz seguimento, para que agendassem com o ambulatório escola da Uni-FACEF, por exemplo, um atendimento com cirurgião geral ou clínico geral, para avaliação do quadro álgico. Ainda podendo ter sido feito pelo médico plantonista da UPA uma solicitação mediante guia médica para US abdome total, para ser realizada anteriormente a consulta no ambulatório e esta já poder contar com tal exame de imagem. (SAÚDE, 2017) (MAYA, 2009) (DE ALMEIDA e FERNANDES, 2011) (PIEGAS, 2015)

6. CONCLUSÃO

Em relação à classificação dada a paciente, como já foi salientado, foi a mais adequada e preconizada seguindo os protocolos e necessidade da paciente.

A oportunidade de rever o caso e poder realizar questionamentos e exame físico adequado e criterioso. Por serem um serviço que preconiza o rápido atendimento e resolução imediata da urgência ou emergência, talvez por grande volume de paciente, recursos humanos escassos, perguntas como antecedentes pessoais e familiares das doenças investigadas, afecções sistêmicas como DM, HAS, sintomas associados ao quadro atual, fatores de melhora e de piora para o quadro álgico e a automedicação não foram investigadas, podendo estas ajudar na conduta do caso. Assim como descrito acima na HPMA, o exame físico foi relatado de forma parcial, por parte dos profissionais da UPA, pois no prontuário estava apenas anotados uma breve ectoscopia e o sinal de Murphy negativo o qual foi pesquisado. Desta forma, questiona-se quanto às investigações realizadas referentes a quaisquer outras alterações nos diversos sistemas, cardiovascular (ausculta principalmente – devido à queixa de dor torácica e hipótese diagnóstica), respiratório, abdominal e neurológico.

Referente à hipótese diagnóstica referida no prontuário (Dor torácica inespecífica) o acompanhamento seriado através de dosagem de Troponina e ECG foram corretos quando se investiga uma possível Síndrome Coronariana Aguda (SCA), porém juntamente com tais exames foram pedidos exames para investigar alterações hepáticas e das vias biliares, o que demonstrou que o tratamento inicial para a dor não foi específico e sim generalizado, pois tomou como base os possíveis diagnósticos diferenciais da ida ao Pronto Atendimento. Ao avaliar o Plano Terapêutico, a conduta inicial de pedidos de exames e acompanhamento seriado destes foi apropriada ao se pensar em SCA. O TP, TTPA, eletrólitos e radiografia de tórax (PA e perfil) não foram solicitados como orientado pelo protocolo de diagnóstico de SCA. Podia-se lançar mão também do Escore de Grace (Anexo) o qual avalia o risco para SCA, que para tal paciente seria risco baixo, visto que a

pontuação estimada foi de 96 pontos. Através deste dado e o acompanhamento seriado realizado, ainda pensando em outros diagnósticos como Cólica Biliar, o pedido o encaminhamento para uma USG de Abdome (eletiva) seria ideal, para finalizar a investigação da queixa da paciente.

O tratamento imediato à dor foi eficaz, o uso de medicações para controle de uma possível Cólica Biliar foi empregado, bem como DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico).

Desta maneira, e agora com embasamento científico, certifico de que a atuação quanto à aplicação do plano terapêutico no quesito acompanhamento seriado, foi à forma mais correta para de excluir/diagnosticar uma possível SCA. (GALLIANO, 2017)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta análise e acompanhamento dos procedimentos e exames solicitados no PA, seguidos de estudos sobre as formas de investigação e tratamento das hipóteses diagnósticas, afirmo que tal atividade acrescentou muito em minha base teórica e de vivência no serviço de urgência e emergência.

Apesar de faltar algumas orientações e atitudes médicas frente ao caso não terem sido totalmente contempladas, a atuação foi coerente com as queixas e resolutiva quanto ao quadro algico. O protocolo foi seguido para investigação, contudo não pude acompanhar tal seguimento até o fim, por motivos institucionais.

Este contato com a incerteza e a investigação de diversas hipóteses, contribuiu muito para o meu engrandecimento pessoal e entendimento de como funciona as ações, finalidades e serviços deste equipamento – UPA.

REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002. **Área de Urgência e Emergência**, Brasília, DF, Nov. 2002.

DE ALMEIDA, G. L. G.; FERNANDES, L. C. M. Dextrocardia em Situs Inversus-O Errado Pode Estar Correto. **Rev Bras Cardiologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, p. 192-195, Maio/Jun 2011. ISSN 3.

GALLIANO, F. T. M. C. H. Síndrome Coronariana Aguda (SCA) sem Supradesnívelamento do Segmento ST (SSST). **Revista QualidadeHC**, Ribeirão Preto, SP, v. 1, p. 8, Julho 2017.

MAYA, M. C. E. A. Colecistite aguda: diagnóstico e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, p. 12, Jan/Jun 2009. ISSN 1.

PIEGAS, L. S. E. A. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 105, p. 1-121, 2015. ISSN 2.

SAÚDE, P. S. D. E. D. S. S. D. A. À. Linha Guia de Infarto Agudo do Miocárdio. **Infarto Agudo do Miocárdio**, Curitiba, PR, 2017.

SERVIN, S. C. N.; PINHEIRO, E.; MACIEL, D. O. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco. **Política Municipal de Humanização**, São Luis do Maranhão. 32.

ANEXO

Escore de GRACE para classificação de risco na SCA.

Variável		Pontos
Idade (anos)	<29	0
	30-39	0
	40-49	18
	50-59	36
	60-69	55
	70-79	73
	80-89	91
	> 90	100
História de IC		24
História de IAM		12
FC em repouso (bpm)	< 49	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	14
	110-149	23
	150-199	35
	>200	43
PAS (mmHg)	<79	24
	80-99	22
	100-119	18
	120-139	14
	140-159	10
	160-199	4
	> 200	0
Depressão segment ST		11
Creatinina (mg/dl)	0- 0,39	1
	0,4-0,79	3
	0,8-1,19	5
	1,2-1,59	7
	1,6-1,99	9
	2,0-3,99	15
	>4	20
Troponina elevada		15

BAIXO RISCO: <108 PONTOS
RISCO INTERMEDIÁRIO: 109-140 PONTOS
ALTO RISCO: > 140 PONTOS

AS DIFICULDADES FRENTE A CONSTRUÇÃO DE UM TRABALHO CIENTÍFICO NA GRADUAÇÃO

Letícia Volpe de Abreu
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
leticia_volpe@hotmail.com

Cecília Barbosa Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
ceciliaporoba@gmail.com

Carlos Alberto Bordini
Docente de neurologia – Uni-FACEF
cabord@com4.com.br

1. INTRODUÇÃO

No início da graduação a preparação para a construção de um artigo científico é pequena ou inexistente, não há estímulo pela grande maioria dos professores e nem mesmo a conscientização de sua importância. Portanto, não há um vínculo direto entre ensino e pesquisa desde o início. Além disso, uma minoria dos alunos reconhece e se preocupa, no início da graduação, com a necessidade de ter um currículo amplo de publicações, seja na área médica ou não.

Atualmente, as fontes de informações são inúmeras em virtude da presença dos meios eletrônicos de pesquisa. Contudo, nas faculdades não existe um direcionamento objetivo do aluno frente a tantas opções, de qual fonte de estudo usar, por onde começar sua pesquisa e qual tema escolher, frente as suas preferências individuais. (PINHO, 2017) Além disso, os professores engajados no meio científico e dispostos a orientar um recém graduando são poucos, em virtude do pouco tempo frente aos compromissos externos ou a não predileção pessoal de tal vertente. Ademais, nem sempre o graduando consegue encontrar um docente enquadrado dentro de sua preferência temática. Ou seja, para realizar um trabalho relativo a uma especialidade tal qual dermatologia é necessário um dermatologista ou um médico atuante nessa área, pois outro especialista geralmente não irá aceitar trabalhar em assuntos fora de sua área de costume. Diante de tantas obstáculos, a pesquisa acaba sendo deixada de lado por muitos, devido a falta de suporte e ou de estímulo frente, o que acarreta em alunos desorientados e estagnados no tempo.

Ademais, outro desafio está no âmbito dos investimentos a pesquisa científica. Os programas de iniciação científica dentro das universidades são minimamente divulgados, pois a remuneração com bolsas de estudos são escassas. Por exemplo, o programa institucional de bolsas de iniciação científica (Pibic) mesmo sendo criado em 1988 e normatizado em 1993, até os dias de hoje, em algumas universidades, é pouco difundido, com poucas vagas e com abrangência mínima (GOMES FALCÃO JUNIOR, SOARES SILVA, et al., 2012). Abrangência no sentido

de quantidade de vagas e oportunidades para todos os alunos da graduação. Dessa forma, a pesquisa se limita, pois se não há investimento financeiro, não há uma abrangência mais apurada no trabalho científico, caso precise de algum financiamento.

Sendo assim, este artigo apresenta como objetivo descrever as sucessivas dificuldades em escrever um projeto de pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO/ RESULTADO E DISCUSSÃO

Este artigo resultou da trajetória da construção de um trabalho científico (“Cefaleia persistente diária desde o início após o contato com o vírus do *Aedes aegypti*”) orientadas por um docente neurologista, realizado na cidade de Franca, no Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), por graduandas do curso de medicina, na época, do segundo ano de medicina. O período da pesquisa contemplou os anos de 2016 até 2019. Após quase três anos de pesquisa, verificamos que a construção de um trabalho científico na graduação é uma tarefa desafiadora. Os desafios começam em qual orientador escolher, qual tema propor, qual fonte de pesquisa a se utilizada, qual vertente seguir, quanto tempo se dedicar a esse projeto de pesquisa e como conciliar as responsabilidades da graduação com a pesquisa científica. Além do mais, para essa construção, o aluno precisa ter em mente que as dificuldades serão inúmeras. Por exemplo, a necessidade de coleta de dados de alguma patologia no município, configura ter acesso à informação daquele região e, para isso, haverá a necessidade do contato com responsáveis pelo sigilo das informações e sobre a possibilidade das mesmas serem disponibilizadas, por exemplo o secretário de saúde da região. Essa tarefa, por sua vez, é árdua e incansável, pois dependemos da disposição, tempo e boa vontade de terceiros. Ademais, conciliar as responsabilidades da graduação com a pesquisa é outro obstáculo, pois nenhum desses itens podem ser menosprezados ou considerados menos importantes do que o outro, devem ser realizados com esmero e igual dedicação.

Outro ponto, não menos importante, é inteirar a faculdade sobre sua pesquisa. Ou seja, como informar de maneira formal para a faculdade sobre sua pesquisa. Para isso, é necessário cadastrar seu projeto de pesquisa na Plataforma Brasil, para assim chegar no comitê de ética da sua faculdade e, por sua vez, ser aprovado ou não para continuar. Contudo, esse cadastro na Plataforma Brasil não é simples ou fácil de realizar, trata-se de um site obsoleto e de difícil manuseio, com linguajar difícil e requisições sem objetivos claros. Além disso, não há na faculdade um ensinamento para esse cadastro, como proceder diante dele, quais os documentos necessários e a quem recorrer para eventuais dúvidas. Juntamente a Plataforma Brasil, temos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), necessário se caso sua pesquisa precisar de algum contato direto com algum

paciente, deixando claro que a informação prestada foi por espontânea vontade por parte do paciente, sem nenhum tipo de vantagem em troca.

Além disso, a maioria das pesquisas geram custos, seja para fazer uma ligação, para se deslocar para buscar determinada informação ou para investir para adquirir os resultados. No entanto, como já descrito, as bolsas remuneradas são escassas. Por isso, a falta de verba acaba limitando na escolha do tema do projeto de pesquisa, pois a maioria dos alunos não conseguem financeiramente continuar.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apresenta-se como um pilar para uma boa formação do aluno. Contudo, há dificuldades desde a escolha do docente e aceitação do mesmo em realizar uma pesquisa as plataformas de cadastro que por vezes são obsoletas. Ademais projetos que demandam autorizações de terceiros ou mesmo incentivo financeiro para ocorrerem tornam-se dificultadas por acesso, disposição e burocracias. Sendo assim, realizar uma pesquisa acadêmica torna-se inviável para grande parte dos alunos desde o início do processo o que culmina em pouca produção acadêmica nas universidades e alunos que não sabem produzir estudos.

REFERÊNCIAS

GOMES FALCÃO JUNIOR, M. A. et al. AS DIFICULDADES NA ELABORAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS PARA ALUNOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO: o caso do mini-curso de elaboração de artigos científicos UFPE1., 2012.

PINHO, M. J. D. Ciência e ensino: contribuições da iniciação científica na educação superior, Sorocaba, v. 22, n. 03, p. 658-675, Novembro 2017.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: Um relato de experiência

Aliano Faria Ribeiro
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
alianofribeiro@gmail.com

Fernanda Pini de Freitas
Docente do curso de Medicina – Uni-FACEF
Mestre em Promoção da Saúde
fernandapini800@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), através das políticas públicas de saúde, oferece à população serviços e ações em saúde, atendendo às necessidades individuais e coletivas. Uma das Políticas é a da Atenção Integral à Saúde da Mulher, a qual visa a promoção da saúde e o auxílio no planejamento da gravidez e assistência pré-natal e puerperal, promovendo saúde e prevenindo possíveis agravos que possam ocorrer nesses períodos (BRASIL, 2004).

A referida Política tem diversos objetivos, dentre eles o de ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, estimular e implementar a assistência em planejamento familiar, promover atenção obstétrica e pré-natal, promover atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST's), prevenção e controle da morbimortalidade de cânceres de mama e colo uterino, além de promover a atenção em saúde nas faixas etárias e etnias específicas (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (MS), com relação à atenção ao pré-natal, tem como um dos seus objetivos englobar os diversos aspectos que influenciarão o decorrer da gestação, a saber: início precoce do pré-natal, de preferência no primeiro trimestre de gestação; acolhimento humanizado, buscando atender às expectativas da gestante e um acompanhamento baseado em protocolos (BRASIL, 2004).

Durante o acompanhamento da gestante, é preconizado pelo MS a realização de exames laboratoriais como hemograma, a tipagem sanguínea e fator Rh, Coombs indireto (se for Rh negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, Anti-HIV, Toxoplasmose IgM e IgG, sorologia pra hepatite B (HbsAg) e exame de urina e urocultura, para verificar a saúde da gestante e a existência ou não de patologias que poderão interferir na gestação (BRASIL, 2012).

O acolhimento da gestante na Atenção Básica à Saúde (ABS), enquanto ordenadora do cuidado nos diferentes níveis de atenção, é responsável desde a captação precoce da gestante até sua primeira consulta puerperal. Prevê

também a integralidade do cuidado através da escuta qualificada, favorecimento de vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2012).

O pré-natal é realizado através de consultas médicas, consultas de enfermagem, ações de educação em saúde e visitas domiciliares (VD), a qual é uma ferramenta utilizada na ABS e tem como um dos principais fundamentos a criação de vínculo entre paciente e profissionais da saúde. A consulta puerperal acontece em torno do 42º dia pós-parto e tem como finalidade o controle e averiguação de possíveis intercorrências nesse período relacionados aos aspectos biopsicossociais, prática da amamentação, sexualidade (SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2012).

A gestação é um fenômeno fisiológico em que diversas mudanças ocorrem no corpo da mulher. As modificações físicas, psíquicas e internas têm como principal causa a influência de fatores hormonais e mecânicos que são normais durante este período (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Dentre as diversas transformações, o ganho de peso é uma das mudanças mais evidenciadas fisicamente. Este resulta da somatória de fatores maternos e fetais, representando o aumento dos tecidos maternos, considerando o aumento do volume sanguíneo e do líquido extracelular, o crescimento uterino, o aumento das mamas e do tecido adiposo, e também os produtos da concepção: feto, líquido amniótico e placenta (MELO, 2011).

Apesar de necessário obter um aumento do peso, também é importante manter um controle adequado deste, uma vez que, apesar de benefícios, pode gerar consequências maternas e fetais. Portanto, existem recomendações para um ganho de peso adequado para os diversos tipos de índice de massa-corpórea (IMC), ou seja, para cada estado nutricional há uma estimativa de peso que deve ser ganho (BRASIL, 2012).

Alinhando o ensino e o aprendizado de estudantes no aprimoramento das habilidades médicas e de comunicação em ações de saúde e educação, voltadas à promoção do cuidado na saúde da mulher, esse estudo teve como objetivo relatar a vivência de um estudante de medicina ao avaliar a Saúde da Mulher, com foco no pré-natal e puerpério, durante visita domiciliar.

Trata-se de um relato de experiência realizado por um estudante do segundo ano de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), durante visita domiciliar à uma puérpera residente no entorno de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município do interior paulista.

Foram realizadas duas VDs para uma puérpera de 21 anos, solteira, esteticista, com ensino médio completo.

Durante as VDs, foram coletadas informações referidas pela própria puérpera e pela caderneta da gestante, sobre o período gestacional e puerperal, além da realização de educação em saúde sobre cuidados com a alimentação,

amamentação, higiene pessoal e do ambiente, cuidados com o recém-nascido, entre outros.

Dentre as informações referidas pela puérpera, sobre sua gestação, foi percebido a falta de conhecimento sobre os cuidados básicos necessários durante a gestação, puerpério e com o recém-nascido.

Relatou que durante o período gestacional apresentava sonolência; edemas; ficou exposta à produtos químicos no trabalho; fez ingestas de bebidas alcólicas e uso de cigarro de palha durante o primeiro trimestre de gestação, e interrompeu esses hábitos por vontade própria; aumento considerável do apetite e consumo de grande quantidade de carboidratos e alimentos ricos em lipídeos. Considerava-se impulsiva para comer durante a gestação, chegando a comer entre 5 e 6 pães por dia, o que a levou a engordar 46 kg durante toda gestação.

Referiu que devido ao tipo de trabalho que exercia, permanecia por muito tempo em posição ortostática, o que pode justificar o edema de membros inferiores. Quanto à exposição diária a produtos químicos utilizados no salão de beleza, sem especificar quais, torna-se importante ressaltar que o desenvolvimento embrionário, o qual corresponde da quarta à oitava semana de gravidez, é considerado o período crítico da gestação, pois é nessa etapa que ocorre o desenvolvimento de diversos sistemas, denominado organogênese. O uso e a exposição a diversas substâncias e agentes químicos, os chamados teratógenos, podem influenciar negativamente nesse processo. Esses produtos podem levar a alterações de desenvolvimento e gerar anomalias congênitas (MOORE e PERSAUD, 2008).

O álcool e o tabagismo são frequentemente associados ao retardo de crescimento intrauterino (IUGR), uma condição patológica capaz de modificar o potencial de crescimento do conceito e, em muitos casos, este pode apresentar falta de gordura subcutânea e pele enrugada. A nicotina, substância presente no cigarro, causa uma diminuição do calibre dos vasos sanguíneos, reduzindo o aporte de sangue oxigenado e nutrientes ao feto, causando consequências ao seu desenvolvimento. No álcool, entretanto, essa restrição de crescimento faz parte da síndrome do alcoolismo fetal (SAF). O consumo de álcool, tanto moderado quanto em grandes quantidades, pode levar a alterações do crescimento e da formação fetal. Dessa maneira, a recomendação é que não ocorra o consumo de dose alguma de substâncias alcólicas durante a gestação (MOORE e PERSAUD, 2008).

A associação entre o tabagismo materno e uma nutrição inadequada faz com que ocorra uma influência negativa ainda maior sobre o feto. Além disso, a estimativa é de que as crianças que tiveram contato com as substâncias que fazem parte da composição do cigarro durante seu desenvolvimento intrauterino têm, em média, um déficit de peso de 200g ao nascer quando comparadas a crianças que não tiveram essa exposição (MOORE e PERSAUD, 2008).

Na caderneta da gestante, constavam registros de informações sobre os antecedentes ginecológicos e obstétricos. Em relação aos ginecológicos, observou-se que a menarca aconteceu aos 16 anos, seu ciclo menstrual era irregular, com duração de 3 dias, e não utilizava nenhum tipo de método anticoncepcional.

Quanto aos antecedentes obstétricos: primigesta, primípara, não consta abortos espontâneos ou provocados, data da última menstruação (DUM) em 05/08/2017, iniciou o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, na UBS próxima ao seu domicílio, foram solicitados e realizados todos os exames laboratoriais preconizados pelo MS, sem alterações, e tipo de parto cesáreo.

Nas demais consultas realizadas na UBS, foram feitas aferições de pressão arterial, medida da altura uterina e acompanhamento do peso da gestante.

Quanto a pressão arterial, houve variação de valores de pressão sistólica de 100 a 130 mmHg e em relação a diastólica, a mesma permaneceu inalterada em 60 mmHg. Não há registro na caderneta da gestante de síndromes hipertensivas da gestação, como a pré-eclâmpsia.

Em relação a altura uterina, as medições mostraram compatíveis com a idade gestacional (IG). A altura uterina é importante para se ter uma avaliação do volume do líquido amniótico, podendo haver duas condições, a oligodramnia e polidramnia, refletindo um útero menor ou maior, respectivamente, fazendo com que a medida da altura uterina não corresponda à IG. As consequências dessas condições para o feto é que a polidramnia pode levar a malformações, prematuridade, lesões anóxicas e traumáticas, e, para a mãe complicações na gravidez e no parto. A oligodramnia pode levar à morte fetal, hiperplasia pulmonar e diversas anormalidades esqueléticas e faciais (MONTENEGRO e FILHO, 2017).

Na avaliação da evolução do peso da gestante, apesar de não ter sido questionado qual era o valor antes da gestação, os resultados, obtidos através da caderneta da gestante, mostraram um ganho de peso excessivo durante a gestação. Um ponto importante identificado foi a divergência do valor do ganho de peso durante a gestação, relatado pela puérpera: durante a VD foi relatado o ganho de 46 kg, porém, quando avaliada as anotações da caderneta da gestante, houve um ganho de 27,5 kg. Segundo o MS, para as gestantes que foram identificadas, ao exame físico da primeira consulta do pré-natal, como de baixo peso: IMC < 18,5 kg/m², presume-se que haja um ganho entre 12,5 e 18 kg durante a gestação; as avaliadas com o peso adequado: IMC entre 18,5 – 24,9 kg/m², um ganho entre 11,5 e 16 kg; enquanto para as gestantes com sobrepeso: IMC entre 25,0 – 29,9 kg/m², poderão ganhar entre 7 e 11,5 kg; e as gestantes obesas: IMC ≥ 30 kg/m², entre 5 e 9 kg (BRASIL, 2012).

Em relação ao ganho de peso durante a gestação, os valores preconizados são aqueles considerados os suficientes e adequados para que ocorra uma gestação saudável, tanto para a mãe quanto para o feto, sem que exista

desequilíbrios nutricionais durante esse período, os quais podem afetar a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Vários são os fatores que podem influenciar diretamente no ganho de peso durante a gestação, como as condições nutricionais, sociodemográficas, obstétricas e comportamentais (MAGALHÃES, MAIA, et al., 2015).

Em relação às condições nutricionais da gestante no período pré-gestacional, essas podem influenciar no ganho de peso durante a gestação. Estudos mostram que as mulheres que iniciaram a gestação com sobrepeso ou obesidade, quando comparadas com aquelas que tinham um estado nutricional considerado de baixo peso ou eutróficas, tiveram um ganho de peso muito maior (MAGALHÃES, MAIA, et al., 2015).

Quanto aos fatores sociodemográficos que influenciam no ganho de peso excessivo, uma das principais causas pode estar relacionada é a renda familiar. Um estudo observou que as gestantes com renda familiar inferior a um salário mínimo tinham uma maior prevalência de ganho ponderal excessivo quando comparadas com as que possuíam uma renda igual ou superior a um salário mínimo (MAGALHÃES, MAIA, et al., 2015).

Outros estudos investigaram o padrão alimentar de gestantes adolescentes e de baixa renda, e identificaram déficits em relação ao consumo de vitaminas A e C, ácido fólico, ferro, cálcio e zinco e excesso quanto a utilização de sódio nos alimentos consumidos, na preparação de alimentos fritos com óleo vegetal, assim como o uso de açúcar. Entretanto, a quantidade de proteínas ingeridas na alimentação destas gestantes encontrava-se de acordo com as recomendações para o período gestacional (MONTOVANELI e AULER, 2009).

Dentre as causas comportamentais, o tabagismo tem destaque. A nicotina, um dos componentes da fumaça do cigarro, é responsável por reduzir o paladar e o olfato. Dessa maneira, o cigarro dificulta a percepção do sabor de alimentos doces e gordurosos, o que compromete a sensação de saciedade quando estes são consumidos, resultando como possível consequência o ganho de peso (MAGALHÃES, MAIA, et al., 2015).

Comparando as informações relatadas pela puérpera com as dos referidos estudos, pode-se dizer que situações semelhantes contribuíram para o ganho excessivo de peso durante a gestação.

O ganho de peso acima do preconizado pelo MS pode ter consequências que influenciarão na gestação e no período pós-parto. Durante a gestação, pode acentuar as dificuldades para deambulação e respiração, uma vez em que essas condições podem ser normalmente afetadas devido às mudanças fisiológicas desse período. Outras consequências podem ser o desenvolvimento de doenças como o diabetes mellitus gestacional (DMG), a hipertensão arterial,

eclampsia e outras síndromes gestacionais, além de aumentar o risco de complicações no parto e pós-parto (NOGUEIRA, BARBOSA, et al., 2017).

A DMG, em gestantes obesas tem uma incidência três vezes maior que nas gestantes eutróficas. O aumento da resistência à insulina, condição fisiológica durante a gestação, também é encontrada em níveis acima do normal em gestantes obesas. Outro fator de risco é para pré-eclâmpsia, que pode estar relacionada ao IMC aumentado de 5 a 7 kg/m² no período pré-gestacional, o que pode dobrar o risco para pré-eclâmpsia. Há também o aumento do risco para um parto pós-termo, após as 42 semanas de gestação, e de infecções no trato urinário (MELO, 2011).

A hipertensão arterial (HA) é uma doença que possui diversos fatores de risco, dentre eles a obesidade. Durante a gestação, essa condição, caracterizada pela pressão maior que 140x90 mmHg, engloba as chamadas síndromes hipertensivas (SH). As SH enquadram a hipertensão crônica, diagnosticada antes da gestação ou antes de 20 semanas de gestação; a pré-eclâmpsia, que, além da pressão arterial elevada, inclui proteinúria >300 mg/24 horas e edema; a eclampsia, caracterizada pela presença de convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica; e a hipertensão gestacional, com PA elevada que retorna aos níveis normais até 12 semanas após o parto. A importância de classificar essas síndromes e correlaciona-las com o ganho de peso excessivo durante a gestação se dá pelo fato delas serem desencadeadas por fatores genéticos, imunológicos e ambientais. Associado a isso, o risco de gestantes obesas desenvolver alguma doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) é muito maior do que as gestantes não-obesas. Há estudos que evidenciam essa situação, demonstrando que 85% dos casos dessa doença ocorre em mulheres primigestas, com mais de 30 anos, com sobrepeso ou obesidade ou ganho de peso excessivo durante a gestação, hipertensas ou com antecedentes familiares de HA e DHEG (OLIVEIRA, ALMEIDA, et al., 2016).

Na puérpera em questão, essa situação acima referida que correlaciona obesidade com a HA, não foi identificada, pois apesar do ganho excessivo de peso durante a gestação, a PA manteve-se sem alterações significativas.

Em relação ao trabalho de parto, as gestantes obesas podem apresentar uma duração maior do mesmo, devido à uma diminuição da contração do miométrio, o que, conseqüentemente, pode influenciar em uma incidência maior de partos cesáreos (NOGUEIRA, BARBOSA, et al., 2017). Esse estudo corrobora com o tipo de parto da puérpera em questão.

O período pós-parto das gestantes que ganharam peso acima do recomendado, é marcado por maiores complicações, dentre estas a dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica (NOGUEIRA, BARBOSA, et al., 2017). A cicatrização em indivíduos acima do peso é dificultada pelo fato do tecido adiposo subcutâneo ter uma menor perfusão e isquemia, o que diminui a disponibilidade de oxigênio para a

ferida, levando ao retardo do processo de reparação da pele (LEAL e CARVALHO, 2014).

Pode haver também um prolongamento da hospitalização materna e aumento de infecções no período puerperal em casos de gestantes obesas (MELO, 2011).

A amamentação pode ser dificultada e, muitas vezes, não realizada com sucesso em mães obesas ou com excesso de peso. Esse fato ocorre devido a uma menor resposta da prolactina à sucção na primeira semana de puerpério, o que ocasionaria um déficit na produção de leite materno. Além disso, o excesso de tecido adiposo materno pode aumentar o tempo de circulação da progesterona sérica, impedindo com que ocorra a descida do leite materno e, conseqüentemente, a lactação. Associada à essa situação, as mamas grandes e pesadas podem dificultar o posicionamento e a pega correta da criança, o que dificulta a sucção (MELO, 2011; FERNANDES, 2009).

Quanto a mãe do estudo em questão, o recém-nascido foi amamentado até os três meses de vida, e após esse período, a mesma relatou que “não estava mais produzindo leite”.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência dessa vivência instigou à busca de informações através de estudos sobre a saúde da mulher: pré-natal e puerpério, possibilitando o desenvolvimento das habilidades médicas e de comunicação ao estudante. Foi possível também identificar a importância não só da realização do pré-natal, mas da qualidade do mesmo; a percepção da VD como valiosa ferramenta na saúde da mulher; bem como a necessidade de investir esforços em educação em saúde da mulher, relacionadas ao período gestacional, puerperal e cuidados com o recém-nascido.

Dessa maneira, interpretando os dados obtidos através da leitura dos diversos estudos e comparando-os com as informações coletadas na VD à puérpera, pôde-se notar uma correlação entre as situações, justificando alguns achados encontrados na entrevista através do embasamento teórico. Além disso, nota-se a importância da articulação teórico-prática para a consolidação do conhecimento do estudante. Por fim, o relato de experiência auxiliou o estudante a ter uma visão crítica e construtiva sobre algumas situações vivenciadas na ABS relacionada à saúde da mulher, e buscar, através de ações educativas em saúde e o contato com a equipe multiprofissional da UBS, alternativas efetivas para as questões identificadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. 1ª. ed. Brasília: MS, v. I, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO*. 1ª. ed. Brasília: MS, 2012.

CUNHA, C. L. F.; GAMA, M. E. A. *A VISITA DOMICILIAR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE*. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2012.

FERNANDES, T. A. *Excesso de peso materno, ganho de peso na gestação e interrupção precoce do aleitamento exclusivo no primeiro mês de vida*. Instituto de Nutrição - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 66. 2009.

LEAL, E. C.; CARVALHO, E. *Cicatrização de Feridas: O Fisiológico e o Patológico*. Revista Portuguesa de Diabetes, v. 4, n. 9, p. 133-143, 2014.

MAGALHÃES, E. I. D. S. et al. *Prevalência e fatores associados ao ganho de peso gestacional excessivo em unidades de saúde do sudoeste da Bahia*. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. IV, n. 18ª, p. 858-869, Outubro-Dezembro 2015.

MELO, M. E. D. *Ganho de Peso na Gestação*. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO. [S.I.], p. 7. 2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. D. R. Rezende - *Obstetrícia Fundamental*. 14ª. ed. [S.I.]: Guanabara Koogan, 2017.

MONTOVANELI, L.; AULER, F. *CONSUMO ALIMENTAR DE GESTANTES ADOLESCENTES CADASTRADAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE MANDAGUAÇU-PR*. Revista Saúde e Pesquisa, Mandaguaçu, v. II, n. 3, p. 349-355, Setembro-Dezembro 2009.

MOORE, K.; PERSAUD, T. V. N. *Embriologia Clínica*. 8ª. ed. [S.I.]: Elsevier, v. 4, 2008.

NOGUEIRA, C. F. et al. *Excesso de Ganho de Peso Durante a Gestação*. Revista Conexão Eletrônica, Três Lagoas, v. XIV, n. 1, p. 421-429, 2017.

OLIVEIRA, A. C. D. et al. *Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva específica na gestação*. Revista do Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, v. 4, n. 34, p. 231-239, 2016.

SÃO PAULO, S. D. E. D. S. D. *Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP - Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério*. [S.I.], p. 234. 2010.

COMPREENDENDO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
Prof Dra.Docente no curso de Medicina – Uni-FACEF
carolbtrovao@gmail.com

Lara Sawan Cunha
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
larasawan@hotmail.com

Maria Paula Piassi Brasileiro
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
mariapaulapiassi@hotmail.com

Maria Eduarda Lemos de Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
lemos.duda13@gmail.com

Joyce Mendes Lucindo
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
jmlucindo@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A dependência química trata-se de um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma importância muito maior para um determinado indivíduo, do que outros comportamentos naturais que antes tinham mais valor. Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento apontada na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamentos prescritos), álcool ou tabaco. Trata-se de um estado psíquico que leva ao comprometimento físico como consequência do vício sendo caracterizado pela compulsão e necessidade incontrolável de sentir os efeitos causados por determinada substância, caracterizado como dependência. Esse quadro pode ser iniciado com um uso regular, controlado, em baixas quantidades, e que aos poucos se intensifica, à medida que o organismo humano se acostuma com determinadas quantidades, e sendo cada vez mais insuficientes para a satisfação total do usuário. A dependência química engloba o uso de todos os tipos de substâncias psicoativas (SPA), qualquer droga que altere o comportamento e que possa causar dependência: álcool, maconha, cocaína, crack, dentre outras. Não tem uma causa inicial, mas pode se desencadear por diversos fatores: psicológicos, emocionais; como algum acontecimento marcante, trauma, luto, decepções, ou qualquer outro fato inesperado que tenha causado grande impacto psicológico. Esse estado de

dependência pode atingir a pessoa em todos os aspectos: biológico, psíquico e espiritual, o que pode prejudicar não só a saúde física como também mental, e ocasionar a perda de suas funções diárias.

Com o passar do tempo, a dependência tende a se intensificar, comprometendo totalmente as funções normais do corpo e mente, levando cada vez mais a uma destruição de si mesmo. Para tanto, aconselha-se o tratamento, como forma de impedir uma progressão do quadro. Porém, para que isso ocorra, é necessária a aceitação do paciente reconhecendo o vício, pedindo ajuda e concordando com o tratamento. Como uma opção de tratamento referida no presente estudo temos as comunidades terapêuticas que são serviços de internação na modalidade moradia para usuários de substâncias psicoativas, compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Trata-se de instituição privada, em que a religião é usada como forma de tratamento principal, independentes das convicções religiosas e espirituais do indivíduo. Há um programa específico de tratamento, com duração média entre seis e doze meses, pautada no cumprimento de regras rígidas e na obrigatoriedade de realização de tarefas laborais, terapêuticas e religiosas. As visitas familiares são escassas e por um tempo de tratamento o indivíduo não exerce contato com o mundo externo. O objetivo das comunidades terapêuticas é promover mudanças comportamentais no indivíduo e favorecer a reinserção social. (1)

Chama-se Comunidades terapêuticas os serviços de internação na modalidade moradia para usuários de substâncias psicoativas, que passaram a compor a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desde 2011 na modalidade de conveniamento, uma vez que se trata de instituição privada, frequentemente de caráter confessional, em que a religião é usada como forma de tratamento principal, independentes das convicções religiosas e espirituais do indivíduo. Há um programa específico de tratamento, com duração média entre seis e doze meses, pautado no cumprimento de regras rígidas e na obrigatoriedade de realização de tarefas laborais, terapêuticas e religiosas. Geralmente, possuem modelo residencial e são isoladas geograficamente. As visitas familiares são escassas e após um tempo de tratamento, e o indivíduo não exerce contato com o mundo externo, ademais em atividades escolares e profissionais. O objetivo das comunidades terapêuticas é promover mudanças comportamentais no indivíduo e favorecer a reinserção social

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma visita técnica à uma comunidade terapêutica de atendimento exclusivo a pessoas do sexo masculino em regime de internação voluntária. Após o reconhecimento do local, os moradores foram divididos em três grupos para a realização da atividade. Inicialmente, os participantes foram convidados a se apresentar e contar um pouco sobre sua história de vida. Em seguida, foram convidados a vendarem os olhos para participarem da dinâmica. Ficou acordado no grupo que qualquer participante poderia se recusar em participar, bem como em se retirar em qualquer momento da atividade. Os participantes vendaram

seus próprios olhos e, de mãos estendidas, recebiam frutas não muito comuns para degustarem, enquanto os estudantes faziam perguntas sobre o sabor que sentiam e se tal sabor os remetia a alguma lembrança. Após descobrirem os olhos, os participantes tiveram a oportunidade de relatar sobre as sensações, sentimentos e lembranças despertadas.

3. RESULTADOS

Foi realizada uma visita ao NAREV (Associação Núcleo de Apoio e Recuperação da Vida) pelos alunos de medicina do quinto período da faculdade Uni – FACEF, com o objetivo de conhecer o local, seu serviço e em pequenos grupos realizarmos uma atividade com os homens em tratamento que lá se encontravam. O NAREV trata – se de uma organização da sociedade civil (OSC) sem fins lucrativos, fundada em 06/08/1991 que tem por objetivo acolher pessoas do sexo masculino, com idade a partir de 18 anos, portadoras de transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, buscando sua recuperação e reinserção social.

Ao chegarmos ao local, fomos muito bem recebidos e nos foi apresentado todo o espaço da instituição, desde os alojamentos, refeitório, cozinha, até a capela onde diariamente são realizadas atividades em grupos para orações e tarefas espirituais. A lotação máxima que associação comporta é de 50 homens, mais 4 funcionários, composta por quartos com 10 acomodações em cada um, uma cozinha, um refeitório, uma grande área externa com árvores e sombras, um local para plantarem alimentos e uma capela.

Para a realização da atividade, os alunos se dividiram e distribuíram os homens em 3 pequenos grupos, colocando-os em forma de círculo, para que fosse realizada uma atividade. Em seguida, os participantes foram convidados a se apresentar, os alunos também se apresentaram, e sugerimos que quem se sentisse a vontade falasse um pouco sobre sua história de vida. Foram convidados a vender os olhos para participarem da dinâmica, e caso alguém se não se sentisse a vontade poderia recusar, bem como retirar a venda a qualquer momento. Com os olhos fechados, os participantes recebiam nas mãos diferentes frutas, para que pudessem reconhecê-las pelo tato, olfato e paladar, enquanto isso os alunos faziam perguntas sobre as sensações, gostos e sugestões sobre qual fruta se referiam e se remetiam alguma lembrança. Todos os participantes optaram por contribuir para a atividade e ao final discutimos sobre a experiência de cada um.

Uma fala que nos marcou muito foi a de um homem que comparou o fato de estar com os “olhos vendados” ao momento que ele viveu com o uso de drogas, em que ele não enxergava as consequências e prejuízos do uso, e que optar pelo tratamento foi como se ele tivesse “retirado as vendas”, e enxergado a verdadeira realidade que estava vivendo. Foi um momento de grande emoção, em

que muitos deles se emocionaram ao lembrarem do passado, da vida antes das drogas e/ou álcool, das famílias, e falaram sobre a ansiedade e insegurança para com o resultado e a vida após o tratamento. A dinâmica favoreceu a troca de experiências, a reflexão e a ressignificação de sentimentos, sensações, comportamentos e emoções. A atividade influenciou também a autoconfiança em seguirem orientações dos alunos e experimentarem o que lhes eram entregues. Além disso, estimulou a reflexão dos aspectos biológicos, psicológicos, relacionados a dependência química, assim como a valorização da escuta qualificada e das abordagens grupais no cuidado com a saúde, influenciou também a auto confiança em seguirem orientações dos alunos e experimentarem o que lhes eram entregues sem a possibilidade de primeiro avaliarem pelo sentido da visão.

4. DISCUSSÃO

Segundo a literatura, “Comunidade Terapêutica” refere-se a uma eficiente abordagem, em regime de internamento (ou internato), para o tratamento de abusadores e dependentes químicos e dos problemas associados a estes consumos e estilos de vida. Essas comunidades, assim como o NAREV, apresentam um conjunto de serviços e apoios que tentam responder a um conjunto de necessidades e lacunas sentidas e vividas pelos seus residentes. Os clientes das Comunidades Terapêuticas representam um grupo de indivíduos que partilham uma história comum de consumos de drogas que marcaram suas vidas, tanto a um nível psicológico, social, clínico-médico, familiar e espiritual. Com isso, essas comunidades têm como objetivos principais ensinar, curar e dar apoio aos seus membros, buscando a reconstrução da sua integridade não só física como também mental. A reconstrução é incentivada com o amparo religioso, em que essas pessoas se apoiam, com crenças, rituais, e atividades que estimulem essa confiança. (2)

Na comunidade visitada, pratica-se a religião católica, com missas e grupos de orações semanais, em que fiéis da cidade de Franca-SP se disponibilizam a irem até o NAREV e realizarem essas atividades de 3 a 4 vezes por semana. É obrigatória a participação desses para tais atividades, para que amparados pela religião, tenham confiança, força e coragem para continuarem perseverantes no tratamento. Na visita, nos foi relatado o quanto esse contato com a crença se faz importante, pois fortalece não só a fé como também a união entre os membros para que exista apoio e compreensão entre eles.

O tratamento é composto por quatro fundamentos: Espiritualidade, Atividades de autocuidado, Sociabilidade e Práticas inclusivas, Disciplina e Conscientização da Doença (dependência química). A partir da decisão do acolhido, o ambiente comunitário propicia um aprendizado social, para que ele possa internalizar e vivenciar valores e um novo estilo de vida. A partir do quinto mês de tratamento, os acolhidos são liberados para saídas sociais, ficando em suas

residências por um período de cinco dias, como uma oportunidade de reinserção social, e retorna para a comunidade, dando continuidade ao tratamento.

Além disso, as famílias dos acolhidos devem participar dos atendimentos da psicóloga da comunidade e ao grupo de apoio NAFTA (Núcleo de Apoio as Famílias de Toxicômanos e Alcoolistas), para sejam bem orientados e informados, e preparem o lar para recebê-los de forma adequada tanto nas visitas quanto no fim do tratamento. Em casos que a família não está disposta a seguir esses critérios e se empenharem no tratamento, os membros podem ser retirados da comunidade.

A alta terapêutica acontece sete meses após o início do tratamento em acolhimento, sendo que antes desse tempo se concluir o paciente pode decidir por interromper o processo a qualquer momento. Quando concluído, os acolhidos são acompanhados por dois meses através do grupo de apoio (NAED – Núcleo de Apoio a Ex-dependentes) a fim de prevenir recaídas. (3)

Foi de grande importância conhecermos as histórias de vida de pessoas que eram bem sucedidas no quesito família, trabalho, e amigos, e que tiveram seu futuro prejudicado e parcialmente interrompido pelos destroços do vício, que os tornaram dependentes do uso, mesmo que no início não reconhecidos por eles. A maioria dos membros, tem suas famílias os aguardando ansiosos do lado de fora, e torcendo pela sua recuperação, o que demonstrou grande importância para deles, dando força e coragem para não desistirem desse árduo processo.

É importante notarmos o quanto nós, alunos de Medicina, estamos suscetíveis a casos como esses, que por muitas vezes experimentamos algo que nos é oferecido apenas por curiosidade, sem nos darmos conta de que esse pode ser o passo inicial. Esse passo inicial não diz respeito, necessariamente, as drogas ilícitas, mas também às lícitas como cigarro e álcool que estão tão presentes na faixa etária dos estudantes e desse meio universitário.

Além disso, foi uma grande lição vermos o quão forte os membros da comunidade são, o quão corajosos eles foram por optarem por vontade própria pelo tratamento, e por entenderem a necessidade e importância do mesmo. Essa pode ser considerada uma das partes mais difíceis desse processo, a aceitação da dependência e o pedido de ajuda, para o processo seja iniciado e concluído, dando a essas pessoas sua integridade de volta, e os preparando para o convívio social cientes da necessidade de continuarem vivendo em abstinência. Afinal, um dependente químico nunca estará curado, ele estará em um constante processo de tratamento ao longo da vida.

5. CONCLUSÃO

Concluimos, portanto, que essa experiência foi de grande importância para todos os alunos por proporcionar aprendizado e conhecimento não somente

dos vícios e consequências do uso, mas também das portas de entrada e dos fatores que podem ser desencadeantes para essa prática. Além disso, a atividade pode contribuir na formação médica, uma vez que favoreceu a reflexão dos aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais relacionados à dependência química, bem como a valorização da escuta qualificada e das abordagens grupais no cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

Costa SF. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência. .

Sommer M. As Comunidades Terapêuticas - História, Evolução e a Modernidade no Tratamento de Dependências Químicas. 2011.

NAREV NdAeRdV. Núcleo de Apoio e Recuperação da Vida - NAREV. [Online]. [cited 2019 maio. Available from: <http://www.narev.com.br>.

ESTÁGIO CURRICULAR NO AMBULATÓRIO DE TUBERCULOSE E SUA IMPORTÂNCIA PARA O PROCESSO DE APRENDIZADO NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Anna Cláudia Martins
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
annaclmartins@gmail.com

Isadora Mendes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
isa_mendes1804@hotmail.com

Simone Assunção Santos
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
simoneasantos.ss@gmail.com

Thiago Felipe dos Santos Lima Gonçalves
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
thiago_felima@hotmail.com

Lívia Maria Lopes
Chefe de Departamento do curso de Enfermagem – Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, conhecido também como Bacilo de Koch, microrganismo anaeróbio e álcool-ácido resistente (BAAR) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O *M. tuberculosis* é transmitido de uma pessoa com doença ativa (baciloscopia positiva no escarro) a outra, exclusivamente por via inalatória, por meio de gotículas de secreção respiratória liberadas pela tosse, fala ou espirro, logo apenas portadores de TB pulmonar e laríngea transmitem o bacilo, sendo essas pessoas chamadas de “bacilíferos”. Com o início do tratamento, a transmissão tende a diminuir gradativamente, encontrando-se muito reduzida cerca de 15 dias depois (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A probabilidade de uma pessoa ser infectada depende de fatores exógenos, como o tempo de exposição e a infectividade do bacilífero. Já o risco de adoecimento depende de fatores endógenos, como a competência do sistema imune. Desta forma, calcula-se que, eventualmente, apenas 10% dos indivíduos infectados pelo bacilo desenvolvem a doença ativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

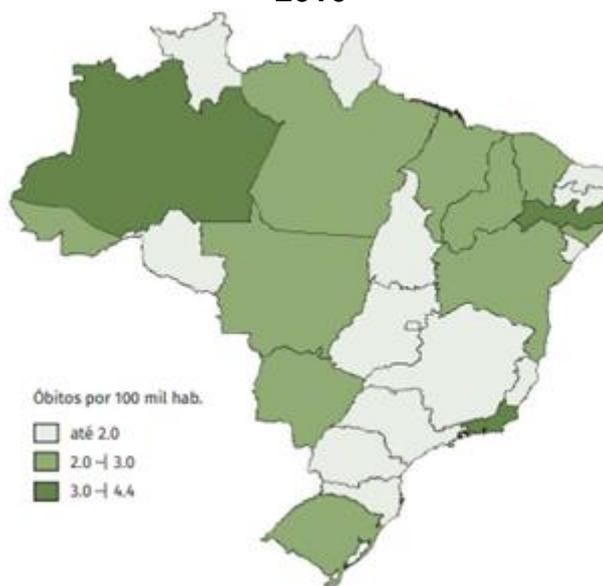
No mundo, estima-se que em 2015 cerca de 104 milhões de pessoas desenvolveram TB, e 1,4 milhão morreram da doença. Demonstrando a importância da doença no âmbito mundial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). No Brasil, foram diagnosticados em média 71 mil novos casos nos últimos dez anos, estando o país entre os 30 países com alta carga para TB. Em 2016, o percentual de sucesso de tratamento de novos casos de TB foi de 74,6% e foram notificados 4.483 óbitos pela doença no mesmo ano. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Figura 7: Coeficiente de incidência de tuberculose, todas as formas, por Unidades Federadas, 2017



Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Figura 8. Coeficiente de mortalidade de tuberculose por Unidades Federadas, 2016



Fonte: Ministério da Saúde (2018)

Atualmente a doença encontra-se concentrada em algumas populações, como as pessoas vivendo com HIV, em situação de rua, privadas de liberdade, população indígena, pessoas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quadro 1: Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis

POPULAÇÕES VULNERÁVEIS	RISCO DE ADOECIMENTO POR TB
Pessoas vivendo em situação de rua	56 X maior
Pessoas vivendo com o HIV	28 X maior
Pessoas privadas de liberdade	28 X maior
Indígenas	3 X maior

Fonte: Ministério da Saúde (2018)

Infelizmente, a tuberculose ainda constitui uma doença com grande relevância epidemiológica, sendo a doença infecciosa de agente único que mais mata, podendo acometer uma série de órgãos e/ou sistemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O pulmão é o principal órgão acometido, sendo a forma mais relevante para a saúde pública, já que é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença, porém depois de penetrar no organismo pela via respiratória o patógeno pode disseminar-se para todo o organismo e se instalar em qualquer órgão, originando as formas extrapulmonares da doença. A sintomatologia dependerá do órgão ou sistema acometido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O diagnóstico da doença, envolve a parte clínica, o diagnóstico bacteriológico, o diagnóstico por imagem, histopatológico e outros métodos. O diagnóstico bacteriológico compreende o exame de baciloscopia direta, que consiste tanto na baciloscopia do escarro (detecta 60-80% dos casos de TB pulmonar em adultos) e baciloscopia de outros materiais biológicos que é indicada na suspeita de TB extrapulmonar; como também o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), cuja sensibilidade é de cerca de 90%, sendo dessa forma superior à da baciloscopia; e o teste de cultura para micobactéria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Tabela 3: Leitura e interpretação dos resultados de baciloscopia de escarro

LEITURA	RESULTADO
Não são encontrados BAAR em 100 campos observados	NEGATIVO
1 a 9 BAAR em 100 campos observados	Relata-se a quantidade de bacilos encontrada
10 a 99 BAAR em 100 campos observados	POSITIVO +
1 a 10 BAAR por campo em 50 campos observados	POSITIVO ++
Em média mais de 10 BAAR por campo em 20 campos observados	POSITIVO +++

Fonte: Ministério da Saúde (2018)

Já em relação ao diagnóstico por imagem, a radiografia de tórax é o de escolha na avaliação inicial e no acompanhamento da TB pulmonar, pois ela apresenta padrões radiológicos sugestivos da doença; a tomografia computadorizada de tórax e a tomografia por emissão de pósitrons (PET) também podem ser utilizadas em casos mais específicos. A avaliação histológica de fragmento de tecido obtido por biópsia é mais utilizado nas formas extrapulmonares. Outro método diagnóstico que pode ser realizado é o teste para detecção de adenosina deaminase em amostras clínicas (fluídos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Para o sucesso do tratamento da tuberculose é extrema importância que o serviço e os profissionais de saúde acolha o usuário, através de uma abordagem humanizada e no estabelecimento do vínculo. O esquema de tratamento da tuberculose é padronizado, sendo que o esquema medicamentobásico é o mesmo para todas as manifestações de tuberculose, variando em casos de tuberculose do SNC e de acordo com a idade. Ele consiste em duas fases: a intensiva (ou de ataque), com duração de dois meses e uso de rifampicina, isoniazida, pirazinamina e etambutol; e a de manutenção, com duração de quatro meses e uso apenas de rifampicina e isoniazida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quadro 2. Esquema Básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE	DURAÇÃO
RHZE 150/75/400/275 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	2 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
	36 a 50 Kg	3 comprimidos	
	51 a 70 Kg	4 comprimidos	
	Acima de 70 Kg	5 comprimidos	
RH 300/150 mg ¹ ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 Kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)
	36 a 50 Kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg	
	51 a 70 Kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg	
	Acima de 70 Kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	

Fonte: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005; WHO, 2003). Adaptado de BRASIL, 2011.

R – Rifampicina; H – isoniazida; Z – Pirazinamina; E – Etambutol.

¹A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

Fonte: Ministério da Saúde (2018)

Para o seguimento do tratamento deve ser realizado o acompanhamento clínico para todos os pacientes, controle bacteriológico para os casos pulmonares e controle radiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de medicina do quarto ano durante o acompanhamento a uma pessoa com tuberculose pleural.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência realizado por estudantes do 4º ano do curso de Medicina do UNI-FACEF como proposta de atividade no estágio de Vigilância Epidemiológica com ênfase no estudo da Tuberculose, realizado na disciplina Interação e Saúde na Comunidade (IESC). Tal estudo foi realizado através da coleta de informações por meio da revisão do prontuário disponibilizado pelo Ambulatório de Tuberculose de Franca e entrevista com o paciente e revisão de literatura, no qual foi obtido informações do paciente referente ao quadro clínico, diagnóstico e tratamento realizado.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

F.B.P, masculino, 62 anos, hipertenso, ex-tabagista, buscou pronto socorro pois há um mês vinha apresentando quadro de dispnéia, cansaço, suor noturno e perda de peso (perdeu cerca de 3kg neste mesmo período), negou que tenha tido febre e tosse. Foi diagnosticado com derrame pleural no pulmão esquerdo, sendo encaminhado para Santa Casa de Franca, na qual ficou internado por 10 dias onde foi realizado toracocentese e drenagem pleural. Na Santa Casa de Franca foi diagnosticado com Tuberculose Pleural e após alta médica foi prontamente encaminhado ao Ambulatório de Tuberculose de Franca para início do tratamento e acompanhamento. Atualmente, após quatro meses de tratamento, relata ter ganho 4kg desde então e sentir fraqueza ocasionalmente com raros quadros de ortopnéia.

5. DISCUSSÃO

No caso relatado o paciente foi diagnosticado com tuberculose pleural.

Entre as apresentações, a tuberculose pleural é a forma mais comum de TB extrapulmonar em pessoas não infectadas pelo HIV. A doença pode ter início insidioso ou abrupto, com manifestações como febre, queixas constitucionais (astenia, anorexia, perda de peso – tríade presente em 70% dos pacientes), dispnéia, tosse seca e dor torácica tipo pleurítica e a propedêutica é de derrame pleural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Quanto ao diagnóstico, o PPD pode ser inicialmente negativo, mas possui chance de positivar-se com o avançar da doença. Nos exames radiológicos observa-se derrame pleural, geralmente unilateral e moderado. Em um terço dos casos pode-se identificar infiltrado pulmonar subjacente. Outros métodos diagnósticos como a toracocentese e punção-biopsia pleural devem ser sempre indicados para a confirmação do quadro. O líquido pleural, geralmente, caracteriza-se por ser amarelo-citrino, com predomínio de células linfomononucleares, com baixa positividade à baciloscopia. Um método auxiliar importante no diagnóstico de tuberculose pleural é a determinação da adenosina deaminase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Vários dos sintomas característicos foram apresentados pelo paciente acima, com exceção da febre e da tosse, conseqüentemente a primeira suspeita diagnóstica não foi de tuberculose já que sua manifestação mais comum é a tosse prolongada. Durante a investigação foi observado o derrame pleural unilateral e moderado comum do quadro de tuberculose pulmonar e após a realização da toracocentese foi feita a confirmação diagnóstica por biopsia pleural, demonstrando a dificuldade para a confirmação do quadro, uma vez que quando realizado o PPD, o mesmo se encontrou negativo.

Quando iniciado o acompanhamento do Ambulatório de Tuberculose, o paciente foi testado para HIV, já que é recomendado que todo paciente com diagnóstico de tuberculose seja testado para HIV, pois como em 10% dos casos há

a co-infecção, o seu diagnóstico precoce tem importante impacto no curso clínico da doença. O paciente apresentou sorologia negativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Prontamente, deu-se início ao tratamento medicamentoso da tuberculose pleural, e como já citado, consiste no esquema básico: fase intensiva (ou de ataque), com duração de dois meses e uso de rifampicina, isoniazida, pirazinamina e etambutol; e fase de manutenção, com duração de quatro meses e uso apenas de rifampicina e isoniazida. Para o seguimento do tratamento deste paciente, deve ser realizado o acompanhamento clínico e controle radiológico, já que o mesmo foi utilizado como parâmetro auxiliar para o diagnóstico. O paciente ainda se encontra em tratamento, na fase de manutenção, comparecendo ao Centro de Saúde uma vez na semana para pegar a medicação para a semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

6. CONCLUSÃO

Este caso demonstra uma apresentação clínica menos comum de tuberculose e, embora a tuberculose pulmonar seja a mais frequente e a mais relevante para a saúde pública, não se deve esquecer as outras formas de apresentações. Logo, é de fundamental importância que os profissionais da área da saúde suspeitem das outras formas e façam a adequada investigação para a realização do diagnóstico precoce da doença.

Além disso, a vivência durante o estágio permitiu refletir sobre a dificuldade por conta dos serviços e profissionais de saúde em realizar o diagnóstico precoce das apresentações extrapulmonares de tuberculose, provocando o atraso do início do tratamento, e também a necessidade de continuar conscientizando a população em relação à doença e seu quadro clínico, para que a procura pelo serviço de saúde seja o mais precoce possível.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília. 2018.

ESTUDO DE CASO DE MORTE MATERNA, INTERAÇÃO MEDICINA UNI-FACEF E O COMITÊ DE MORTALIDADE DE FRANCA

Giovana Lais Penha
Graduanda em Medicina - Uni-facef
glpenha@live.com

Patricia Assunção Santos
Graduanda em Medicina - Uni-facef
patriciaasantosm@gmail.com

Ana Lucia de Castro Rodrigues
Mestre em Medicina - Unifacef

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização mundial de saúde (OMS) Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com esta condição, porém não devida a causas acidentais ou incidentais. Além disso, a morte materna pode ser classificada de acordo com as suas causas, sendo elas: direta ou indireta. A direta é causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela; e a indireta é resultante de outras doenças que existiam previamente ou se agravaram durante esse período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Em relação as causas de morte predominaram as obstétricas diretas, dentre estas com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, em terceiro lugar como causa de morte esta a infecção puerperal. Sendo esta, uma infecção que se origina no aparelho genital após parto recente, um de seus sinais clínicos utilizados no diagnóstico é o aparecimento de febre nos primeiro 10 dias pós-parto com duração de 48 horas, pode ocorrer em decorrência a infecção da ferida operatória, a endometrite, a endomiometrite, a parametrite, a anexite, a peritonite, entre outras.. podendo levar ao choque séptico. A infecção puerperal pode ocorrer tanto no parto normal quanto no cesáreo, a qual é geralmente polimicrobiana, e os agentes etiopatogênicos são germes aeróbios e anaeróbios da flora do trato geniturinário e intestinal, os fatores de risco envolvidos são amniorrexe e/ou trabalho de parto prolongado, desnutrição ou obesidade, manipulação vaginal excessiva, traumas cirúrgicos, más condições de assepsia, parto cesariano, debilidade imunológica e retenção de restos ovulares e o parto cesáreo também aumenta o risco. A causa de maior prevalência é a endometrite, que pode se apresentar em cerca de 20% das pacientes submetidas a cesárea, sendo que esta porcentagem diminui pela metade com o uso de antibiótico profilático. Em um estudo feito pelo Serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) entre 1996 e 2002 sobre a prevalência de endometrite foi

constatado que na ausência de antibioticoprofilaxia, as taxas de endometrite para cesarianas não eletivas, cesarianas eletivas e partos vaginais são de, aproximadamente, 30, 7 e 3%, respectivamente, dentre os partos realizados no serviço. (BENINCASA, WALKER e CIOBA, 2012) (UFRJ) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O índice de mortalidade materna nos países desenvolvidos, em 2015 foi 12 por 100 mil nascidos, enquanto que países em desenvolvimento registraram o índice alarmante de 239 por 100 mil nascidos vivos. O índice reflete substancialmente a qualidade da assistência durante o pré-natal, o parto e o pós-parto e se relaciona também com Planejamento Familiar adequado disponibilizado para as mulheres consideradas em idade fértil, (no Brasil, de 10 a 49 anos). A mortalidade materna é, portanto, um bom indicador da realidade socioeconômica de um país e da qualidade de vida e assistência à saúde da sua população. Entre 2016 e 2030, como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a meta é reduzir a taxa global de mortalidade materna para menos de 70 por cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, registrou-se queda de 58% entre 1990 e 2015, de 143 para 60 óbitos por 100 mil nascidos vivos, variando conforme a região do país de 44 a 110. Considerando que mais de 90% desses óbitos seriam evitáveis, o Ministério da Saúde propôs a formação dos Comitês de Mortalidade Materna, organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam identificar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Os comitês contribuíram com o esclarecimento da real situação da morte materna no Brasil, já que a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (DO) dificultam esse monitoramento. A subinformação acontece pelo preenchimento incorreto ou incompleto deste documento, deixando de ser informado que a causa da morte dessa mulher teve relação com a gestação, o parto ou puerpério, por vezes isto acontece pela falta de conhecimento por parte de quem preenche a DO da importância desse documento para a saúde pública. O sub-registro é a omissão desse documento em cartório, que também pode se dar pelo mesmo motivo da subinformação. Visto que um dos principais intuítos da DO é ser uma fonte de dados de saúde em 1996 o Ministério da Saúde modificou este formulário, introduzindo perguntas específicas para mulheres de 10 a 49 anos sobre o momento da morte e o fato de estar grávida ou se esteve grávida, com o objetivo de ampliar a captação dos óbitos maternos; e em 2003 foi estabelecido que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória, tornando obrigatória a investigação, por parte de todos os municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e quem prefere adiar o crescimento da família. Este é um fator relevante para a redução da mortalidade materna, sendo previsto por Lei na Constituição da República Federativa do Brasil, no Artigo 226, Parágrafo

7, visando assim a atuação dos profissionais de saúde no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha, mantendo a pessoa informada sobre suas opções e seus direitos em relação ao âmbito familiar. Esta política propõe que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem que garantir a todas as pessoas e casais a assistência à concepção e contracepção, incluindo na Lei como contracepção a laqueadura tubária e a vasectomia como opção, caso a pessoa que manifestar o desejo por estas preencher os critérios necessários para realização do procedimento. De acordo com a Lei nº 9.263/96, somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos.

A legislação federal estabelece, ainda, que em vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Além do exposto, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Essa restrição visa à redução da incidência de cesárea para procedimento de laqueadura, levando-se em consideração que o parto cesariano, sem indicação clínica, constitui-se em risco inaceitável à saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, esses momentos são marcados por fragilidade emocional, em que a angústia de uma eventual gravidez não programada pode influir na decisão da mulher. Ademais, há sempre o risco de que uma patologia fetal, não detectada no momento do parto, possa trazer arrependimento posterior à decisão tomada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) (SENADO DO BRASIL, 1998)

A opções de métodos contraceptivos disponíveis no SUS são muitas e cabe ao médico passar as informações destes para a paciente, visando deixá-la ciente dos prós e contras de cada um para possibilitar que ela escolha junto ao médico o melhor método para a seu caso e estilo de vida. O código de ética médica enfatiza a obrigação de respeitar a autonomia do paciente, sendo esta amparada no Código de Ética Médica Brasileiro (Capítulo V, Artigo 31), segundo o qual é vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte”. Visto que pra isso é necessário que o médico se prontifique a explicar claramente a sua conduta frente ao problema do paciente, explicando também a patologia envolvida e encorajando o paciente a tirar suas

dúvidas sobre o assunto. (UGARTE e ACIOLY, 2014) (CONCELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

2. Objetivo

Esse trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do preenchimento correto da Declaração de óbito, sua importância epidemiológica, divulgar a necessidade de preenchimento completo, legível dos prontuários médicos e cartão pré-natal, estudar mortalidade materna e todos os fatores modificáveis que a tornariam evitável, e por fim, contribuir para a redução do índice de mortalidade materna.

3. METODOLOGIA

A pesquisa aconteceu no decorrer da 7ª etapa da unidade curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC), do Curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca - Uni-FACEF, durante o módulo de Saúde da mulher que nos permitiu estudar um caso de morte materna discutido no comitê de mortalidade materna de Franca. Foram colhidos dados do prontuário ambulatoriais e hospitalares, cartão pré-natal, Declaração de óbito, entrevista com familiar em visita domiciliar, estes datados desde a primeira gestação até a última, ocorrida no ano de 2018 de uma gestante que chegou a óbito no período puerperal. Foi realizada o estudo de sua trajetória na Rede de Saúde, correlacionando o caso em estudo com os dados de literatura, aprofundando em itens como: causas de morte materna, em particular a Infecção Puerperal, Métodos Contraceptivos, Esterilização definitiva (aspectos legais, éticos e culturais), Parto normal X Parto cesariana, Relação médico-paciente, Relação médico- Justiça comum. Consideramos possíveis fatores de evitabilidade e proposta de intervenção para redução do índice de mortalidade materna no município de Franca.

4. DISCUSSÃO

A mortalidade materna é um agravante para nossa sociedade, pois acomete desde as mais jovens até mulheres antes do período da menopausa, sendo causada por diversos motivos e, infelizmente, apresentando um alto índice no país. O caso estudado demonstra como o sistema pode ser falho mesmo com as diversas diretrizes e regulamentos feitos para resguardar as mulheres nesse período tão importante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Foram colhidos dados de M.A.R.S, do sexo feminino, de 19 anos, solteira e residente de Franca-SP. Buscamos informações desde sua primeira gestação, até a última, para entender quais foram os fatores causais de sua

evolução para o óbito. A princípio, a paciente não apresentava nenhuma comorbidade a qual prejudicaria a sua primeira gestação, porém, ao decorrer dela foi constatado um aumento da pressão arterial e hipoglicemia, que culminaram para uma gestação de alto risco. Foram feitas oito consultas durante o pré-natal, todas de maneira adequada, realizados os exames tanto laboratoriais quanto de imagem. Desta forma a gestante foi diagnosticada com diabetes mellitus gestacional (DMG), sendo orientada quanto a dieta, porém não medicada.

O primeiro parto foi normal, de 41 semanas, feito o uso de misoprostol para a indução, não apresentou complicações, mas houve presença de mecônio +++/4+. RN saudável com apgar de 8/9. De acordo com o prontuário a paciente não faz uso de métodos contraceptivos e, um ano e sete meses após a primeira gestação ela engravida novamente.

Segundo os dados coletados a segunda gestação apresenta mais riscos do que a primeira, pois a paciente manifesta hipertensão, sendo medicada com metildopa 500 mg, e DMG. Ao final da gravidez paciente relata vertigem e dispneia sendo hospitalizada, logo é realizado o parto normal, de 40 semanas, feito o uso de misoprostol para a indução, sem intercorrências, RN masculino, saudável com apgar 8/9. Logo após parto, a paciente apresenta hemorragia durante quatro dias, porém não relata outras queixas associadas, recebendo alta.

Em relação às duas gestações podemos perceber que a adolescente possui algumas complexidades que envolvem desde o planejamento familiar até a evolução do parto e as comorbidades associadas ao intervalo entre as gestações não favorecem uma terceira gestação. Segundo o ministério da saúde o tempo recomendado entre uma gestação e outra deve ser no mínimo de um ano, porém o ideal seria dois anos, pois o intervalo interpartal se adequado contribui para reduzir a frequência de bebês de baixo peso e propicia uma amamentação apropriada. Além do mais, a paciente manifesta DMG, com picos de hipoglicemia, mas não faz uso de medicamento, sendo de estrita importância o controle da glicemia para reduzir significativamente o risco de macrosomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Esse controle se realizado leva a melhores resultados maternos e perinatais. Daí a importância do profissional em aconselhar e conduzir este caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010)

O acompanhamento adequado, o pré-natal bem feito são essenciais na condução de uma gestação. Segundo o Ministério da saúde o calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (1º trimestre) e ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas, preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de acompanhamento pré-natal. Efetuando no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e

depende diretamente do agravo em questão. Os exames laboratoriais devem ser realizados na primeira consulta e os de imagem preferencialmente entre a 10a e 13a e 20a, 24a semanas. (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010)

Figura 1: Exames laboratoriais de rotina pré-natal inicial

- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Hemograma completo
- Sorologia para sífilis
- Glicemia de jejum
- Sorologia anti-HIV
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose
- Urina tipo I
- Urocultura com antibiograma
- Protoparasitológico de fezes
- Colpocitologia oncótica
- Cultura específica anovaginal do estreptococo do grupo B entre 35-37 semanas, quando possível
- Bacterioscopia da secreção vaginal (apenas em pacientes com antecedente de prematuridade)

Dessa forma, não podemos ignorar o fato de que esta adolescente não teve o devido planejamento de suas gestações e não possuía condições adequadas para cuidar de suas crianças, ou seja, uma orientação quanto ao uso de métodos contraceptivos, seja ele oral ou de barreiras, permitiria um melhor controle da paciente sobre suas decisões, além do tratamento adequado das suas comorbidades que se não controladas afetariam uma próxima gravidez. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

Um ano e quatro meses após o último filho, M.A.R.S engravida novamente. Distintamente das outras gestações, nesta foram realizadas apenas três consultas de pré-natal, sendo uma no 5º mês, e as outras no 6º e 8º. Como já discutido anteriormente, suas comorbidades são fatores para seguimento de uma gestação de alto risco, necessitando de no mínimo 8 consultas. Além disso, mesmo o feto com apresentação cefálica, ideal para o parto vaginal, foi solicitado ao médico parto do tipo cesárea para realização de laqueadura. Entretanto, de acordo com a

Lei nº 9.263/96, já citada acima, a legislação federal não permite a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Sendo assim, este pedido de laqueadura não poderia ser realizado. (SENADO DO BRASIL, 1998) (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2010)

Ao pesquisar mais sobre essa solicitação, foi encontrado uma autorização judicial que permitia a realização do parto cesárea para laqueadura e, ainda, que o pedido foi feito pela mãe da paciente que ficava responsável pelos outros dois netos. Dessa forma, vemos como foi falho o planejamento familiar desta jovem e a ignorância por falta de orientação por outros métodos contraceptivos. Na trigésima quarta semana de gestação foi necessário a internação da paciente devido ao quadro de pré-eclâmpsia não especificada e DM gestacional mal controlada. A paciente referia quadro de mal estar e sudorese, apresentava dextro de 58 mg/dL, foi monitorada e medicada recebendo alta após dois dias e encaminhada para ambulatório escola para acompanhamento. Na trigésima oitava semana paciente retorna com queixa de dor em baixo ventre, piora das contrações e perda de líquido em pequena quantidade, sendo internada novamente com suspeita de pródromo de trabalho de parto. Foi realizado parto cesárea devido a esterilização, de 38 semanas, RN feminino de apgar 8/9. Recebeu alta depois de três dias de internação porém, retorna após dois dias com queixa de dor em baixo ventre, febre, astenia e dificuldade de locomoção, sendo internada com suspeita de infecção puerperal, hérnia umbilical encarcerada e lombalgia. Recebeu soro fisiológico mais 1 ampola tramadol e 1 ampola cetoprofeno, sendo solicitado exames (Urina 1, PCR, K, Na, Lactato). Cinco dias pós-parto apresenta infecção de sítio cirúrgico profundo tendo como diagnóstico Inicial a infecção puerperal, necessitando realizar histerectomia puerperal e anexectomia bilateral, e internada na UTI em glasqlow 15. Dois dias após a internação na UTI, paciente vai a óbito, por sepse devido a infecção puerperal.

Após abordar sobre os fatores que culminaram para esse desfecho, vemos o quão precário é o sistema de saúde no que tange ao controle das regulamentações e da lei federal, vemos que apesar dos esforços para evitar casos assim, ainda existe a negligência médica, a iatrogenia, a ignorância. Apesar do médico respeitar a autonomia da paciente/mãe e a autorização judicial, ele não priorizou a conduta correta, acatando ordens de um setor desprovido de conhecimento médico. Por este motivo é essencial entender que a intersetorialidade envolve muito mais do que apenas profissionais de uma mesma área, engloba também o conhecimento que é necessário para qualquer atuação médica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) (UGARTE e ACIOLY, 2014)

De acordo com a epidemiologia 9 de 10 mortes maternas são evitáveis, talvez se os profissionais se atentassem mais em investigar o indivíduo de forma global, utilizar da integralidade do SUS dispondo da intersetorialidade das diversas áreas médicas e entender que estes dados podem ser reduzidos, a maioria das

causas de morte seriam inevitáveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Grande parte dos dados de morte materna são coletados em prontuários ambulatoriais, hospitais e visitas domiciliares, a declaração de óbito é essencial para a formulação desses dados, sendo necessário o preenchimento adequado, com uma letra legível e a marcação correta dos campos necessários. A DO consegue informar as causas dessas mortes e a ordem dos acontecimentos, desta forma conseguimos entender, em partes, se poderiam ser evitadas ou não. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

5. CONCLUSÃO

O estudo de caso de morte materna foi muito importante para o nosso desenvolvimento, médicos em formação tendo contato esse tema e com os fatores que os afetam. Durante o trabalho muito conhecimento foi construído, como a necessidade de um acompanhamento médico longitudinal para uma relação de confiança entre médico e paciente, o de explicar o que está acontecendo com a pessoa apresentando alternativas de conduta mas respeitando a vontade do paciente, a relevância do planejamento familiar e da Lei da laqueadura, aprendemos sobre possíveis interferências externas que podem afetar o nosso trabalho como a ordem judicial que modificou a conduta do caso, vimos as diferenças das vias de parto e as suas possíveis complicações sendo enfatizado a relevância desses serem indicados corretamente evitando riscos desnecessários, também ficou evidente a importância de preencher corretamente a declaração de óbito. Além de estudarmos as principais causas de óbito materno, de entender esse conceito, presando para evitar situações que possam levar a ocorrer uma morte por essas causas e reconhecendo a magnitude do índice de mortalidade materna como avaliador de desenvolvimento de um país e do comitê de morte materna como uma ferramenta para investigação desses óbitos visando sempre propostas de como evitar esse acontecimento, assim melhorando a qualidade e saúde de uma população inteira.

REFERÊNCIAS

BENINCASA, B. C.; WALKER, C.; CIOBA, C. Taxas de infecção relacionadas a partos cesáreos e normais no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília: [s.n.], 2010.
MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência e m Planejamento Familiar**. 4. ed. Brasília: [s.n.], 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Declaração de Óbito**. 3. ed. [S.l.]: [s.n.], 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de Vigilância epidemiológica do Óbito Materno**. [S.l.]: [s.n.], 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília: [s.n.], 2009.

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Manual Técnico do pré natal e puerpério**. [S.l.]: [s.n.], 2010.

SENADO DO BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: [s.n.], 1998.

UFRJ. Rotinaas Assistenciais da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Obstetrícia**, Rio de Janeiro.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso. **Revista de Bioética**, 2014.

MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM IDADE FÉRTIL: Um estudo de caso

Isabela Ewbank Barbosa
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
iewbankbarbosa@gmail.com

Victor Gabriel Galdino Soares Góis
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
victor-gois@hotmail.com

Ana Lúcia Castro Rodrigues
Docente – Uni-FACEF
Coordenadora do Comitê de Vigilância ao óbito materno e infantil de Franca
analucar@uol.com.br

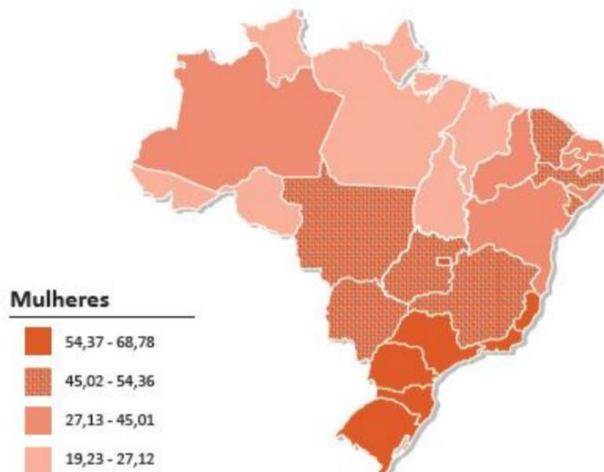
1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológico. O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável. Mesmo assim esse é o tipo mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma e também uma das principais causas de morte por câncer em países desenvolvidos e em desenvolvimento (INCA, 2015).

As taxas de incidência são maiores nos países desenvolvidos, embora tenham ocorrido, em alguns países, tendências para redução e estabilização na primeira década de 2000. As maiores taxas de incidência e mortalidade no Brasil ocorrem nas Regiões Sul e Sudeste, e as menores taxas nas Regiões Norte e Nordeste (INCA, 2015)

A partir da estruturação de uma nova conjuntura sanitária implementada pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, que abre espaço às ações de promoção e prevenção de saúde, o Brasil pode instituir recomendações que priorizasse a atenção à saúde da mulher e a prevenção de seus agravos. Diante disso, destacam-se as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama, que são o **diagnóstico precoce** (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas iniciais da doença) e o **rastreamento** (aplicação de teste ou exame numa população assintomática, aparentemente saudável, com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e, a partir daí, encaminhar as mulheres com resultados alterados para investigação diagnóstica e tratamento).

Figura 1: Representação espacial das taxas ajustadas de incidência por 100 mil mulheres de neoplasia maligna da mama, estimadas para o ano de 2018



Fonte: Unidade da Federação (INCA, 2018)

A estratégia de diagnóstico precoce contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer. Nessa estratégia, destaca-se a importância da educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Já o rastreamento do câncer de mama é uma estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos dessa prática é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada. Apesar disso, é preciso perceber e analisar que ainda há falhas consistentes no rastreio de algumas mulheres, levando a um subdiagnóstico com abordagem tardia ao problema (INCA, 2018)

Este trabalho possui como objetivos potencializar o aprendizado de estudantes de medicina sobre a morte em idade fértil por câncer de mama, analisar criticamente a assistência ambulatorial e hospitalar prestada e, assim, discutir quais ações poderiam ter sido realizadas e propostas para evitar a causa mortis. Para tanto, realizou-se a análise de prontuários hospitalares e da atenção primária à saúde de Franca-SP de uma paciente que veio a óbito por CA de mama. Foram analisados dados como: evitabilidade, rastreio, fatores de risco, assistência, tratamento e declaração de óbito. A partir disso, confrontou-se os dados obtidos com aqueles apresentados por literaturas e estatísticas, analisando os possíveis vieses da rede assistencial à saúde e as repercussões relacionadas à autonomia da paciente, identificando o que poderia ser feito para uma possível evitabilidade do óbito.

2. ESTUDO DO CASO

2.1 Identificação

A.L.S, feminino, nascida em 03 de abril de 1978, casada, doméstica, natural de Vargem Grande do Sul-SP, residente em Franca-SP, convênio SUS.

2.2 Antecedentes Pessoais

G1P0A1

Nega DM, HAS, dislipidemia.

Neoplasia de suprarenal D (adenocarcinoma de adrenal) em 1979.

Epilepsia em uso de fenobarbital.

Nega histórico de tabagismo, etilismo.

CA de mama (D) em 2009 e 2018.

2.3 Antecedentes Familiares

Mãe, avó materna e tia materna com CA de mama em idade precoce (não fala a idade certa).

2.4 Evolução do Caso

❖ 2009 – Primeiro CA de mama

✓ AGOSTO (08/09): procurou a UBS e relatou ter notado nódulo doloroso em mama D.

✓ SETEMBRO (09/09): realizou USG que diz ter mostrado alteração e foi encaminhado para mastologia.

✓ OUTUBRO (10/09): realizou setorectomia constatando neoplasia em mama D com margens cirúrgicas comprometidas.

✓ ANATOMOPATOLÓGICO: *Macro*: nódulo branco, amarelado, bem delimitado, sólido, firme, medindo 1,5 cm. O restante do parênquima tem tecido esbranquiçado, firme e elástico. *Micro*: carcinoma ductal moderadamente diferenciado, grau II. Medindo 1,5 no maior eixo.

✓ IMUNOHISTOQUÍMICA: Material: setorectomia mamária direita.

• Receptor de Estrógeno: Negativo

• Receptor de Progesterona: Negativo

• KI-67 10%

• P53 positivo > 2/3

✓ NOVEMBRO (11/09): Primeira consulta no HC de Franca. Em 13/11/2009 foi realizada a primeira consulta no hospital do câncer. Nesse mesmo mês, foi feita ampliação cirúrgica e esvaziamento axilar. *Foi indicado mastectomia radical, mas recusou-se.*

✓ ANATOMOPATOLÓGICO (Ampliação Cirúrgica): Ampliação de lesão mamária D + esvaziamento axilar. Foram dissecados 17 linfonodos. Presença de metástase em 2 dos 17 linfonodos dissecados. Exame microscópico: área focal de carcinoma ductal residual com caracterização de lóbulo medindo 0.2 cm e diminutos focos de carcinoma ductal in situ de alto grau que dista até 0.1 cm da margem profunda. Invasão vascular não evidenciada.

✓ QUIMIOTERAPIA: Iniciada em janeiro/2010 a junho/2010.

✓ RADIOTERAPIA: 28/07/2010 – 08/09/2010 – RXT – 28 sessões.

✓ ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: Paciente tinha conhecimento e aceitação sobre seu caso e condição. Os recursos de enfrentamento são bons, porém tem sequelas emocionais quanto à cirurgia, perdas e óbitos. Dinâmica familiar adequada. Relação de confiança com a equipe. Manifestações psíquicas: manifesta esperança. Conformismo, dependência, limitação de atividades. Foi encaminhada para o grupo de serviço social.

✓ SERVIÇO SOCIAL: Não compareceu ao grupo da UBS.

✓ ACOMPANHAMENTO APÓS O TRATAMENTO: Durante os acompanhamentos, a paciente apresentava sempre com mamografia BIRADS II à direita e BIRADS I à esquerda. Porém, em 07/2015: BIRADS III em mama direita e BIRADS I à esquerda. Já em 07/2016, apresentou BIRADS I bilateral. Em 05/2017, BIRADS II à direita e I à esquerda.

❖ 2017-RECIDIVA DO CA DE MAMA

✓ NOVEMBRO 2017: (21/11/17) Consulta na UBS Brasilândia. Paciente relatava aparecimento de nódulo em mama direita. Foi solicitado mamografia. Encaminhado ao mastologista.

(30/11/2017) Consulta com mastologista NGA. Foi solicitado USG de mama.

✓ DEZEMBRO 2017: (13/12/2017) Retorno com exames no mastologista do NGA. Exames mostram BIRADS IV em mama D. Solicitado biópsia percutânea orientada por USG com urgência.

✓ JANEIRO 2018: *USG de mama*: Nódulo mamário solido, 2x2 cm, mama D. *Mamografia*: Nódulo em mama D QIM, 2,8x2,4 cm, birads IV. BIRADS IV em mama D e BIRADS I em mama E.

✓ FEVEREIRO 2018: Realizada mastectomia radical em mama D. Nódulo palpável de 40 CM.

✓ MARÇO 2018: Foi realizada mastectomia radical *ESQUERDA*. Iniciou quimioterapia.

✓ ANATOMOPATOLÓGICO: *Macroscópico*: L1: localizado em QSL D medindo 3.5 cm. L2: QSL D medindo 4,2 cm a 7 cm de L1. *Microscópico*: Carcinoma pouco diferenciado grau 3, multicêntrico, invasão vascular positiva, margens livres. Nódulo no QSL D com 3,5 cm e nódulo UQM com 4,2 cm, íntima relação com a pele.

✓ IMUNOHISTOQUÍMICA: Resultado da mastectomia radical D.

Ki-67 positivo 70%.

Receptor de progesterona 5%

Receptor de estrogênio 80%

✓ ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO: 18/07/2018: Consciente e orientada quanto ao diagnóstico e tratamento. Otimista. Bom recurso de enfrentamento. Compartilha cotidiano e adoecimento, trazendo informações sobre adoecimento anterior. Apresentando no momento estado emocional regular, eutímica, ansiedade moderada devido a demandas pessoais e conflitos familiares. Realizada intervenção de apoio com orientações pertinentes. 23/07/2018: Parecia mais entristecida, estado emocional mais fragilizado. 30/07/2018: Entristecida, fragilizada. Novas preocupações a seu estado de saúde. 07/08/2018: Entristecida, chorosa. 13/08/2018: partilha medos e inseguranças frente aos sintomas atuais. Também entristecida, estado emocional fragilizado, choro presente. 27/08/2018: Mais otimista. 03/09/2018: Mais entristecida e emocional fragilizado. 12/09/2019: Melhora do estado emocional. Fala sobre planos e projetos de mudança. 17/09/2018: Queixa-se de desconforto respiratório. Preocupada frente a seu quadro. Fala sobre planos e projetos de mudança. 24/09/2018: Não compareceu ao atendimento. Estava internada.

✓ AGOSTO DE 2018: Exame físico com múltiplos nódulos subcutâneos hiperocrômicos com até 0,8 cm em plastrão D, compatíveis com metástases subcutâneas. Gânglio de 2 cm em axila E, móvel e pouco doloroso ao toque.

✓ SETEMBRO DE 2018: Paciente evolui com dispneia progressiva nos últimos dias. Tosse seca, contínua e de difícil controle. Refere progressão de lesões nodulares em plastrão e acentuação do prurido cutâneo multifocal. Refere lesão nodular em axila esquerda dolorosa e observou lesão nodular em região perivaginal. Está ansiosa e angustiada. EF: Lesões nodulares em plastrão D. Na axila, o nódulo E está com 5 cm.

✓ INTERNADA NA SANTA CASA DE FRANCA EM 19/09/2018, ÀS 22:18: Paciente com quadro de hemiplegia E de início às 15:30, associado a rebaixamento de nível de consciência e torporosa. Marido relata que ela deambulava, tinha vida normal. Ao chegar em casa, encontrou a esposa com mal-estar. Exame: torporosa, descorada (2/4). Solicitado TC e exames gerais. Prescreveu: AAS, sinvastatina, fenobarbital, dipirona, bromoprida. Foi realizada TC que evidenciou AVEi em ACM direita.

✓ 20/09/2018 (SEGUNDO DIA DE INTERNAÇÃO): *Hemograma*: anemia normo normo (Hb 10,2), Ht baixo. Leucocitose discreta. Sedimento urinário com discreta leucocitúria. TC: calcificações da cúpula frontal e parietal à direita que protraem para o encéfalo adjacente. Nos últimos 5 dias a paciente queixava de astenia. Também já havia se queixado de hemianopsia esquerda, incoordenação esquerda. GCS 14 Pupilas Isocóricas e fotorreagentes. Movimentação ocular extrínseca: olhar desviado para direita; fala disártrica. Sensibilidade tátil-dolorosa: anestesia a esquerda Força muscular grau 0 a esquerda. Foi conversado com marido sobre mau prognóstico. Sem indicação a craniotomia descompressiva pois doença grave incurável. Prescrito morfina. Fazendo terapia inalatória com fenoterol (LABA) e ipratrópio (Broncodilatador).

✓ FISIOTERAPIA: Ritmo de Cheyne Stokes. GCS 14. Cateter nasal 3L/min. Tosse ativa, produtiva e eficaz. Tentativa de desmame de O2 sem sucesso. Retorno a 3L. Fisioterapia motora passiva de MS e MI esquerdo e ativa assistida em membros direitos. TC evidenciado AVCI em região frontoparietal direita.

✓ **PSICOLOGIA:** Paciente deitada, sonolenta, acompanhada pelo marido. Marido ciente perante o quadro clínico, contudo, mantém discurso positivo e expectativa de melhora. Apontando discurso religioso como forma de enfrentamento. Demonstra fragilidade emocional, esgotamento físico, porém disponibilidade para manter acompanhamento

✓ **27/09/2018 – ÓBITO:**

01:15 - O acompanhante chamou a enfermeira, relatando que a paciente não estava bem.

01:20 - Aferido sinais vitais, pressão, pulso, saturação não visível e não audível. Foi comunicado a enfermagem. Feito ECG. 01:30: Plantonista constatou o óbito. PCR. Foi comunicado ao acompanhante.

02:00 - Retirado o cateter, SNG e encaminhada ao necrotério.

Foi rebaixando o Glasgow com os dias. No dia 22 era 14. No dia 24 era 9. Dia 25, era 6. No dia 26, o Glasgow era 4.

3. Discussão

As principais estratégias de enfrentamento ao câncer de mama se baseiam na prevenção primária com a identificação dos fatores de risco potencialmente evitáveis, prevenção secundária com detecção e tratamento precoces e prevenção terciária com a reabilitação e cuidados paliativos ao paciente. Atenção especial deve ser dada à atenção secundária com a detecção precoce dos casos de câncer de mama. Tais metodologias são capazes de efetivamente reduzir as taxas de incidência e prevalência da neoplasia de mama. Com isso, elege-se a mamografia como método de escolha para avaliação e detecção precoce do câncer em mulheres com idade previamente determinada e escolhida para rastreio. A elaboração dos princípios e diretrizes do SUS, estruturados pela Lei Orgânica 8.080 abriu portas para desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde. O controle do câncer de mama foi implementado como política pública visando instaurar o rastreamento com mamografia, garantindo o diagnóstico em tempo hábil e criação de rede de suporte capazes de fornecer tratamento adequado e satisfatório aos doentes (PORTO, 2013). Além de tudo isso, é necessário que haja conhecimento por parte das equipes de saúde dos fatores predisponentes além dos sinais e sintomas sugestivos do câncer de mama; assegurando o reconhecimento precoce da neoplasia.

O câncer de mama, assim como outros tipos de câncer, apresenta alguns fatores de risco bem consolidados na literatura. Podemos classifica-los em fatores intrínsecos ao paciente, sua genética e hereditariedade; fatores relacionados à sua história reprodutiva e hormonal e aqueles fatores associados aos hábitos comportamentais e do ambiente à sua volta. O sexo feminino, por si só, é um grande e importante fator de risco que pode se associar à história familiar precoce (antes dos 50 anos) de câncer de mama, alterações genéticas em genes como BRCA1 e BRCA2 e história pessoal de outras neoplasias. A menarca precoce (antes dos 12

anos), nuliparidade, menopausa tardia (após os 55 anos), uso de contraceptivos hormonais, reposição hormonal ao longo da menopausa também são fatores que também devem ser considerados e avaliados. Ademais, a obesidade e sobrepeso bem como o sedentarismo, consumo de bebida alcoólica e exposição a radiações são comportamentos de risco adicionais ao surgimento do câncer de mama.

É possível perceber, ao analisar os dados da paciente estudada que ela já possuía alguns fatores que corroboraram ao desenvolvimento da neoplasia de mama. São eles: o seu histórico pessoal e familiar de câncer de mama, seu histórico pessoal de outro tipo de câncer e a nuliparidade.

O câncer de mama geralmente manifesta-se com algumas características típicas tais como o aparecimento de um nódulo indolor, endurecido e irregular na mama; descarga papilar unilateral e espontânea; edema e retração cutânea. A paciente do caso, entretanto, apresentou-se com um nódulo doloroso em mama D. Em vista disso, foi solicitado a ela que realizasse uma ultrassonografia mamária para melhor avaliação do nódulo. A indicação do exame foi correta uma vez que, em mulheres com menos de 35 anos que apresentem nódulo palpável em mama, a ultrassonografia é o método de imagem de escolha.

Constado o nódulo, foi realizada setorectomia mamária. A setorectomia é uma cirurgia do tipo conservadora, realizada quando há tumores invasivos com perspectiva de atingirem margens negativas e com proporções favoráveis entre tumor e mama (< 2cm). Nesses casos, necessariamente após a excisão cirúrgica, devem ser realizadas sessões de radioterapia. Apesar disso, essa escolha cirúrgica está limitada e contraindicada quando houver microcalcificações, nódulos multifocais e câncer inflamatório. Sua taxa de recidiva é de 10% em 15 anos.

Ao realizar excisão do nódulo através da setorectomia, o material deve ser analisado anatomopatologicamente e imunohistoquimicamente. O exame anatomopatológico classifica o carcinoma em quatro tipos:

- Carcinoma ductal in situ: um tumor não invasivo e que permanece no interior dos ductos mamários
- Carcinoma lobular in situ: há crescimento excessivo das células que permanecem no interior dos lobos.
- Carcinoma ductal invasor sem outras especificações: começa no ducto mamário mas acaba se desenvolvendo no tecido normal adjacente dentro da mama.
- Carcinoma lobular invasivo: começa no interior dos lóbulos, mas cresce no tecido normal circundante dentro da mama, e tem a capacidade de invadir a circulação e se disseminar.

O exame imunohistoquímico tem por finalidade analisar receptores moleculares presentes no tecido e podem auxiliar no prognóstico e tratamento da doença. No câncer de mama, temos:

- Receptor de estrógeno: é o mais importante biomarcador em câncer de mama. Tumores que são positivos para esse receptor utilizam o esteroide hormonal estradiol como seu principal estímulo para crescimento.
- Receptor de progesterona: depende fortemente da presença de receptor estrogênico. Tumores que expressam esse tipo de receptor são raro.
- Ki-67: proteína nuclear expressa em células que estão em proliferação.
- P53: é um gene supressor tumoral. Quando há situações que predispõe ao dano do DNA, a proteína p53 é capaz de bloquear o ciclo celular, permitindo o reparo do DNA ou fazendo a apoptose celular.

Após análise do fragmento obtido pela setorectomia da paciente, constatou-se carcinoma ductal residual moderadamente diferenciado grau II, medindo 1,5 cm no seu maior eixo e imuno-histoquímica com receptores de estrógeno e progesterona negativos, marcador KI-67 a 10% e p53 positivo > 2/3. Classificou-se a paciente pela escala TNM em T1 N1 M0. A escala TNM para estadiamento de tumores mostra T como sendo o tamanho do tumor primário e se esse se disseminou para outras áreas, N descrevendo a existência ou não de disseminação da doença para linfonodos regionais ou evidência de metástase em curso e M como a presença de metástase em outras partes do corpo.

Foi indicado para a paciente a realização de mastectomia. Porém houve recusa em realiza-la. A mastectomia é uma cirurgia não conservadora e a mais comumente realizada é a mastectomia radical modificada em que há retirada de toda a mama, com esvaziamento de linfonodos axilares e preservação de músculo peitoral maior ou de músculos peitorais maior e menor. Nesses casos, há possibilidade de reconstrução mamária imediata com colocação de próteses caso não haja indicação de radioterapia adjuvante pós-operatória e em que a doença não esteja avançada. A mastectomia apresenta inúmeras implicações biopsicossociais tais como alterações na autoestima, sexualidade, necessidade de apoio familiar e conjugal. A recusa da paciente em realizar pode ser consequência de uma junção desses fatores. Diante disso, vale ressaltar a autonomia da paciente em optar por uma cirurgia conservadora, mesmo diante dos riscos apresentados. Não é possível dizer ao certo se o CA de mama da paciente não iria recidivar se ela tivesse optado por fazer a mastectomia radical, no entanto, pressupõe-se que seria menos provável que a recidiva ocorresse.

Sendo assim, fez-se necessária a indicação de quimioterapia à paciente. A quimioterapia é um tratamento medicamentoso anticancerígeno que destrói as células malignas, impedindo o seu crescimento ou multiplicação e atua em um ou mais pontos do ciclo de vida. Pode ser de vários tipos:

- Adjuvante: realizada após uma cirurgia para destruir as células cancerígenas que ficaram remanescentes após o procedimento.
- Neoadjuvante: feita antes da cirurgia na tentativa de diminuir o tamanho do tumor de modo que ele possa ser retirado com uma cirurgia menos extensa e complexa.

- Para doença metastática: usada como tratamento principal nos casos de doença disseminada.

Além da quimioterapia é possível acrescentar uma outra modalidade terapêutica ao tratamento: a radioterapia. É um tratamento locorregional para o câncer e consiste na utilização de radiação de alta energia impedindo a multiplicação das células cancerosas. A irradiação das células deve ser a mais precisa possível para poupar os tecidos saudáveis adjacentes. Pode ser de três tipos:

- Externa: a fonte radioativa é colocada fora do paciente. Os raios são emitidos por uma máquina que fica próxima ao corpo e local de necessidade, devendo atravessar a pele para atingir o tumor.
- Braquiterapia: a fonte de radiação é colocada no interior do paciente. Consiste em corpos radioativos introduzidos no tumor, liberando a radiação a uma pequena distância.
- Metabólica: administrada via oral ou injeção endovenosa da fonte radioativa que se prende sobre as células cancerosas para destruí-las.

Os pacientes submetidos ao tratamento para câncer de mama devem ter um acompanhamento especial depois de finalizado seu esquema terapêutico. Idealmente, nos primeiros 5 anos após o tratamento, devem ser feitas consultas semestrais com realização de mamografia anuais e, passados os 5 anos iniciais, as consultas passam a ser anuais bem como a mamografia.

Durante o acompanhamento da paciente do caso, apresentou-se sempre com mamografia BIRADS II à direita e BIRADS I à esquerda. Porém, em julho de 2015 apresentou um BIRADS III em mama direita e manteve-se BIRADS I à esquerda. Nesse momento, deveria ter sido repedida a mamografia em um período de 6 meses, o que não foi realizado, voltando a fazer o exame apenas um ano depois, em maio de 2016. Nessa ocasião, entretanto, já foi constatado BIRADS I bilateralmente. Questionamos se houve falha na avaliação do exame ou se realmente já estávamos diante de uma possível recidiva do câncer de mama.

A realização de mamografia é uma estratégia de saúde pública que tem sido adotada em contextos diversos nos quais a incidência e mortalidade pela neoplasia de mama são elevadas. É o único exame capaz de detectar lesões não palpáveis, com sensibilidade de 77-95% e especificidade de 94-97%. O Ministério da Saúde recomenda que seja realizado bianualmente em mulheres com idade entre 50 e 69 anos. O resultado do exame é classificado pelo sistema de BIRADS, mostrado a seguir:

Figura 2: Categorias BI-RADS® no exame mamográfico, interpretação e recomendação de conduta

Categoria	Interpretação	Recomendação de conduta
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado.
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.*
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Cada categoria apresenta uma conduta diferente a ser tomada. No caso de BIRADS III (apresentado pela paciente em uma ocasião), a paciente deve permanecer em acompanhamento por três anos, com repetição do exame a cada seis meses no primeiro ano e anualmente nos dois anos seguintes. Esses casos devem ser acompanhados pelo especialista na atenção secundária. Já os casos de BIRADS IV E V, deve-se prosseguir com investigação histopatológica, preferencialmente por meio de punção por agulha grossa orientada por método de imagem. Outros exames como ultrassonografia, ressonância nuclear magnética, termografia e tomossíntese são contra-indicados para rastreio do CA de mama.

Em 2018, a paciente apresentava-se novamente com nódulo mamário em mama direita. À mamografia constatou-se BIRADS IV nessa mama. Conduzida à mastectomia radical. Nesse momento, ao analisarmos os prontuários percebemos alguns erros descritivos tais como “nódulo de 40 cm” e “mastectomia em mama esquerda”. Contrários a tudo aquilo que vinha sendo apresentado. Desta forma, destaca-se a importância da atenção devida no preenchimento dos prontuários hospitalares, de forma a evitar diagnósticos e procedimentos incorretos.

A análise anatomopatológica apresentou carcinoma ductal pouco diferenciado grau III, com dois nódulos, um medindo 3,5 cm e o outro 4,5cm. A imuno-histoquímica revelou positividade para receptor de progesterona (5%) e estrógeno (80%). O marcador Ki-67 também era positivo em 70%. Percebemos que, comparativamente ao câncer apresentado pela paciente em 2009, a recidiva é mais agressiva, uma vez da evolução de marcadores que antes negativos, agora positivos e pelo tamanho e número dos nódulos, antes sendo apenas um de 1,5cm, e agora dois, de 3,5cm e 4,5cm.

Foi solicitada quimioterapia à paciente. Ao longo do tratamento, a paciente era acompanhada por equipe de psicológicas em que, pode-se perceber a evolução de seu enfrentamento com relação à sua doença. No início, apresentava-se otimista e confiante com relação a sua cura. Mas, com o passar do tempo, foi tornando-se entristecida e insegura frente à sua efetiva melhora. Ser diagnosticada

com câncer de mama exige um enfrentamento com base em estratégias para mudanças comportamentais e emocionais, na qual os indivíduos devem aprender a lidar com as exigências internas e externas caracterizadas como estressantes com relação à situação vivenciada. É preciso uma ampla e fidedigna rede de apoio familiar que desempenhe diferentes papéis juntos ao doente com câncer como prover suporte emocional necessário, compartilhar obrigações e tomada de decisões, comunicação com a equipe multiprofissional envolvida no tratamento, entre outros (JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES, 2010).

No dia 19/09/2018 a paciente deu entrada na santa casa de Franca devido um AVEi, vindo a óbito no dia 27/09/2018. O AVEi provavelmente foi consequência de uma metástase cerebral do CA de mama. Nos oito dias que a paciente esteve internada, podemos ver a evolução do caso. A craniotomia descompressiva, procedimento cirúrgico que muitas vezes é utilizado nesses casos afim de aliviar a PIC, foi desencorajada pelo mal prognóstico da paciente. A partir daí é possível observar que já estavam sendo empregados cuidados paliativos para a paciente em questão, com apoio psicológico, fisioterápico e também por meio da analgesia e sedação.

Os cuidados paliativos são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida, com o objetivo de promover a qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. A abordagem ao paciente e família é feita por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos e farmacêuticos, em atividades diretamente ligadas às necessidades biopsicossociais (INCA, 2018)

A paciente acabou vindo a óbito no dia 27/09/2018, mas destaca-se que a mesma recebeu todos os cuidados inerentes ao seu caso, já em relação ao atestado de óbito, o mesmo estava preenchido dessa maneira:

Causa da morte e antecedentes:

- A. Insuficiência respiratória
- B. Metástase de CA de mama
- C. Acidente vascular cerebral
- D. Câncer de mama metastático

Figura 4: Declaração de óbito - Causas da Morte

CAUSAS DA MORTE		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
PARTE I					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
a	Devido ou como consequência de :				
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
b	Devido ou como consequência de :				
c	Devido ou como consequência de :				
d	Devido ou como consequência de :				

Sabemos que para um correto preenchimento do atestado de óbito, a causa básica tem que ser declarada na última linha da parte I, enquanto que as causas consequenciais, caso haja, deverão ser declaradas nas linhas anteriores. É fundamental que, na última linha, o médico declare corretamente a causa básica, para que se tenha dados confiáveis e comparáveis sobre mortalidade segundo a causa básica ou primária, de forma a permitir que se trace o perfil epidemiológico da população. Também é de suma importância o preenchimento do CID-10 (FUNASA, 2001).

No caso em questão, é possível analisar que o preenchimento do atestado afirma que a paciente teve uma insuficiência respiratória, decorrente de uma metástase de CA de mama, decorrente de um AVE, decorrente de um CA de mama metastático. Além da ordem dos fatos não está de acordo com a realidade, a metástase aparece duas vezes no atestado. Também é visto que os campos correspondentes ao CID-10 não estão preenchidos. Correto preenchimento seria:

Causa da morte e antecedentes:

- A. Insuficiência respiratória
- B. Acidente vascular cerebral
- C. Metástase de câncer de mama

O correto preenchimento deste campo fornece valiosa informação para a construção do perfil epidemiológico da população para as três instâncias: federal, estadual e municipal (FUNASA, 2001).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, fundamentalmente é necessário que existam políticas públicas efetivas para o rastreamento do câncer de mama, garantindo acesso universal à população para diagnóstico precoce e intervenção oportuna e curativa da doença. Além disso, os profissionais da equipe multidisciplinar da saúde envolvidos no processo saúde-doença daquele que enfrenta a neoplasia mamária devem estar atentos e ter conhecimento sobre os protocolos e manejo da atenção à doença.

Os estudantes devem também ser colocados à frente de dados epidemiológicos de mortalidade por doenças com tamanha incidência e prevalência na população geral para que desde sua formação sejam capazes de adquirir conhecimento crítico sobre as demandas de saúde, assim como os protocolos

assistenciais. Reforçamos a importância do contato com documentos essenciais como Declaração de óbito, prontuários ambulatoriais e hospitalares, do entendimento da necessidade de preenchimentos completos e corretos dos dados, para fins epidemiológicos e julgamentos em processos de classe (Conselho Federal de Medicina) e justiça comum.

REFERÊNCIAS

FUNASA. Manual de Instruções para preenchimento de declaração de óbito. **http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_declaracao_obitos.pdf**, 2001.

INCA. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Disponível em: **https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf**, 2015.

INCA. **Detecção precoce de câncer de mama**, 2018. Disponível em: <**https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/deteccao-precoce#1**>.

INCA. Cuidados Paliativos, 2018. Disponível em: <**https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos**>.

INCA. **http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/mapa-mama-feminina-colo-uterio.asp. Neoplasia de Mama Feminina e Colo do Útero**, 2018.

INCA. Cuidados paliativos. **INCA**. Disponível em: <**https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos**>.

JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES, L. A. B. T. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

PORTO, M. A. T. Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2013.

O VÍNCULO ENTRE O MÉDICO E A FARMÁCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Professora Especialista- Uni-FACEF
talitafernanda@facef.com

Priscila Gimenez Sala
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
gisapri25@hotmail.com

Bruno dos Santos Stella
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
bs.stella@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

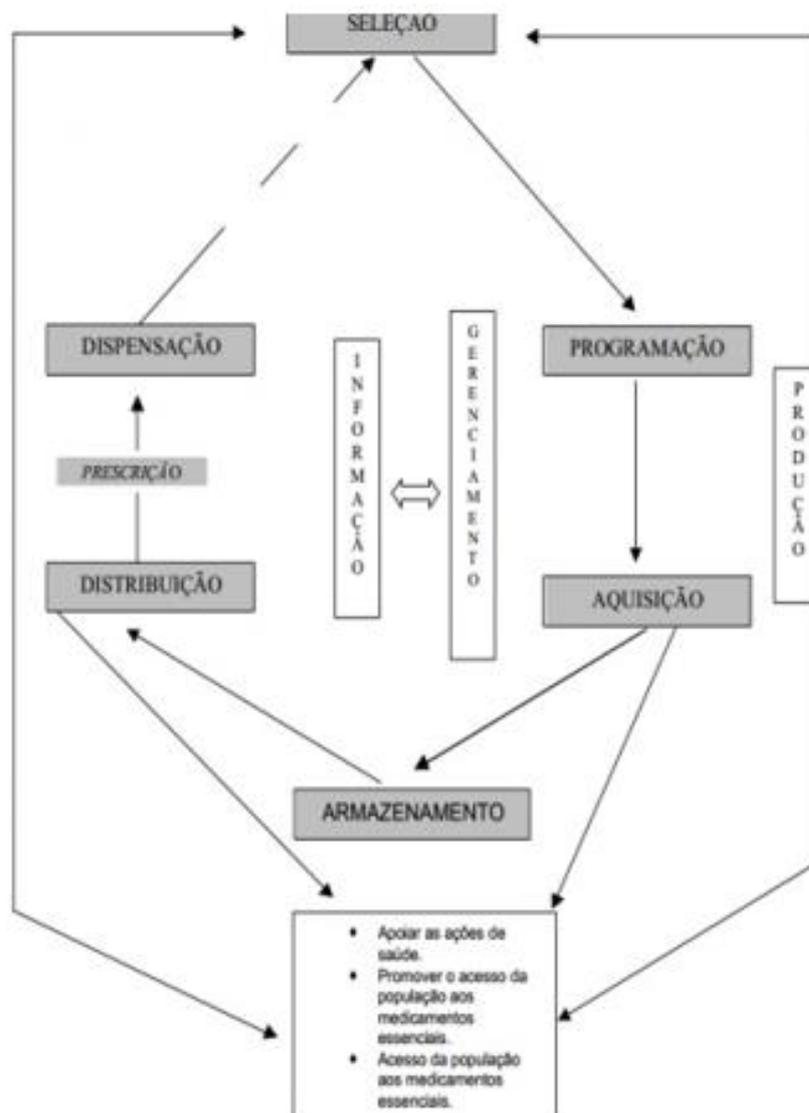
Este relato refere-se a um dos diversos âmbitos encontrados na Unidade Básica de Saúde (UBS), a farmácia e a dispensação de medicamentos. No Sistema Único de Saúde tem-se como sua base os seus princípios e diretrizes que consiste na universalidade, equidade, regionalização, resolubilidade, descentralização e participação da população (Saúde, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, 2014). Sendo assim, a farmácia e a dispensação de medicamento por meio dos principais quesitos, como universalidade, o que garante a todos o acesso a medicamento conforme o tratamento descrito e a resolubilidade que quando o paciente busca o atendimento e posteriormente o tratamento o serviço esteja capacitado para atendê-lo (rsp.fsp.usp, 2017).

A principal porta de entrada de assistência do serviço de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é a farmácia, sendo esse um espaço limitado e está pautada a inclusão de um profissional farmacêutico na equipe de saúde. A farmácia é o elo final no processo do atendimento, sendo que cabe ao farmacêutico rediscutir com o paciente sobre a posologia do tratamento. Pela Lei nº 5.991 estabelece que o processo de dispensação de medicamentos esteja sob a responsabilidade do profissional farmacêutico e demais atribuições conforme o quadro 3. (Saúde, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, 2014)

A necessidade de um profissional na farmácia se deve ao fato que a ocorrência do fracasso terapêutico, o aparecimento de reações adversas, interações medicamentosas são problemas frequentes e estão relacionados com a falta do mesmo, o que indica que o farmacêutico no momento da dispensação se limita a explicar ao paciente os fins dos medicamentos e orientar o uso adequado. (Saúde M. d., Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2009).

A assistência farmacêutica pode ser considerada uma das áreas mais críticas do complexo da saúde, considerando que a falta de medicamentos impede que a população obtenha melhores resultados dos tratamentos e qualidade de atendimento, ocasionando internações desnecessárias e problemas financeiros a população necessitada. (Saúde M. d., Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2009)

O que dificulta o trabalho do profissional que maneja dentro da dispensação dos medicamentos é a falta do abastecimento, pois é informado a secretaria da saúde quais medicamentos possuem maior demanda dentro da unidade básica, e estes são enviados a mesma. No entanto, não raro, ocorre a falta do medicamento atrapalhando e acarretando em fracasso terapêutico. (Soares, 2011).



(Soares, 2011)

Considerando a implantação da RAS (Redes de atenção a saúde), torna-se importante promover a os serviços de Atenção Farmacêutica, descrito na

Figura 3: RDispensação de medicamentos

DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS

- A farmácia deve ser mantida aberta durante todo horário de funcionamento da Unidade.
- Garantir a dispensação de medicamentos aos usuários da rede.
- Dispensar medicamentos para os usuários, segundo a Relação Municipal de Medicamentos da Rede Básica e Especialidades, mediante a apresentação da receita e conforme a norma de dispensação (Portaria nº 338-SMS.G – 06/02/14).
- A relação de medicamentos encontra-se no aplicativo GSS (Gestão de Serviços em Saúde). Toda e qualquer necessidade de adequação de consumo para atender a demanda de medicamentos, deverá ser pactuada entre Supervisão Técnica de Saúde.
- Sempre lançar a dispensação de medicamentos de forma correta no GSS para garantir controle de estoque e permitir o abastecimento pelo almoxarifado.
- Orientar o usuário quanto ao uso correto do medicamento dispensado fornecendo informações sobre: posologia, efeitos colaterais e reações adversas.

Fonte: Paulo (2015).

2. OBJETIVO

O objetivo deste relatório é demonstrar a importância da farmácia e o seu vínculo perante os profissionais da saúde dentro da Unidade Básica de Saúde para a população, a relevância do profissional capacitado que possa abranger e organizar a farmácia da unidade e como a falta de medicamento interfere na terapêutica do paciente e na resolubilidade. Relatar a convivência e a experiência de um aluno de medicina dentro de uma unidade básica, vinculado ao conhecimento da teoria.

3. METODOLOGIA

Em visita a Unidade Básica de Saúde do bairro Luiza localizado na cidade de Franca- SP, foi acompanhado a dispensação de medicamentos e a interação entre a farmácia e os profissionais da saúde. Foi verificado que nesta UBS, por questões administrativas não se fazia presente o farmacêutico. Foi notório também, que os médicos assistentes não possuem contato permanente com a assistência farmacêutica, pois acabam prescrevendo medicações em desabastecimento, sem ser informado que poderia haver a mudança por outra medicação com substância equivalente. Ainda nesta UBS não existe um profissional responsável pela área da farmácia e algumas vezes ocorre um tempo de espera maior que o habitual, fazendo com que as pessoas desistam e deixem de pegar a medicação naquele momento. O fluxo de pacientes dentro da unidade é alto, o que corrobora para maior necessidade de um profissional capacitada para receber esses pacientes e orientá-los da melhor forma possível.

4. RELATO DE EXPERIENCIA

Em constantes visitas a Unidade Básica de Saúde Luiza, Franca- SP, foi estabelecido um vínculo entre a unidade e o aluno de medicina. Após o vínculo estabelecido, me senti na liberdade de explorar diversas áreas da unidade como forma de aprendizado, prevendo a observação da interação dos profissionais de saúde, da população e do serviço ali disponível. Observando, assim, a aplicabilidade da teoria apresentada durante as aulas, para que dessa forma eu possa entender como funcionaria o sistema de saúde.

O que realmente tornou-se notório foi a dispensação de medicamento e a relação do médico com a farmácia, sendo tal vínculo deficitário.

Notadamente, a farmácia não possuía gerência, pois ela não era coordenada por um funcionário específico e apto a realizar a dispensação dos medicamentos, a organização dos mesmo e explicação aos pacientes da maneira da utilização do e quando utilizar. Em vários aspectos a funcionalidade da farmácia era inadequada, pois os pacientes faziam filas, e esperavam por muito tempo para receberem a sua medição, porque não havia funcionário disponível para realizar tão

ação, visto que em diversas ocasiões eu realizei a entrega do medicamento e a explicação do uso. Após estudo sobre como a farmácia está vinculada à resolubilidade do tratamento do paciente, me senti um pouco revoltada, pois a população necessita desse serviço para a melhora do quadro clínico.

Nota-se que nesta unidade há falta de profissionais da saúde, e isso prejudica claramente a dispensação dos medicamentos e a organização do mesmo. Diante de tantas situações de não conformidade, verifica-se claramente a violação dos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), que apresenta a universalidade, e o sistema de apoio que remete a distribuição de medicamentos a população se torna deficitário.

O profissional adequado para realizar esta tarefa estaria de fato, vinculado a melhora desses porém, que dessa forma a dinâmica na dispensação de medicamentos e no conhecimento das possibilidades que há disponível para a população, estabeleceria melhores resultados. Porém, não é o que acontece na unidade citada, contudo a evidência de que um farmacêutico presente e regulamentando o seu porto de trabalho, revela que sua importância é fundamental para o melhor funcionamento.

No que tange a observação da relação do médico com a farmácia é praticamente inexistente, diante ao fato que o médico em questão que realizava o atendimento na unidade não tinha conhecimento dos medicamentos ali presentes. Este fato é corroborado, porque em diversas ocasiões os pacientes redirecionados a farmácia após a consulta, buscavam o medicamento indicado e este não está disponível, devido a sua falta. Isso justifica a falta de vínculo e o desinteresse do médico pelos serviços que estão disponíveis a ele, a população e ao serviço de saúde. Ao médico, no sentido de que a melhora da resolubilidade e do tratamento do paciente se deve ao fato da utilização adequada do medicamento e do tempo adequado do uso, sendo assim, com seu uso de forma adequada o paciente teria uma resolução efetiva e um vínculo fortalecido com o médico, perante futuras necessidades.

À população, pois quando o paciente não utiliza o medicamento de forma adequada, devido a sua falta, o mesmo possui duas vertentes, a não utilização da medicação ou a sua compra. A não utilização fará com que o paciente retorne e ocorra eventualmente a piora do quadro, e sua compra, sendo que a população que utiliza o serviço de saúde, geralmente, é uma população de carece de recursos financeiros e a compra do medicamento pode não ocorrer.

E por fim, ao serviço de saúde, pois este paciente com piora do quadro e a não resolubilidade tornar-se caro ao serviço, pois comorbidades podem surgir. No parâmetro médico, este deveria ser mais ativo dentro do seu âmbito de trabalho e buscar ter o conhecimento das ferramentas disponíveis para o sucesso no tratamento e no seguimento do paciente.

Diante da presença da Universidade dentro da UBS, foi sugerido que a enfermeira coordenadora, que pudéssemos tomar alguma ação sobre os acontecimentos, como redirecionar um funcionário para a farmácia e realizar a organização da mesma e tabelar os medicamentos existentes e os que estão em falta. Dessa forma, levantar a mesma lista e repassar ao médico para que o mesmo possua conhecimento do que ocorre dentro da farmácia deve ser de aliança estável, visando a benfeitoria para o paciente e seu tratamento.

A equipe se mostrou exitosa sobre as modificações, e acreditam que para tais mudanças outras providencias deveram ser tomadas, acolheram tal sugestões que ficará como novo plano de ação da UBS.

5. CONCLUSÃO

O sistema de distribuição dentro da Unidade Básica de Saúde é direcionado pela instalação da farmácia ,que realiza a dispensação do medicamento a população, vinculando- se entre o atendimento realizado pelo médico e atenção necessária ao paciente. Sua importância é evidenciada em questões sócio-econômica e epidemiológicas. Notadamente, para que ocorra a eficiência do serviço é necessário um profissional apto e especializado para o manuseio das situações impostas pela dispensação dos medicamentos.

A importância do conhecimento do médico do âmbito em que este trabalha, fará com que seu atendimento e a sua produtividade em relação á eficácia do tratamento, visto que , necessário o vínculo com a farmácia, seja de maior importância ao paciente e suas queixas.

Notadamente, a falta de um profissional da saúde responsável pela dispensação de medicamentos, associada ao desconhecimento da equipe de médicos pela farmácia faz com que os pacientes sejam prejudicados e acabam utilizando recursos financeiros para a aquisição de seus medicamentos ou mesmo deixem de fazer uso, diminuído a aderência ao tratamento, com prejuízos evidentes.

REFERÊNCIAS

Daniela Oliveira de Melo, S. R. (2016). Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção.

Paulo, G. d. (2015). Diretrizes opeeracionais.

rsp.fsp.usp. (2017). Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS.

Saúde, M. d. (2009). Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Saúde, M. d. (2014). Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Fonte:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf

Soares, F. N. (2011). Implatação da Estratégia de Saúde da Família em Município de Pequeno Porte no Interior Paulista.

OS ASPECTOS PROMISSORES ACERCA DA ABORDAGEM LÚDICA DE CONTOS INFANTIS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO MÉDICA: Um relato de experiência

Janaína Cadiz Chiri
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
janacadiz@gmail.com

Márcia Lopes Urquiza
Professora Ma. - Uni-FACEF
marcialurquiza@gmail.com

Victor Gabriel Galdino Soares Góis
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
victor-gois@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O ato de ouvir e contar histórias estão presentes em nossas vidas desde que nascemos. Aprendemos por meio das experiências concretas das quais participamos, mas também por meio daquelas experiências das quais tomamos conhecimento através do que os outros contam. Para formar crianças que gostem de ler e que tenham sensação de prazer com a leitura, precisa proporcionar a ela desde muito cedo um contato frequente e agradável com o livro e com o ato de ouvir e contar histórias. A literatura infantil começa a delinear-se no início do século XVIII, quando a criança passa a ser considerada um ser diferente do adulto, com necessidades e características próprias. A arte de contar história é muito mais que ler uma história, é preciso que o contador tenha clareza do que cada situação oferece ao ouvinte e a quem conta diferentes experiências de aprendizagem. Ao contar uma história, estão em jogo aspectos vinculados às marcas da oralidade: trejeitos, gestos, entonação que nos permitem uma audição só possível estando presente. O contador de histórias usa a expressão corporal, a voz, os recursos disponíveis para envolver aqueles que o ouvem. O contador assume uma fala que não é sua, mas a forma com que se busca contar a história é que é o diferencial (FARIA, 2017)

As histórias são ferramentas para a educação, dando subsídios para a formação da personalidade da criança. Em virtude das exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, os cursos de medicina têm inserido os estudantes precocemente com atuações na comunidade, nos equipamentos sociais e de saúde, evidenciando a necessidade do estímulo nas iniciativas relacionadas com a responsabilidade social.

Sabe-se que é de grande relevância o incentivo a leitura para crianças que se encontram em fase de formação, uma vez que, os contos estimulam na criança o prazer pela leitura, os fazem viajar na imaginação e fundamenta a ligação entre fantasia e realidade. Diante dessa concepção, a contação de histórias fortalece a observação e dar sequência lógica aos fatos, bem como, a ampliação do vocabulário e o desenvolvimento da linguagem oral e escrita. A execução da literatura proporciona a criança trabalhar com a leitura, a encenação, a dramatização e a reflexão, além de contribuir para um ensino mais dinâmico e acessível à criança, já que a mesma está envolvida com um momento imaginário. Porém, é por meio do mundo fictício que a criança adquire conhecimentos reais, visto que a fantasia aproxima a criança da forma de como ela vê o mundo. É instrumento que serve como ponte para transitar nas dimensões afetivas, cognitivas e sociais do ser humano e ampliar os significados que tornam as pessoas mais humanas, íntegras, solidárias e cidadãos. O ato de contar histórias pode ser considerado como social e coletivo, que se materializa por meio da escuta afetiva e efetiva (FARIA, 2017).

A arte de contar histórias permite o contato com a fantasia, libera a imaginação, facilitando seu exercício e enriquecendo nosso mundo interior. Além de desenvolver o hábito de ouvir, de conversar e o prazer de ler, para buscar sempre as mesmas e novas histórias, acumulando assim, conhecimentos preciosos. Ler histórias na infância deve se transformar em atividade rotineira, pois o escutar história desenvolve naturalmente um interesse cada vez maior em aprender.

Atualmente o que mais vemos são livros serem deixados de lado pelas crianças, das quais, busca na sua maior parte do tempo, o uso das tecnologias como videogames, celulares, computadores, e assim acabam tendo dificuldades de leitura, interpretação e o mais importante: não se formando um cidadão leitor e crítico em nossa sociedade. O gosto pela leitura é despertado no ser humano desde sua infância, por isso a importância em pesquisar sobre a literatura e arte de contar histórias. É por meio deste mecanismo que conseguimos despertar nas crianças, a imaginação, a criatividade, podendo torná-los agentes de transformação na sociedade.

A literatura infantil pode levantar diferentes visões, onde dependerá da leitura e do momento vivida por cada leitor, cada criança vive um momento diferente, quando lê um livro, uma história, ele ativa a sua imaginação, e cria situações vividas por ele. É através da literatura que podemos abordar com as crianças valores emocionais, afetivos, intelectuais, ou seja, questões necessárias em nossa sociedade, para que cada indivíduo respeite a necessidade individual de cada um (SANTOS, 2011)

Logo, a contação de história transmite conhecimentos e valores fundamentais para formação de identidade da criança. Os contos propiciam a criança reflexão sobre seu cotidiano, uma vez que, muitas literaturas infantis fazem ligação de maneira simples com os fatos presentes no cotidiano infantil. A

aproximação das narrativas infantis com a realidade vivida pela criança é uma característica de grande importância para o desenvolvimento intelectual e formação de identidade da criança, assim como, propõe o incentivo à leitura contribuindo para formação de futuros leitores.

2 OBJETIVOS

Relatar a experiência da atividade realizada em uma instituição para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e refletir sobre a utilização da contação de histórias como ferramenta de desenvolvimento pessoal e social da criança e responsabilidade social do estudante de medicina.

3. DISCUSSÃO

O projeto foi desenvolvido na disciplina Interação em Saúde na Comunidade, por estudantes do segundo ano de medicina, acompanhados pelo preceptor, em um abrigo de Franca-SP. Resolveu-se trazer um pouco do mundo mágico dos contos de fadas para a realidade de algumas crianças desse local. Depois de uma discussão acerca de qual seria a melhor história a ser contada, foi optado por “A Bela e a Fera”, que traz em seu contexto valores como altruísmo, resignação pelo próximo e a prevalência da beleza interior em detrimento da exterior.

A escolha de se trabalhar contos dentro do curso de medicina está pautada no fato de a contação de história contribuir significativamente para o desenvolvimento da criança, despertando encanto, prazer e imaginação. Essa prática subsidia a aproximação do real com as fantasias que são fundamentais para o progresso na primeira infância. Mesmo a criança ainda não sabendo ler, ela naturalmente é curiosa, questionadora e esperta, portanto o contato diário com a escuta de histórias promove o gosto pela leitura, pelos livros e pela aprendizagem que vincula o divertimento, ludicidade e estímulo. Dessa maneira, acreditamos que seria muito proveitoso trabalhar de um tema tão importante e que é o começo da caminhada da criança na vida escolar: a leitura (ACÁCIA SIMONE COUTO).

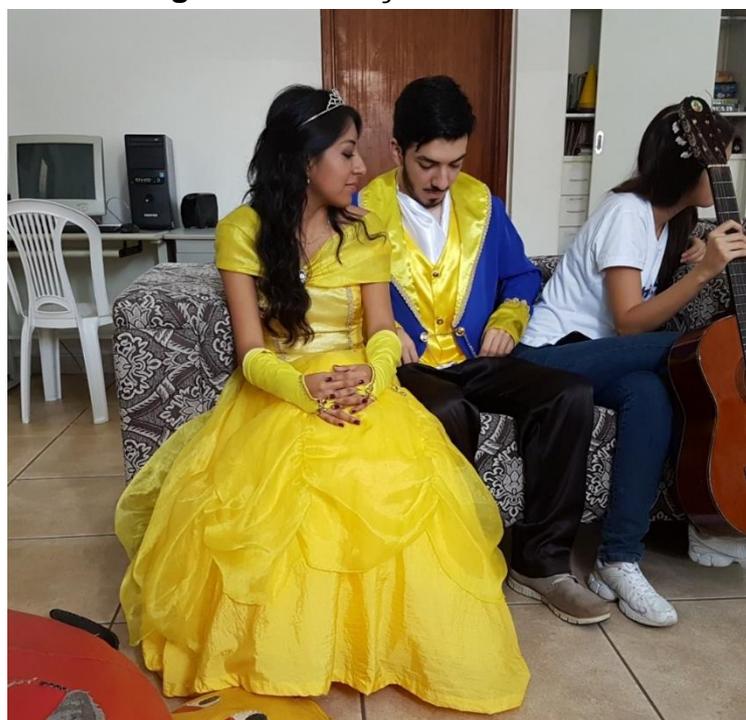
Como o local no qual se trabalhou a atividade em questão era composto por crianças e adolescentes que foram retiradas da família por algum motivo judicial, acreditou-se que o tema central do conto A Bela e a Fera seria de grande valia. Com o objetivo de fazerem as crianças realmente entrarem no mundo mágico de A Bela e a Fera, dois alunos foram trajados dos personagens e à medida que o narrador contava a história, eles iam entrando e com suas respectivas falas. Ao final, foram discutidos os aspectos positivos e negativos da história, assim como os valores que a mesma nos trazia.

Um importante fato que os contos de fadas contribuem é a questão do bem sempre superar o mal, dessa forma a criança passa a compreender que todos

independente de sua condição de vida passarão por dificuldades e provações, porém as atitudes corretas levarão a felicidade plena. Além disso, auxiliam a criança a se reconhecer, isto é, a se encontrar superando barreiras do dia-a-dia, assim como problemas mais graves como a perda de um ente querido, pois a realização dos personagens (rei, rainha, príncipe, princesa) passa a representar sua realização. Transportam a criança a um mundo mágico onde tudo é possível, um lugar de refúgio mental que lhe resguarda das dificuldades reais do dia-a-dia. Dessa forma, sentimentos inconscientes são aflorados auxiliando na construção da personalidade do indivíduo, visto que esses contos fantásticos agregam valores universais, tais como: verdade, justiça, liberdade, companheirismo e amizade, assim como os temas universais, ciúme, traição, perda, crueldade, esperança e amor (SANTOS, 2011)

A ideia de se trabalhar com os alunos trajados advém do fato de imergirem as crianças na história. Acreditou-se que a atividade seria muito mais proveitosa se as crianças ali presentes pudessem participar mais ativamente do que estava acontecendo. O desenvolvimento do método lúdico promove a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social, cultural, assim como facilita a comunicação, expressão e construção do conhecimento. De tal modo, a prática da contação de história por intercâmbio lúdico admite uma acumulação de informações mais significativa para a criança em processo de desenvolvimento.

Figura 1: Contação de histórias



Depois disso, foi separado um momento em que as crianças deviam ler uma pequena história e contá-la ao grupo, dando assim subsídios para que se pudesse identificar àqueles que eram mais íntimos da leitura e aqueles que tinham maior dificuldade na leitura e interpretação. Ainda com o objetivo de incentivo à

leitura, foram doados vários livros à instituição, para que os princípios que foram instituídos pudessem ser treinados e perpetuados. Com isso, foi possível observar uma grande adesão das crianças e jovens que fizeram parte da atividade de contação de história e da prática de leitura. Após a leitura, houve a elaboração da moral por elas mesmas a fim de que desenvolvam a capacidade de reflexão e da análise crítica.

Figura 2: Atividades em um abrigo



3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, concluímos que a contação de histórias é uma importante estratégia da aprendizagem na educação infantil, proporcionando a expressão de sentimentos, valores, oralidade e socialização dos participantes. É um grande utensílio para acordar o senso crítico e reflexivo não só das crianças, mas de todos os ouvintes, podendo um mesmo texto ser interpretado de diversas maneiras. Portanto, percebemos que essa prática de contação de histórias, de forma bem trabalhada, contribuiu de forma significativa e produtiva para a construção de textos cada vez mais coerentes e cheios de imaginação e que a oralidade instigou um melhor desenvolvimento, tornando a criança mais predisposta a sentir-se criativa e capaz de superar seus próprios obstáculos na escrita.

As ações aqui desenvolvidas pelos estudantes de medicina proporcionam o desenvolvimento de habilidades de comunicação e responsabilidade social.

REFERÊNCIAS

ACÁCIA SIMONE COUTO, J. C. S. M. L. D. S. M. C. L. S. A contação de histórias na educação infantil.

FARIA, I. G. D. A INFLUÊNCIA DA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS NA EDUCAÇÃO INFANTIL, Pires do Rio, 2017.

SANTOS, R. M. D. A contação de histórias como instrumento de socialização na educação infantil, Três Cachoeiras, 2011.

QUEDAS EM IDOSOS EM UMA COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE FRANCA: Prevalência e determinantes

Jenifer Priscila Bonacio
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
jeniferbonacio@gmail.com

Patrícia Bombicino Damian
Médica Geriatria – Uni-FACEF
pattydamian@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As quedas na população idosa são um dos incidentes de maior relevância dentro das síndromes geriátricas, que podem causar importantes limitações e morbidades, limitando a autonomia e a independência do idoso. Segundo o Caderno de Atenção Básica do Idoso, nº 19, 2007, as conseqüências são a injúria, incapacidade, institucionalização e até a morte, que são resultados da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade às lesões.

Podemos definir queda como o contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um fator intrínseco determinante ou um acidente inevitável (Falsarella et al., 2012), e com incapacidade de correção em tempo hábil (Buksman et al., 2008).

No entanto as quedas em idosos, em sua grande maioria, têm esse evento associado a fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (Buksman et al., 2008). Os fatores intrínsecos relacionam-se ao processo natural do envelhecimento, como a idade avançada, a maior propensão de quedas no sexo feminino, medicamentos, principalmente no que tange à polifarmácia, condições clínicas, distúrbios de marcha e equilíbrio, sedentarismo, estado psicológico, deficiência nutricional, declínio cognitivo, deficiência visual, doenças ortopédicas e estado funcional. Fatores que podem ser minimizados e até evitados, e que não precisam necessariamente fazer parte do processo de envelhecimento. O que acontece é que tal fenômeno é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que modificam gradativamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas (Carvalho, et al., 2010).

No que diz respeito aos fatores de risco extrínsecos os ambientais podem alcançar até 50% das quedas em idosos (Buksman, et al., 2008). Podemos citar a iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras

excessivamente baixas ou elevadas, roupas e sapatos inadequados, via pública mal conservada com buracos ou irregularidades e órteses inapropriadas (Buksman, et al., 2008). Fatores, que, portanto, são prontamente evitáveis quando esses idosos estão sob o olhar de cuidadores e profissionais treinados e qualificados para atender esse tipo de público, e agir na prevenção.

Em relação ao fator comportamental, esse está relacionado ao grau de exposição ao risco, o qual inclui pessoas mais inativas e as mais ativas, possivelmente pela fragilidade das primeiras e pelo grau de exposição dos demais (Buksman, et al., 2008). Entre os idosos mais inativos enquadram-se, principalmente, aqueles que após a queda ficam mais propícios à baixa autoconfiança em realizar suas atividades, seja por medo de novos episódios de queda ou devido a outros fatores físicos, psicológicos ou sociais (Carvalho, et al. 2010).

Desta forma, o processo de envelhecimento vem acompanhado por problemas de saúde física e mentais, provocados frequentemente por doenças crônicas e quedas (Ribeiro, et al. 2008). Concomitante aos fatores citados, o idoso passa a vivenciar um sentimento de insegurança, atribuindo as alterações causadas pelo processo de senescência, alterações fisiológicas e não patológicas do envelhecimento, falsas limitações para exercerem suas atividades de vida diária com independência e autonomia, ou seja, com preservação de sua mobilidade, comunicação, capacidade individual de decisões e ações, cognição e humor.

Dada a importância de se avaliar o risco de quedas em idosos, a escala de Lawton e Katz são instrumentos de grande validade para se avaliar o risco de quedas em idosos. A Escala de Katz é um teste de avaliação das condições do idoso para realizar as atividades básicas de vida diária e, assim, avaliando seu grau de independência e autonomia (CAB nº19, 2007). Tem como objetivo avaliar a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas e as atividades básicas (banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação). Para cada item há uma padronização que indica a independência, dependência parcial ou dependência total para a realização das atividades básicas que deverá ser perguntado ao idoso e assinalado conforme a resposta apresentada (CAB nº19, 2007).

Já o Teste de Lawton avalia as condições do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária e, assim, avaliar o seu grau de independência e autonomia (CAB nº19, 2007). O idoso submetido ao teste é avaliado como independente ou dependente no desempenho de nove funções; para cada item é aplicada uma padronização de resposta que indica se existe independência, dependência parcial ou dependência total para a realização da atividade proposta (CAB nº19, 2007).

Ambos os testes podem ser aplicados e avaliados pela equipe multidisciplinar, devendo ser elaborado um plano de cuidados específicos e individuais, conforme as alterações apresentadas. Os resultados dos testes também

poderão servir para o acompanhamento evolutivo da pessoa idosa, de acordo com suas limitações físicas e psíquicas.

Sob a esfera da polifarmácia, ou uso de múltiplos medicamentos, é comum e crescente na prática clínica, principalmente em pessoas acima de 65 anos (Nascimento, 2017). Por isso é de suma importância identificar essa prática como causas diretas ou indiretas de quedas. A literatura médica também tem evidenciado que o envelhecimento predispõe a um consumo aumentado de medicamentos prescritos ou não (Silva, et al., 2012). Nesse sentido, identificar a polifarmácia no cotidiano do idoso e as repercussões que essa prática causa em um organismo mais fragilizado é de fundamental importância na investigação como causas de quedas.

Outro quesito importante para se identificar o risco de quedas é a avaliação da marcha, equilíbrio e mobilidade. Nessa pesquisa utilizaremos o Teste Timed Up and Go – TUG, o qual é considerado apropriado para avaliação da função motora em relação à mobilidade (Hafsteinsdóttir, et al., 2014). O idoso deverá estar sentado em uma cadeira com apoio lateral de braço, então é solicitado que se levante sem apoiar nas laterais da cadeira, caminhe 3 metros, virando 180° e retornando ao ponto de partida, para sentar-se novamente. Se o tempo estiver entre 10 e 19 segundos, considera-se que o idoso apresenta risco moderado de queda, sendo este risco aumentado, quando o tempo obtido for acima de 19 segundos, ou seja, 20 segundos ou mais. Esses aspectos são importantes, pois fazem parte dos componentes das atividades desempenhadas no dia a dia dos idosos.

Foi aplicado também o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é um teste neuropsicológico com 30 questões, que avalia a função cognitiva dos idosos, sendo que o seu declínio pode ser um fator de risco para quedas. Tem como objetivo avaliar a orientação temporal, orientação espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho, porém não é um instrumento para diagnóstico (CAB nº19, 2007).

Em suma, tão importante quanto identificar os preditores de quedas, é valorizar a interação entre os múltiplos fatores, uma vez que a ocorrência desse evento aumenta com o número de variáveis associadas. Nesse aspecto, utilizar as escalas de Katz e Lawton para avaliar a funcionalidade do idoso, aplicar o MEEM e identificar a polifarmácia, além da investigação do perfil socioeconômico, como escolaridade e renda poderão traçar um perfil de saúde dos idosos da população a ser estudada, ao mesmo tempo em que serão relacionados com o risco de queda.

2. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos (IBGE, 2009). Ademais, o país tem vivido um processo de grandes mudanças em seu perfil de adoecimento e morte,

com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares, o câncer e as mortes por acidentes e violências de naturezas diversas (Painel de Indicadores do SUS, 2014).

Dado, portanto, o acelerado e crescente envelhecimento populacional com a mudança do perfil epidemiológico, ou seja, o aumento na prevalência de doenças crônicas, o qual atinge a população idosa em sua maioria, esse estudo torna-se relevante na medida em que se estudam as causas e os fatores relacionados com a queda, culminando ao déficit da capacidade funcional dessa população. As quedas, como um importante incidente na vida desses indivíduos, passam a ser uma problemática para a saúde pública também, pois causam prejuízos sociais, econômicos, e na qualidade de vida, os quais, no entanto, poderiam ser evitados na maioria das vezes se houvesse uma intervenção multidisciplinar agindo na prevenção desse desfecho.

Outrossim, as intervenções em multicomponentes, são as configurações mais estudadas em longo prazo na estratégia de cuidados. "Multifatorial" "segmentada" ou "personalizada" intervenções também foram testadas. Treinamento de pessoal e "feedback", adaptações ambientais, equilíbrio e marcha, treinamento, treinamento de força, treinamento no uso de dispositivos de assistência e diminuição de medicamentos psicotrópicos são intervenções que têm sido freqüentemente incluídas intervenção multicomponente e estudos multifatoriais nessas estratégias (American Geriatrics Society and British Geriatrics Society., 2011).

Acrescenta-se, que a prevalência de quedas no Brasil tem sido elevada, porém, existem diferenças entre as regiões e os estudos têm sido conduzidos em municípios com populações acima de 500 mil habitantes. Estes dados denotam a necessidade de desenvolver pesquisas em municípios menores, visando compreender os aspectos relacionados às quedas e seus preditores (Nascimento, et al., 2016).

A alta incidência e prevalência e o impacto da queda na morbimortalidade do idoso, associado aos baixos dados disponíveis sobre essa população no município de Franca, tornam o presente trabalho relevante e de importância singular para a região. Além disso, mostra-se fundamental conhecer os fatores associados à sua ocorrência em idosos, a fim de contribuir para a elucidação de fenômenos causais e subsidiar as ações nos serviços de saúde no sentido de diminuir a sua prevalência (Nascimento, et al., 2016).

3. OBJETIVO

Avaliar o risco de queda e os fatores que podem estar relacionado a esse evento em idosos da comunidade, para que futuramente possamos criar programas de prevenção e reabilitação em UBS, e também projetos para a criação de serviços especializados que possam receber indivíduos com essa faixa etária no município. Capacitar cuidadores e equipe multidisciplinar também se fazem necessário, pois em um futuro próximo a população idosa será a grande maioria no país, e todos nós, profissionais da saúde, precisamos estar preparados para saber cuidar dessa especial população, principalmente, na Atenção Básica de Saúde.

4. METODOLOGIA

Foram aplicadas as escalas geriátricas Katz e Lawton, o Teste Time Up and Go e o Mini Exame do Estado Mental. Também foi realizada uma investigação para verificar se os idosos se enquadram à prática da polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos de uso contínuo), e feita uma pesquisa quanto a escolaridade e renda de idosos com 60 anos ou mais, que residem no município de Franca.

Os idosos foram recrutados na Unidade Básica de Saúde do bairro Planalto, onde os alunos do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca realizaram atendimentos aos idosos, através da disciplina curricular Interação em Saúde na Comunidade - IESC.

Os dados foram coletados após a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido do paciente ou responsável, e colhido durante o atendimento.

Os critérios de inclusão foram idosos com mais de 60 anos que apresentaram ao menos uma queda no último ano. E os critérios de exclusão foram pacientes com menos de 60 anos ou que não apresentaram queda no último ano, grau avançado de demência ou limitações severas de autonomia e independência.

5. RESULTADOS

Foram avaliados 35 idosos, dos quais 10 tiveram quedas no último ano (28,5%). Desses, a incidência foi maior no sexo feminino (70%), como média de idade de 78,11 anos do total.

Na escala de Katz 70% idosos são independentes para as atividades básicas de vida diária. Na escala de Lawton, 40% dos participantes têm independência total para as atividades instrumentais.

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental, 60% dos idosos, com um a quatro anos de escolaridade, e média de dois salários mínimos mensais por família, atingiram a nota de corte.

No que se refere à polifarmácia, 70% desses idosos fazem de múltiplos medicamentos, ou seja, uso de 5 ou mais medicamentos diários.

O teste Timed Up and Go identificou que 40% dos idosos submetidos ao TUG têm risco moderado para quedas, 30% têm risco aumentado e 30% têm risco baixo para esse desfecho.

6. DISCUSSÃO

Em estudo realizado com 391 idosos, com 65 anos ou mais, a idade média foi de 72,4 anos, sendo 63,7% do gênero feminino e 41,7% com até quatro anos de escolaridade. Do total de participantes desse estudo, 37,5% referiram um episódio de queda no último ano (Soares, et al., 2014). Em um outro estudo, incluindo idosos com 60 anos ou mais, residentes na área de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios com mais de 100 mil habitantes, apontou prevalência de quedas de (34%), (Siqueira, et al., 2007). Dessa forma, esses dados reforçam os resultados desse trabalho, o qual apontou números aproximados em relação a prevalência de quedas em uma determinada população, sendo o sexo feminino predominante.

Ademais, o Caderno de Atenção Básica do Idoso, nº 19, também mostra que cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano, e essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência - ILPI. As mulheres tendem a cair mais que os homens até os 75 anos de idade, a partir dessa idade as frequências se igualam. Dos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalização e desses, apenas metade sobreviverá após um ano.

Após a queda, o idoso pode restringir sua atividade por temor, pela dor, ou pela própria incapacidade funcional. A reabilitação pós-queda pode ser demorada, e, no caso de imobilidade prolongada, leva a complicações como tromboembolismo venoso, úlceras de pressão e incontinência urinária (Buksman, et al., 2008). Em um estudo envolvendo 729 idosos, constatou-se que 206 (28,3%) tiveram quedas nos últimos 12 meses. A média foi de 3,46, sendo que 92 (44,6%) tiveram um episódio de queda e 114 (55,4%) tiveram duas ou mais, ou seja, quedas recorrentes (Nascimento, 2016).

Na escala de Katz, 70% dos idosos são independentes para as atividades básicas de vida diária. Diferentemente, na escala de Lawton, o qual somente 40% dos participantes têm independência total para as atividades instrumentais. Esses números refletem a relação entre a perda parcial da autonomia e independência, e a incidência elevada de quedas, principalmente no que se refere às atividades instrumentais.

Em relação ao Teste Timed Up and Go, de seis estudos prospectivos examinados sobre o risco de queda em habitações comunitárias para adultos mais velhos, o TUG previu risco de queda em dois e quedas recorrentes em um (Viccaro, et al., 2011). Nesse estudo 40% dos idosos submetidos ao TUG têm risco moderado para quedas, 30% têm risco aumentado e 30% têm risco baixo para esse desfecho, ou seja, obtivemos um número expressivo de participantes que podem estar mais sujeitos à queda.

Mediante o exposto, as medidas de desempenho físico podem ser triagens úteis ferramentas para identificar idosos com alto risco de saúde e declínio funcional, (Viccaro, et al., 2011), e podem contribuir de maneira significativa para avaliar o risco de quedas.

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental, 60% dos idosos, com um a quatro anos de escolaridade, e média de 2 salários mínimos mensais por família, atingiram a nota de corte, ou seja, uma parcela significativa dos caídores tem baixa escolaridade e baixa renda. Sendo assim, os determinantes como renda e escolaridade também exercem influência no risco de quedas na população idosa, como demonstra um estudo transversal com amostra representativa de 1.451 idosos residentes na zona urbana de Pelotas, RS, em 2014, o qual a prevalência de quedas foi maior em mulheres, idosos com idade avançada, de menor renda e escolaridade, com incapacidade funcional para atividades instrumentais (Vieira LS, 2014).

No que se refere à adesão à polifarmácia 70% desses idosos fazem uso de 5 ou mais medicamentos diários, ou seja, mais da metade dos participantes da pesquisa têm risco aumentado para quedas devido às conseqüências dessa prática, somados a outros fatores de risco. Sabe-se que as mudanças fisiológicas inerentes ao envelhecimento, por exemplo, a modificação da composição corporal e a redução das funções hepática e renal tendem a alterar significativamente a farmacocinética e a farmacodinâmica de diversos medicamentos, o que aumenta a suscetibilidade de idosos a efeitos adversos ou terapêuticos mais intensos (Silva, et al., 2012).

Podemos inferir, em suma, que é necessário investir em programas e protocolos médicos que tenham como objetivo a prevenção, dentro das diversas causas que podem levar às quedas, já que as conseqüências podem ser graves e levá-los a incapacidades permanentes ou limitações importantes de sua funcionalidade. Diante dos dados apresentados é possível concluir também que a incidência, prevalência e a recorrência de quedas na população idosa apresentam estatísticas alarmantes, a nível nacional e em nosso município, dado os desfechos negativos que tal episódio pode causar.

7. CONCLUSÃO

Os dados colhidos até o momento coincidem com a literatura acerca dessa temática. Sendo notável que as quedas são um dos incidentes de maior

impacto dentro das síndromes geriátricas, que podem acarretar importantes limitações físicas e psíquicas, prejuízo na autonomia, na independência e na qualidade de vida do idoso.

Portanto, fica claro a importância de se investigar as causas que levam à esse desfecho. Ademais, os fatores associados à ocorrência de quedas que foram identificados, poderão nortear medidas que visem sua prevenção na população idosa.

Conclui-se também, que a Avaliação Geriátrica Ampla, a investigação das práticas comportamentais e os determinantes de saúde como escolaridade e renda, cumpriram o objetivo proposto desta pesquisa, no sentido de investigar a prevalência e os fatores associados à queda na população idosa em uma comunidade específica.

REFERÊNCIAS

Buksman, S; Vilela, ALS; Pereira, SEM; Lino, VS; Santos, VH. Queda em idosos: prevenção. Sociedade Bras. de Geriatria e Gerontologia, 2008;

Falsarella, Gláucia Regina; Gasparotto, Livia Pimenta Renó and Coimbra, Valente, Arlete Maria. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2014, vol.17, n.4, pp.897-910.

Hafsteinsdóttir, Thóra B.; Rensink, Marijke; Schuurmans, Marieke. Clinimetric Properties of the Timed Up and Go Test for Patients With Stroke: A Systematic Review. *Topics In Stroke Rehabilitation*, [s.l.], v. 21, n. 3, p.197- 210, maio 2014. Informa UK Limited;

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos & Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, 25 [Internet] 2018. [acesso em 01 junho 2018]:1-152]. Disponível: [emhttp://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf);

Maussara R. de Carvalho, Emmanuella; Rosa Garcês, Juliana; Losada de Menezes, Ruth; Fontoura da Silva, Elisângela C. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, rio de janeiro, 2010; 13(1):7-16;

Ministério da Saúde. Caderno 19 da Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006;

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009.

Nascimento, Janaina Santos; Tavares, Darlene M. dos Santos. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm*, 25(2): e0360015, Uberaba-MG, 2016;

Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Junior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:19s.

Neri; AL, Falsarella; GR, Coimbra, AMV; Siqueira, MEC; Melo, DM; Moura, JGA. Quedas, senso de autoeficácia para quedas e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice*. Campinas (SP): Ed. Alínea; 2012. p. 153-69;

Painel de Indicadores do SUS Ministério da Saúde Nº 3. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Ministério da Saúde, Brasília-DF. [acesso em 01 junho2018].Disponível:
<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/13/Painel-3.pdf>;

Pimenta R. Gasparotto, Livia; Falsarella, Gláucia R.; Coimbra, Arlete M. Valente. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):201-209;

Ribeiro, AP et al. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2008; 13 (4): 1265-73;

Santos, MLC; Andrade, MC. Incidência de quedas relacionada aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Rev. Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(1):57-68;

Silva, Roberta da; Forlin, Olavo Schmidt; Silva, Sargeele. Polifarmácia em geriatria. *Revista da AMRIGS, Porto Alegre*, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012;

Siqueira, FV; Facchini, LA; Piccini, RX; Tomasi, E; Thumé, E; Silveira, DS et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):749-56;

Souza Soares, Wuber Jefferson; Albuquerque de Moraes, Suzana; Ferriolli, Eduardo; Rodrigues Perracini, Monica. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):49-60;

Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. Developed by the Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc* 59:148-157, 2011;

Viccaro, Laura, J. BA; Subashan Perera, PhD; Studenski, Stephanie A. MD, MPH. Is Timed Up and Go Better Than Gait Speed in Predicting Health, Function,

and Falls in Older Adults? From the Division of Geriatric Medicine; University of Pittsburgh. Pittsburgh, Pennsylvania, 2011;

Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Farías-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VIA, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. Rev Saude Publica 52:22, 2018;

REIKI COMO TERAPIA CURATIVA E SOLUÇÃO SOCIOECONÔMICA PARA A SAÚDE PÚBLICA

Marinês de Oliveira Félix
Graduanda em Serviço Social – UFTM
Marines-felix@hotmail.com

Miriam dos Santos
Graduanda em Serviço Social - UFTM
mdcruz40@gmail.com

Eliete da Conceição Arrais
Graduanda em Serviço Social - UFTM
Elietearrais45@gmail.com

Heloisa Abdala Aguiar
Graduanda em Serviço Social - UFTM
heloisaabdala@hotmail.com

Aldovano Dantas Barbosa
Docente – UFTM
professoraldovano@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, além do tratamento clínico convencional, os pacientes se beneficiam de tratamentos alternativos e complementares. Entre as diversas formas de tratamento complementar temos as abordagens energéticas como as terapias de energia.

Reiki é considerado uma terapia energética, descoberta pelo Dr. Usui em textos de sânscrito, no final do século 19 e, em seguida, foi colocado em prática por Hawayo Takata. No Reiki, tudo no universo consiste de energia, incluindo o corpo humano, e os desvios dessa energia podem levar a doenças. Reiki aponta uma estrutura cheia de sabedoria espiritual esperando para ser despertada em energia humana e universal. Na aplicação do Reiki, o praticante tenta equilibrar o fluxo de energia no indivíduo enviando a energia recebida do universo.

A aplicação de Reiki consiste em três níveis: I, II, III A e III B. Os praticantes equilibram suas próprias energias no I nível. Praticantes podem enviar energia Reiki para outras pessoas no II nível. No III nível, que é o estágio de domínio, a pessoa pode treinar novos praticantes. No Reiki, a duração da terapia é de aproximadamente 30 a 90 minutos. Durante a aplicação, a pessoa se deita ou permanece na posição estendida e não há necessidade de tirar a roupa.

Especialmente na última década, a prática de Reiki aumentou entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. É comumente usado

em unidades de reabilitação, hospitais psiquiátricos, unidades de atendimento de emergência, clínicas de psiquiatria, salas de cirurgia, cuidados com idosos instalações, clínicas pediátricas, clínicas de ginecologia e obstetrícia e clínicas de cuidados neonatais. O Reiki pode ser aplicado por profissionais de Reiki licenciados ou não licenciados.

Embora ainda não exista uma teoria que explique como o Reiki age na dor, depressão, ansiedade e stress e em todo o corpo, a física quântica promete esperança para a explicação desse mecanismo no futuro. Embora existam estudos que determinam o efeito do Reiki na dor. De acordo com os dados do Centro de Pesquisa Reiki, essa é abordagem eficaz para reduzir o nível de dor, depressão, stress e ansiedade.

No Brasil, o debate sobre as práticas integrativas e complementares começou a despontar no final de década de 70, após a declaração de Alma Ata e validada, principalmente, em meados dos anos 80 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um espaço legítimo de visibilidade das demandas e necessidades da população por uma nova cultura de saúde que questionasse o ainda latente modelo hegemônico de ofertar cuidado, que excluía outras formas de produzir e legitimar saberes e práticas. (Billot, 2019)

Temos observados em alguns pacientes a diminuição dos sintomas dessas enfermidades através do uso da escala visual analógica, bons resultados com uma média de 8 a 10 seções sendo elas aplicadas uma vez por semana de acordo com a necessidade dos pacientes. Foi com base nessas observações que surgiu o interesse nesse tema. Reiki não substitui o tratamento médico convencional e sim vem para prevenir tais enfermidades e complementar o tratamento. O objetivo desse artigo é mostrar a possibilidade de um atendimento humanitário para pacientes com depressão, ansiedade, stress e dores crônica. O tratamento com Reiki vem com uma contraproposta para essas doenças se mostrando uma terapia barata e eficaz.

O uso de terapias complementares e alternativas está crescendo ano após ano, e a terapia Reiki tem um lugar de escolha. A terapia de Reiki, classificada como uma terapia energética com biocombustíveis levanta a questão da revisão e destacar os efeitos da terapia Reiki na dor, ansiedade/depressão e qualidade de vida dos pacientes, especificamente em cuidados paliativos. O Artigo atual indica que a terapia de Reiki é útil para aliviar a dor, diminuir a ansiedades/depressão e melhor a qualidade de vida em várias condições. (Billot, 2019)

Acompanhando os pacientes que estão em tratamento com o Reiki no NUPIC Núcleo de Práticas Integrativas da UFTM Universidade Federal do Triângulo Mineiro, notamos grandes mudanças de comportamento em seus casos clínicos. Essa proposta se torna viável aos pacientes com essa necessidade uma vez que a dificuldade e a demora em conseguir um atendimento pelo SUS com profissionais especializados de dois meses a um ano.

O tempo de espera está ficando longo para mais pessoas pelo que diz a pesquisa: 45% dos pacientes que foram ouvidos e disseram que estavam na fila do SUS já aguardavam há mais de seis meses por uma consulta, um exame ou até mesmo, uma cirurgia. Para 29% dos pacientes, a situação era ainda pior: para eles, a demora tanto tempo assim. Quem consegue vencer a espera encontra, muitas vezes, hospital lotados e pacientes espalhados em macas nos corredores. Para o Conselho Federal de Medicina, muitos deixaram de ter plano de saúde porque perderam o emprego e isso aumentou a procura por atendimento no SUS. (Ministério da saúde, 2019)

2. CONCLUSÃO

O objetivo deste artigo é de levar essa terapia ao conhecimento de todos e mostrar o quanto é viável e eficaz o tratamento através do Reiki, em pacientes com depressão, stress, ansiedade e dores crônicas. Essa terapia tem por finalidade proporcionar um maior relaxamento que leve o paciente a desenvolver a cura ou amenizar seus efeitos. Essa ação ocorrerá através das energias recebidas pelo Universo que serão repassadas para os pacientes através de um terapeuta reikiano que serve como canal de transmissão desta energia.

A força dessa terapia tem uma ação restauradora e regeneradora, ao alinhar os chacras. Há de se concordar que quando se refere ao Reiki estamos tratando de uma terapia totalmente humanizada voltada a uma única missão que é possibilitar a melhora física e mental, alterando positivamente a qualidade de vida de seus usuários.

Infelizmente ainda temos pouco estudo sobre o Reiki, devido a impossibilidade de medir a energia usada durante as aplicações fato esse que nos dificulta a provar a sua verdadeira eficácia, mas resultados preliminares mostram o seu resultado positivo.

REFERÊNCIAS

FRANÇA, Claudete, FRANÇA, Thales, FRANÇA, Cynthia. **Associação brasileira de Reiki**. Seminário do Reiki. Disponível em: <<http://www.ab-com.br>>. Acesso em 20mai.2019.

Ministério da saúde. Disponível: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-no-sus>>. Acesso em 23mai.2019.

Pacientes podem consultar tempo de espera no atendimento pelo SUS. Disponível em: <http://tudosobrexanxere.com.br/index.php/desc_noticias/pacientes_podem_consultar_tempo_de_espera_atendimento_pelo_sus>. Comunidade, saúde. 2007. acesso em: 21mai.2019.

Reiki therapy for pain, anxiety and quality of livfe. Billot M, Daycard M, Wood C, Tchalla A Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30948444>>. Acesso em: BMJ Support Palliat care. 2019 apr 4. Pjj:bmjspcre-2019001775. Acesso em: 17 mai.2019.

VENNELLS, David. **Reiki para iniciantes: dominando técnicas naturais de cura/** David Vennells; tradução Fabiola cardoso.—São Paulo: Madras, 2018. 3° ed.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA EM PENITENCIÁRIA DE FRANCA PARA RASTREIO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS

Giovana Lais Penha
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
glpenha@live.com

Fabiana Soares Morgado Garzoni
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
fabianamorgadogarzoni@gmail.com

Laiane de Oliveira Almeida
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
laianealmeida@gmail.com

Lívia Maria Lopes
Chefe do Departamento de Enfermagem - Uni-FACEF
liviamalopes@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Em território brasileiro, entende-se que o direito à saúde, é direito de todos e um dever do Estado, assegurado pelo artigo 196 da Constituição e pelas Leis 8.080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), e 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, porém esse direito não foi garantido às pessoas privadas de liberdade (PPL). Após anos de discussões, foi publicada a Portaria Interministerial do Ministério da Saúde/Ministério da Justiça (MS/MJ) 1.777/2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), enfatizando a necessidade de política pública de saúde especializada. Essa portaria assegura a transferência de recursos, sendo que essa política deve ter como base principal justiça, ética, cidadania, direitos humanos, equidade e participação no processo democrático de direitos e do controle social. (SENADO FEDERAL, 1998)

Existem grandes distorções na efetivação do direito à saúde por parte expressiva da população brasileira, na qual se incluem as PPL. As PPL no Brasil possuem maior vulnerabilidade social, em consequência da posição que ocupam na sociedade, permeada pela restrição de acesso a bens e serviços e poucas oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Essa população se encontra reclusa em unidades prisionais, com condições desfavoráveis de habitação, salubridade e acesso a ações e serviços de saúde. Com isso, essas pessoas podem ter a saúde física, emocional, mental e social mais comprometidas, se comparadas à população em geral (DIUANA, LHUILIER, et al., 2008)

O PNSSP foi considerado um marco na atenção à saúde no contexto prisional brasileiro ao estabelecer o funcionamento da atenção básica para as equipes de saúde inseridas no sistema prisional. Entretanto, ainda que o PNSSP não tenha sido implementado de forma homogênea e simultânea em todas as unidades do sistema penitenciário do país, em 2014 foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). A Portaria Interministerial MS/MJ 1/2014 dispõe sobre as condições para a adesão a essa política e à pactuação para o prestar atenção básica de saúde no sistema prisional. (SENADO FEDERAL, 1998)

Mesmo diante de esforços de políticas públicas de saúde, o sistema penitenciário no Brasil tem algumas fragilidades, principalmente a superlotação, que segundo a Revista de Estudos Jurídicos, houve um aumento de 113% dos presos de 2000 a 2010. Esse fato torna o ambiente precário e propício a desenvolver epidemias, principalmente as de fácil contágio. Além disso, é muito frequente a má alimentação, sedentarismo, o uso de drogas o que pode desencadear patologias ou agravar alguma já pré-existente. (BOCALETTI e OLIVEIRA, 2017)

A saúde nas penitenciárias, comumente, é negligenciada, ou pela população penitenciária não estar sendo contabilizada adequadamente para o investimento nessa área ou devido a própria superlotação. (UFPE, 2018)

Diante disso, mesmo com a existência do Plano Nacional de Saúde (PNS) que prevê a inclusão a dos privados de liberdade no Sistema único de Saúde (SUS) e o Ministério da Saúde e o da Justiça integraram-se por meio do Plano Nacional de Saúde, no Sistema Penitenciário (PNSSP), que tem como finalidade organizar as ações e serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS (prestação de assistência qualificada, integralidade, descentralização, intersetorialidade, controle de agravos e participação comunitária e controle social assistência à saúde no sistema prisional ainda é considerado um grande desafio. (UFPE, 2018)

A PNAISP consolida as políticas já existentes, investindo na capacitação dos profissionais das diversas áreas atuantes e da infraestrutura necessária para atender a demanda, por se tratar de articulação entre dois sistemas (saúde e justiça). Para isso, é necessário conhecer o perfil socioepidemiológico das pessoas privadas de liberdade e analisar as principais necessidades e carências, além de investigar sobre as principais comorbidades que ocorrem no Brasil, não só dentro da comunidade do sistema penitenciário, mas também as mais prevalentes na população em geral, como a Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus. (UFPE, 2018)

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS EM PENITENCIÁRIAS

A HAS é uma doença caracterizada pelo aumento da pressão arterial acima de 140 x 90 mmHg, podendo causar vários problemas a curto, médio e longo prazo, caso não for bem controlada, principalmente com medicamentos e mudança do estilo de vida. Não menos importante é o DM, que trata-se de uma comorbidade determinada pelo aumento da glicemia sanguínea, o que pode acarretar, assim como a HA, sérios problemas principalmente a longo prazo, caso não seja controlada. Ambas comorbidades, estão relacionadas a distúrbios metabólicos e também a fatores de risco como sedentarismo, obesidade, envelhecimento da população, podendo acarretar sérias consequências, principalmente relacionados a lesões em órgãos alvo, como insuficiência renal, alterações cardiovasculares e cerebrovasculares, dentre outras. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017)

Diante ao exposto acima, percebe-se que essas duas comorbidades são doenças crônicas, que podem acarretar sérias complicações caso não sejam precocemente diagnosticadas e principalmente bem controladas. Essas complicações geralmente resultam aumento do tempo das pessoas que necessitam de hospitalização devido às complicações inerentes às duas comorbidades, onerando sobremaneira o Estado com gastos hospitalares. Sendo assim, é importante que haja cada vez mais parcerias entre Órgãos Governamentais e Sociedade civil, a fim de que, juntos possam criar e aplicar medidas de prevenção e controle dessas enfermidades, a fim de evitar complicações que possam afetar a qualidade de vida da população e principalmente visando evitar mortes prematuras devido ao mal controle ou diagnóstico tardio das pessoas acometidas por elas.

Essa parceria entre Sociedade e Estado deve abranger vários grupos da sociedade, dentre eles as pessoas privadas de liberdade. O Brasil possui a oitava maior população carcerária por habitante, porém as condições em que vivem esses presos são preocupantes, já que não possui um atendimento de saúde adequado, além de problemas estruturais, principalmente em relação à superlotação nesses ambientes. Diante dessas condições de precariedade presentes nas Penitenciárias, como o excesso de detentos numa mesma cela, ambiente insalubre, sedentarismo, alimentação inadequada, uso de drogas, tornam essa população carcerária mais propícia a contrair doenças e também agravar as enfermidades já instaladas, dentre elas o HA e DM. (SOUZA, NETO e SILVA, 2013) . Por isso, é de fundamental importância um olhar mais cuidadoso para essa população, principalmente em relação às comorbidades mais prevalentes nesses ambientes e que necessitam de um maior cuidado e controle.

3. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes de medicina durante a atividade desenvolvida na penitenciária para rastreamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência. Essa experiência teve como principal objetivo avaliar a condição de saúde dos internos da Penitenciária do município de Franca em relação à prevalência de HA e DM. Além disso, foi visado também uma avaliação quanto ao cuidado em relação a essas doenças em questão nessa instituição.

Estudantes de Medicina do 7º período do Uni-Facef (Centro Municipal Universitário de Franca) visitaram a Penitenciária durante as atividades curriculares da Unidade Curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC) no mês de abril de 2019. Durante a visita, foram avaliados 39 internos dentre os 2040 internos, que foram previamente selecionados pelos funcionários da Penitenciária visitada, por meio de aferição da pressão arterial utilizando 2 esfigmomanômetros digitais, e para a dosagem da glicemia capilar (dextro), foram utilizados 2 aparelhos glicosímetros com fitas dosadoras, lancetas e também papel e caneta para anotar os resultados. Para tal tarefa, foram montadas 2 estações com 3 alunos em cada uma delas, sendo que um aluno ficou responsável pela aferição da pressão arterial, outro pelo dextro e o terceiro aluno ficou encarregado de anotar os dados obtidos. Durante a aferição, os internos informaram seu número de matrícula e se já era sabidamente portador de Hipertensão ou Diabetes Mellitus. Nesse contexto, apenas 1 interno relatou ser diabético.

No início da visita, assim como no início da atividade, os alunos se sentiram demasiadamente ansiosos e apreensivos, já que aquele local da atividade executada era inédito para todos os acadêmicos. Além disso, sentiam-se também inseguros, já que o risco de uma possível rebelião não era impossível. Porém, durante a realização da atividade, essa sensação de ansiedade e medo por parte dos estudantes, foi diminuindo, de forma que cada vez mais iam se sentindo mais seguros e satisfeitos pela realização daquela atividade em questão e principalmente ao perceber a importância que os internos estavam dando à visita e à atividade desenvolvida pelos discentes, fazendo com que os estudantes se sentissem cada vez mais uma sensação de dever cumprido no papel de futuros médicos e promotores da possível melhoria da qualidade de vida que poderiam estar disponibilizando aos presos naquele momento. Além disso, é de fundamental importância relatar que os alunos foram muito bem recebidos, tanto por parte dos internos quanto pela equipe de funcionários do local, deixando os alunos muito seguros e à vontade para desenvolverem a atividade a que se propuseram. Além disso, foi muito organizada a receptividade aos alunos.

De acordo com os resultados colhidos, foram detectados apenas uma glicemia capilar acima da normalidade (164 mg/dl), sendo que este paciente era

sabidamente diabético, e apenas 4 internos apresentaram pressão arterial acima de 140 X 80 mmHg, no momento da atividade em questão.

Diante do resultado obtido, os alunos ficaram de certa forma surpresos, pois esperavam resultados mais alarmantes em relação à HAS e DM no ambiente prisional visitado. Esses resultados são parecidos com os estudos obtidos por Alves, J.P, et al, no qual demonstra que a prevalência de HAS e DM de pessoas privadas de liberdade, são relativamente menores quando comparados a outras doenças presentes nesses locais, como tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis. (UFPE, 2018)

Após a realização da atividade, os alunos foram direcionados a conhecer e conversar com a equipe de saúde atuante no sistema prisional visitado transmitir os resultados obtidos a fim de que possam dar uma maior atenção a esses internos que apresentaram alterações nos exames realizados. Nesse momento, as enfermeiras encarregadas do cuidado com a saúde dos presos, anotaram a matrícula dos internos que apresentaram alterações nesses exames e confrontaram com informações dos prontuários deles. Foi confirmado então que, os presos que apresentaram alterações nos exames realizados pelos alunos, já eram portadores de HAS ou DM, justificando assim, a pequena alteração em seus exames.

Com o resultado obtido, os alunos perceberam que a saúde dentro da instituição prisional visitada é bem controlada de maneira geral, devido a organização dos prontuários dos internos, com informações sobre o estado de saúde e doenças prévias dos internos, assim como o controle da dispensação dos medicamentos de forma individualizada e controlada pela equipe de enfermagem da instituição.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que a HAS e a DM são patologias muito prevalentes e de fácil rastreio é imprescindível que estas sejam diagnosticadas precocemente, evitando complicações que atinjam órgãos alvos e que diminuam a qualidade de vida dos seus portadores. Além disso, é preciso reconhecer que algumas minorias da população têm um restrito acesso à saúde, sendo uma delas os privados de liberdade.

Pela união desses dois fatos que este relato de experiência possui tamanha relevância, pois proporcionou aos estudantes uma oportunidade inédita de trabalhar com um público dificilmente alcançado pelos profissionais de saúde ou estudantes, ainda contribuindo com a possibilidade de diagnosticar precocemente as patologias nesse grupo de indivíduos.

Ademais, a oportunidade única de atender pessoas em situações especiais em ambientes que os estudantes não estão habituados, proporcionando a ampliação do olhar médico e humano para todas as populações, principalmente as

em casos de vulnerabilidade que precisam de uma atenção e dedicação maior dos profissionais de saúde. Os estudantes que vivenciaram esse momento obtiveram ferramentas emocionais e científicas para lidar com situações não rotineiras na prática médica, solidificando a necessidade da visão ampla e de equidade para os futuros profissionais da área da saúde mostrando na prática como é importante aprender essa percepção de saúde e refletir sobre a bioética, considerando a dignidade humana, além de propiciar a alteração da perspectiva vigente, que tem aumentado o desrespeito e à discriminação.

REFERÊNCIAS

BOCALETTI, J. M. D. R.; OLIVEIRA, D. G. P. SUPERLOTAÇÃO E O SISTEMA PENITENCIÁRIO BRASILEIRO: É POSSÍVEL RESSOCIALIZAR? **Actio, Revista de estudos jurídicos**, Maringá, v. 1, 2017.

DIUANA, V. et al. Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008.

SENADO FEDERAL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. [S.l.]: [s.n.], 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **cardiol**, 2016. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes**, 2017. Disponível em:
<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

SOUZA, M. D. C. P. D.; NETO, F. J. D. A.; SILVA, C. L. D. C. Revisa interdisciplinar. **Revisa interdisciplinar uninovafabi**, 2013. Disponível em:
<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/59/pdf_32>. Acesso em: 10 maio 2019.

UFPE. Journal of Nursing. **Journal of Nursing**, 2018. Disponível em:
<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/index>>. Acesso em: 10 maio 2019.

RODA DE CONVERSA COM MULHERES PARA O CUIDADO EM SAÚDE: Uma experiência em unidade básica de saúde de Franca-SP

Letícia Volpe de Abreu
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF

Raiany Lima Andrade
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF

Valéria Beghelli Ferreira
Docente - Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), depois do câncer de pele não melanoma, o que mais atinge as mulheres do Brasil e do mundo é o câncer de mama, correspondendo a aproximadamente 25% dos casos anuais. O número de casos novos estimados em 2016 é superior a 57 mil, com risco estimado em torno de 50 casos para cada 100 mil mulheres. Já a taxa de mortalidade apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,8 óbitos por 100 mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores taxas, com 12,7 e 12,62 óbitos por mil mulheres, respectivamente (BRASIL, 2016).

Segundo as diretrizes para o diagnóstico precoce para o câncer de mama (Brasil, 2015), este tipo de câncer acomete, principalmente, mulheres entre 40 e 60 anos, mas já há evidências de que a doença vem atingindo um número maior de mulheres jovens. É um dos tipos de câncer mais temidos pelas mulheres devido a sua alta frequência e os efeitos psicológicos causados em consequência das alterações na imagem corporal, sexualidade, medo de recidivas, ansiedade e baixa autoestima.

Segundo Hoffman; Schorge; Schaffer (2014), o câncer de mama é gerado pela multiplicação anormal de células da mama, o que resulta na formação de nódulo mamário localizado principalmente no quadrante superior externo, em geral, indolor, fixo e com bordas irregulares, acompanhado de alterações da pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações com aspecto semelhante à casca de laranja, em estágios avançados.

Os principais fatores de risco que contribuem para o aparecimento dessa patologia relacionam-se com hábitos de vida e influências ambientais, idade avançada (sendo maior a partir dos 50 anos de idade), características reprodutivas relacionadas ao tempo de exposição ao estrogênio, como menarca precoce (antes dos 11 anos), menopausa tardia (após 55 anos), primeira gestação após 30 anos e nuliparidade, além da história familiar que inclui parentes de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos,

parentes de primeiro grau com câncer de mama bilateral ou câncer ovariano em qualquer idade e, por fim, história pessoal de câncer de mama e/ou doença mamária benigna prévios. A influência da amamentação, do uso de contraceptivo, da terapia de reposição hormonal após menopausa e do tabagismo ainda são controversas (SILVA; RIUL, 2011, p.1017).

Smeltzer; Bare (2006) ressaltam que o controle dessa doença se dá por meio da prevenção secundária, ou seja, por meio do diagnóstico precoce. Segundo as autoras, os meios mais eficazes para isso são o exame clínico de mamas (ECM) e a mamografia. As autoras ainda ressaltam que o ECM inclui-se no atendimento integral à mulher, sendo parte do exame físico de qualquer consulta ginecológica, independente da faixa etária. Já a mamografia é preconizada, de acordo com as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, para mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

Entretanto, para Silva; Riul (2011) as medidas em nível de prevenção primária podem ser tomadas, como por exemplo, o controle da obesidade e o uso de álcool acima de 60 gramas por dia.

Hoffman; Schorge; Schaffer (2014), recomendam que todas as mulheres a partir dos 20 anos de idade realizem o autoexame das mamas (AEM), no banho, em frente ao espelho ou até mesmo deitada, de 7 a 10 dias após a menstruação, quando as mamas estão indolores e menos túrgidas, evitando que alterações benignas e temporárias, oriundas de ações hormonais, sejam consideradas cancerígenas. Já nas menopausadas, a execução acontece todo mês e no mesmo dia, escolhido a critério da mulher. Utiliza-se para o autoexame, as pontas de dois dedos, as quais realizam movimentos circulares ou retos em toda a mama até a região axilar, do pescoço e entre os seios.

Este exame proporciona a identificação de nódulos nas mamas, podendo ser tanto benignos quanto malignos. Geralmente os benignos, principalmente os fibroadenomas, apresentam características particulares, como dor a palpação, mobilidade conforme o toque com os dedos e a pele da sua região não apresenta nenhuma característica ou mudança de temperatura. Já os malignos, como já foi citado, são fixos, indolores, a pele da sua região muda, ficando mais quente, avermelhada e retraída. No entanto, nem sempre se encontram todas essas características ou cada caso pode apresentar sinais diferentes. Por isso, o nódulo tem que ser analisado por um médico, para que o diagnóstico seja feito com segurança (SILVA; RIUL, 2011, p.1020).

Para Smeltzer; Bare (2006), ressaltam que o AEM não deve substituir o ECM e a mamografia não deve ser desencorajado pois, para as autoras, estes não têm efeito adverso e possibilita a participação da mulher no controle de sua saúde.

Em relação ao câncer de colo do útero, segundo o INCA (BRASIL, 2016), no Brasil, são esperados 16.340 casos novos em 2016, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres, Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 aos 49 anos de idade, sendo seus sintomas comumente

perceptíveis nas fases mais avançadas da doença, entre eles, sangramentos anormais, dor pélvica, dispareunia (BRASIL, 2011).

Borsatto; Vidal; Rocha (2011), afirmam que o vírus do papiloma humano (HPV), de contágio sexual, está relacionado com o desenvolvimento de aproximadamente 98% das ocorrências dessa neoplasia.

Dentre os sorotipos envolvidos na doença, os 16 e 18 são responsáveis por 70% de todos os tumores cervicais e são encontrados no núcleo das células infectadas, onde interagem com genes supressores tumorais, prejudicando a reparação do DNA, bem como a apoptose (BARBIERI et.al, 2010).

Para Borsatto; Vidal; Rocha (2011), são considerados fatores de risco para o câncer do colo uterino a multiplicidade de parceiros, a história de doenças sexualmente transmissíveis, a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Além desses fatores, os autores afirmam que estudos epidemiológicos sugerem outras causas ainda não muito bem esclarecidas, como o tabagismo, a alimentação carente em vitamina C, A e B12, e o uso de anticoncepcionais.

Segundo Ballalai; Bravo (2016), as principais estratégias utilizadas para a prevenção da doença no Brasil é a realização do exame citopatológico, conhecido popularmente como Papanicolau, a imunização contra o HPV e o uso de preservativos. Ainda segundo a Sociedade, as Diretrizes de Rastreamento do Câncer de Colo de Útero preconizam a realização do Papanicolau para mulheres com mais de 25 anos que já tenham iniciado atividade sexual, com intervalo de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Ademais, o Programa Nacional de Imunizações disponibiliza a vacina para meninas de 9 a 14 anos de idade, meninas de 15 anos que já tenham tomado uma dose, meninos de 11 a 14 anos, pessoas que convivem com HIV/Aids entre 9 e 26 anos, transplantados entre 9 e 26 anos e pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia e radioterapia entre 9 e 26 anos.

Casarin; Piccoli (2011) ressaltam que as ações de prevenção são de responsabilidade tanto do indivíduo quanto da Equipe de Saúde da Atenção Básica, que deve desenvolver planos de cuidado, visando contribuir para que os usuários, de maneira autônoma e utilizando suas próprias ferramentas, possam passar a ser protagonistas do seu próprio cuidado.

Uma das ferramentas para a educação em saúde é a roda de conversa, que permite que os integrantes expressem, conjuntamente, suas opiniões, conceitos e percepções sobre o tema proposto, assim como permite trabalhar reflexivamente as problemáticas apresentadas pelo grupo (BRASIL, 2009).

As rodas de conversas possibilitam encontros dialógicos, criando possibilidades de produção e ressignificação de saberes sobre as experiências dos participantes. Sua escolha se baseia na horizontalização das relações de poder. Os sujeitos que as compõem se colocam como atores históricos e sociais críticos e reflexivos diante da realidade. Dissolve-se a figura do mestre, como centro do processo, e emerge a fala como

signo de valores, normas, cultura, práticas e discurso (SAMPAIO, *et al*, 2014, p. 1302).

Portanto, a escolha do tema abordado nessa atividade justifica-se pela alta incidência do câncer de mama e colo uterino na população feminina, bem como na possibilidade de prevenção a partir da educação em saúde e o autocuidado.

2. OBJETIVO GERAL

O trabalho objetivou reconhecer, por meio de roda de conversa com um grupo de mulheres, sobre as informações prévias destas acerca das neoplasias, bem como, identificar as fragilidades no autocuidado, para promoção de saúde e prevenção precoce destes tipos de canceres.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática vivenciada pelas estudantes, a partir de métodos descritivos e observacionais.

O contato com a Unidade de Saúde e com o público alvo se deu por meio das atividades da unidade curricular, Interação em Saúde da Comunidade IESC do curso de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca – UNIFACEF.

O tema foi proposto pelas estudantes em consonância com as reflexões realizadas no território de abrangência da unidade, observações do comportamento das mulheres em relação as estratégias do autocuidado e no estudo dos dados epidemiológicos vigentes no território e panorama nacional.

A roda de conversa foi a metodologia escolhida para favorecer o diálogo e o aprendizado coletivo. O encontro aconteceu no mês de agosto de 2016, realizado pelas estudantes de medicina, com um grupo de nove mulheres, com idade entre 40 e 70 anos, que frequentavam o Centro Comunitário de um bairro periférico do município de Franca-SP.

A atividade iniciou-se com a apresentação dos participantes da roda de conversa e os assuntos que seriam abordados.

O primeiro assunto discutido foi sobre a anatomia do útero e mamas, pois o grupo entendeu que somente a partir do reconhecimento de seu próprio corpo era possível a promoção do autocuidado feminino. Depois, as estudantes abordaram o tema das neoplasias de colo de útero e mama, focando nas formas de prevenção.

Por fim, foi aberto para o grupo esclarecer dúvidas gerais e individuais, compartilhamento vivências e aprendizado dos temas apresentados, fortalecendo as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estatísticas de morbimortalidade apontam as mulheres como maiores detentoras de conhecimento e tratamento em relação aos homens (HOHL; MEIRELLES, 2009). Entretanto, seu autocuidado ainda não é ideal e ainda deve ser foco da Equipe de Saúde da Família.

Isso foi percebido pelas estudantes, pois por mais que elas reconhecessem a importância de serem participativas na prevenção de patologias, muitas delas demonstraram certa tensão ao tratar desses assuntos e algumas admitiram não realizar consultas periódicas no ginecologista e o autoexame por medo e insegurança de algum achado atípico. Essa foi a hora propícia para deixá-las mais seguras e incentivá-las no autocuidado e no autoconhecimento de seus corpos.

‘Eu vou sempre no postinho pra medir a pressão, mas eu tenho medo de procurar outros tipos de médico e encontrar outras doenças’ (M1)

‘Fui ao ginecologista há uns 5 anos pra fazer um check-up, mas não sabia que era importante ir todo ano’ (M2)

‘Já vi na TV que era importante palpar as mamas, mas lá não ensinava direito e nenhum médico falou sobre isso então achei que não era necessário.’ (M3)

Para a formação médica essas vivências são de suma importância, uma vez que no contato com essas atividades é possível perceber o quanto é fundamental o protagonismo e empoderamento da população em relação ao seu processo saúde-doença.

A partir dos diálogos apresentados, foi possível notar que ainda há uma visão assistencialista na forma de estabelecer o cuidado e promover ações educativas de prevenção de agravos. Foi possível observar pelas falas e reflexões que os profissionais precisam compreender que sem educação em saúde não há como incentivar o autocuidado. Ou seja, é preciso que as ações educativas promovam e potencializam a capacidade que os indivíduos têm de cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar próprio. Isso é capaz de mudar prognósticos, de aumentar adesão aos tratamentos e a aumentar a promoção em saúde.

Dentre os temas abordados o câncer de mama foi o assunto que gerou mais discussão, uma vez que muitas mulheres do grupo conheciam outras mulheres que já haviam se submetido ao tratamento oncológico e por temer a patologia. Entretanto, após a explicação da benignidade de até 80% dos tumores mamários palpáveis e da importância do reconhecimento precoce para sobrevivência, elas ficaram menos apreensivas e se mostram bastante interessadas na participação ativa na prevenção.

As mulheres participantes também afirmaram não estar cientes da necessidade da vacinação contra o vírus HPV como prevenção ao câncer de colo uterino, conscientização, esta, importante para ser passada para suas filhas e netas.

O sucesso da roda de conversa foi percebido no final, pois as participantes elogiaram as estudantes, agradecendo a presença de todos e relatando que iriam passar os ensinamentos para familiares e amigas. Além disso, pediram mais rodas abordando assuntos como esses desconhecidos por todas.

A conquista de tais pontos positivos reflete a importância que a roda de conversa proporciona aos seus envolvidos, tanto aos acadêmicos como às mulheres participantes. Por meio da conversa informal, todos falam a mesma “língua” e começam a ter intimidade entre em si, para, assim, perguntarem sobre o que lhe estão afligindo, sobre o que desconhecem e expõem seus medos e anseios diante de assuntos delicados como esses.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o espaço da roda de conversa possibilitou a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber, refletir, agir, modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”.

Além disso, esta experiência contribuiu para que os acadêmicos percebessem a relevância da educação dos usuários do Sistema Público de Saúde, principalmente sobre patologias tão incidentes e passíveis de prevenção e detecção precoce. Também nos proporcionou a oportunidade de contribuir com a educação de uma população e de fixarmos os temas discutidos.

REFERÊNCIAS

BALLALAI, I.; BRAVO, F. (Org.). **Imunização: tudo o que você sempre quis saber**. Rio de Janeiro: RMCOM, 2016. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/books/imunizacao-tudo-o-que-voce-sempre-quis-saber-170810.pdf>. Acesso em: 10 mai 2019.

BARBIERI, M; et al. Vírus HPV e câncer de colo útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**: Brasília, 2010 (marc-abr); 63(2): 307-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/21.pdf>. Acesso em: 10 mai 2019

BORSATTO, A. Z; VIDAL, M. L. B; ROCHA, R. C. N. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. **Revista Brasileira de Cancerologia**: Rio de Janeiro, 2011; 57(1): 67-74. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/10_revisao_de_literatura_vacina_hpv_preve_ncao_cancer_colo_uterio_subsidios.pdf. Acesso em: 10 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiaisparapesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf. Acesso em: 08 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes.pdf>. Acesso em: 06 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf. Acesso em: 08 abril 2019.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/edicao/Estimativa2016.pdf>. Acesso em: 06 abril 2019.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**: Rio Grande do Sul, 2011; 16(9): 3925-3932. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>. Acesso em: 10 mai 2019.

HOFFMAN, B. L.; SCHORGE, J. O.; SCHAFFER, J. I. *Ginecologia de Williams*. 2 ed. São Paulo: AMGH editora LTA, 2014.

HOHL, A; MEIRELLES, R. M. R. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*: São Paulo, 2009; vol.53 n.8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302009000800001. Acesso em: 08 abril 2019

OLIVEIRA, V. M; et al. Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*: São Paulo, 2007; 29(4):211-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n4/a08v29n4.pdf>. Acesso em: 08 abril 2019.

SAMPAIO, J; et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Revista Comunicação Saúde Educação*: Pernambuco, 2014; 18 Supl 2:1299-1312. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em: 08 abril 2019

SILVA, P. A.; RUIL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*: Brasília, 2011 (nov-dez); 64(6): 1016-21.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a05.pdf>. Acesso em: 08
abril 2019

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10.ed.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO FERRAMENTA DE ENSINO- APRENDIZAGEM PARA APRIMORAMENTO DISCENTE

Ana Maria Gonçalves Oliveira
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
anamariagoliveira@gmail.com

Esther Vieira Soares
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
tezinhasmed@gmail.com

Isadora Machado Pontes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
isadoramachadopontes31@gmail.com

Rafaella Gregori Perduca
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
rgperduca@gmail.com

Paulo Silva Santos
Especialista em Nefrologia – SBN
Docente de Medicina – Uni-FACEF
paulosilva@facef.br

1. INTRODUÇÃO

O uso da simulação realística no ensino de ciências da saúde tem se tornado cada vez mais, uma ferramenta fundamental e frequente para a formação dos estudantes em cursos de graduação e pós-graduação. Neste âmbito, a SR com o uso de simuladores de alta fidelidade, está ganhando espaço na educação médica, uma vez que atua sobre o desenvolvimento e a geração do raciocínio clínico e crítico dos alunos, visando a aquisição de competências não apenas psicomotoras, mas atitudinais e cognitivas (BARRETO et al., 2014).

Os simuladores podem ser classificados como de baixa, moderada ou de alta fidelidade, de acordo com sua capacidade de reproduzir precisamente sons ou imagens. Os simuladores de baixa fidelidade são caracterizados como os simuladores estáticos, menos realísticos e usados para procedimentos específicos. Os simuladores de moderada fidelidade são mais realísticos, pois podem oferecer ausculta de sons respiratórios, cardíacos, pulsação, ou a identificação de diferentes diagnósticos. Os simuladores de alta fidelidade são manequins extremamente realísticos, pois muitos possuem movimentação torácica, olhos funcionais que piscam e reagem com a luz, sons cardíacos, pulmonares, gastrointestinais e vocais, apresentam sangramentos e secreções, além de reagirem de acordo com as intervenções realizados pelos estudantes. Justifica-se assim, a escolha destes em detrimento dos materiais com menor teor realístico, como método de escolha nas

aulas de graduação que envolvam cenários de urgência e emergência médicas (SEROPIAN et al., 2016).

O ensino por simulação permite um ambiente participativo e de interatividade entre professores, alunos, conhecimentos teóricos e habilidades práticas, uma vez que utiliza cenários clínicos críticos que replicam experiências da vida real. Esta metodologia permite que situações previamente selecionadas, planejadas e validadas possam ser desenvolvidas até que se atinja alto nível de proficiência. Deste modo, diminui-se a chance de que a intervenção do profissional de saúde seja acompanhada de efeitos deletérios, indesejáveis e/ou iatrogênicos. A utilização dos simuladores permite a apresentação de diversos cenários, inclusive os considerados raros, dentro de um ambiente de controle (MIZOI; KANEKO; FILHO, 2007).

Como ferramenta de treinamento inovadora e sofisticada, a SR utiliza como recursos não apenas simuladores de pacientes mas também atores profissionais e outros personagens para a representação de situações cotidianas e reais em uma área física apropriada, contextualizada na atividade específica proposta, onde os partícipes podem interagir em algum momento, além de poder gerar a discussão em grupos sobre a ação demonstrada, que é chamado neste contexto de debriefing (ALBERT EINSTEIN INSTITUTO ISRAELITA DE ENSINO E PESQUISA, 2016).

Dessa forma, compreende-se que o treinamento continuado de cenários realísticos é uma estratégia importante para que o atual discente e futuramente profissional médico, adquira maior capacitação e aprimore as suas competências ainda na graduação, construindo e desconstruindo o saber de forma complexa e dinâmica. Justifica-se assim a importância e relevância do trabalho aqui descrito, no âmbito da educação médica moderna brasileira.

2. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato consiste em um trabalho descritivo de cenários médicos de urgência e emergência, ministrados durante aulas de simulação realística, com duração de 50 minutos, desenvolvidos com grupos de 7 a 8 alunos do 4º ano do curso de Medicina do Uni-Facéf, localizado no interior de São Paulo. Estes cenários são compostos por simuladores de alta fidelidade, aliados a atores e peças anatômicas, para realização de procedimentos, assim como instrumentos e aparelhos eletrônicos que possibilitem a maior proximidade da realidade e imersão dos discentes aos cenários. Ao final de cada aula, são utilizados checklist e filmagem para avaliar as habilidades e atitudes dos alunos, cujos resultados são discutidos no decorrer do debriefing. Durante os momentos práticos, professores analisam as condutas e discussões do grupo atuante, através de espelhos, sendo que os discentes não conseguem visualizar os docentes. No ano de 2018 foram

apresentados sete cenários com as seguintes temáticas: 1-Lupus Eritematoso Sistêmico, Insuficiência Renal Aguda e Sepsis; 2- Insuficiência Respiratória e Pneumonia; 3- AVC Hemorrágico e Convulsões; 4- Traumatismo Crânio-encefálico e ATLS; 5- AVC Isquêmico e Parada Cardiorrespiratória; 6- Fibrilação Atrial Aguda e 7- Infarto Agudo do Miocárdio. A intenção foi trabalhar temas de alta prevalência na prática clínica. Durante o debriefing foram abordados os sentimentos dos participantes, ressaltando o que foi bom e o que pode ser melhorado, os diagnósticos etiológicos e sindrômicos de cada cenário, os objetivos esperados e os atingidos, finalizando com a avaliação do trabalho em equipe e análise crítica dos resultados atingidos, dessa forma, cada aluno pode organizar seu próprio protocolo para a situação problema dos cenários e podem ainda evoluir nas suas habilidades teórico-práticas.

3. DISCUSSÃO

Devido ao fato da Simulação Realística ser uma metodologia com característica racional, requer e exige dos envolvidos a passagem por etapas, para que desta forma, a atividade atinja os objetivos de forma satisfatória. Estas etapas iniciam com uma exposição breve da situação, que é chamado de briefing, momento este, que é apresentado o problema, conscientizando os passos da tarefa a ser realizada, sem discutir os desfechos do caso a ser abordado e elegendo os alunos que participarão de forma ativa do cenário, enquanto os demais se dirigem para a sala de observação. Em seguida, os alunos partem para a ação na qual a tarefa é realizada de forma prática, sendo observada pelo instrutor e pelos demais participantes. Os observadores necessitam manter a máxima atenção ao cumprimento dos passos pré-estabelecidos, pois participarão e farão comentários durante o feedback, sendo que a SR finalizará com o debriefing, onde ocorre o feedback do cenário (IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015).

O Feedback é uma etapa que detém grande importância dentro da metodologia da SR, uma vez que especifica às informações que descrevem o desempenho dos alunos em determinada situação ou atividade, mostrando de modo objetivo e direto as fragilidades e dificuldades que necessitam ser melhoradas, assim como as habilidades previamente desenvolvidas e bem demonstradas. A habilidade de dar e receber feedback, por meio do docente e dos discentes observadores, melhora os resultados da aprendizagem, já que a troca dinâmica de experiências fornece uma base para a aprendizagem auto direcionada e para a reflexão crítica, além de auxiliar os alunos a corrigirem seus erros, reforçar comportamentos desejáveis e mostrar como o aluno pode melhorar. Por outro lado, a ausência da etapa de feedback gera inseguranças e dúvidas, amplifica o sentimento de inadequação e distancia o aluno dos objetivos propostos aquele cenário, podendo levá-lo a interpretar sua conduta de maneira totalmente inapropriada, desenvolver uma "falsa confiança" ou medo exagerado do erro. Desta maneira, o feedback mostra-se a etapa fundamental da aprendizagem da

metodologia ativa ao direcionar o aluno na construção do conhecimento (IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2015).

Esta metodologia permite a correlação feita pelo aluno, entre a teoria e a vivência de uma experiência prática, e deste modo favorece a competência intelectual dos discentes, por meio de tarefas, uma vez que o conhecimento é relativo a um determinado momento do processo de construção e surge da interação contínua entre sujeito e objeto com proposta que parte da atividade e da interatividade das ações entre discente e docente. Assim, permite-se que a aprendizagem, ao se tornar dinâmica, se consolide, pois, o aluno passa a refletir sobre suas ações e não apenas absorver os conhecimentos fornecidos docente (FERREIRA; CARVALHO, 2017).

A simulação por ser um evento prático em que as pessoas são expostas a um evento real controlado, é fundamentada na base da metodologia ativa, Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), em que o professor passar a ser apenas um guia e o aluno é provedor da construção do conhecimento por meio da prática. E após refletir os posicionamentos deferidos pelo professor, durante o feedback, e o aluno monta sua própria forma de agir e conduzir a situação problema. (COSTA et al, 2015)

Já o ensino tradicional, em contra ponto com a metodologia ativa, que se baseia em um ensino passivo, não permite uma participação mais atuante do estudante, principalmente no desenvolvimento da habilidade de comunicacional, e este ao entrar em contato com a simulação tem a oportunidade de desenvolve-la e quando aliada a prática do debriefing, que explora as emoções vividas, fundamenta e consolida a teoria além de permitir o aprimoramento do discente. Enfatizando, assim a importância do feedback como elemento fundamental do método ativo. (SOUZA et al, 2017)

Além disso, a metodologia de simulação realística ao explorar as habilidades individuais de trabalho em equipe e liderança permite o desenvolvimento de habilidades nas relações humanas desde a ética ao gerenciamento de conflitos, uma vez que o ambiente envolvido na área da saúde é movido por ações interdisciplinares e dependentes para um tratamento melhor do paciente, diminuindo, assim, a chance do erro humano. Desta forma, a metodologia traz uma revolução na educação por possibilitar a expansão do aprendizado (FERREIRA; CARVALHO, 2017).

Essas habilidades individuais, principalmente as emocionais, podem ser exploradas ao propor situações de estresses ou incomuns, porém passíveis de ocorrer em um ambiente hospitalar. Assim, ao se controlar o cenário e explorar essas habilidades dos estudantes, lhes dá a oportunidade de antecipar o erro, além trabalhar melhor os potenciais e falhas individuais, sem acarretar consequências diretas a um paciente real. Este treinamento fornece segurança e tranquilidade para

o aprendiz que está construindo uma base sólida para a futura vida profissional. (SOUZA et al, 2017)

As situações de crise, experimentadas principalmente nas urgências e emergências hospitalares, são cenários clínicos que exigem do profissional médico uma postura autoconfiante e segura de seus conhecimentos para a tomada de decisões rápidas e atuar de forma satisfatória em seu ambiente de trabalho. Desta maneira, a possibilidade de treinamento prévio por meio da SR, onde é possível adquirir estratégias de condução do caso, agilidade e habilidades, com possibilidade de refazer, sem acarretar danos ao paciente, em um processo de busca ativa e consolidação do conhecimento. (FERREIRA et al, 2018)

4. CONCLUSÃO

As atividades de aprendizagem com base em simulação na área da saúde, oferecem aos alunos oportunidades de interagir com pacientes em ambientes realistas por meio de observações e ações. Assim, relacionar os fatores determinantes da deterioração em um cenário realista, estimula a realização de uma discussão guiada entre alunos. Neste sentido, o debriefing tem emergido como uma estratégia extremamente importante para a aplicação eficaz da educação; representando o pilar central da simulação. O feedback, resultante do debriefing, em tempo real durante uma mudança clínica no cenário hospitalar é um componente importante para a formação e pode ter profundo impacto na prática clínica futura dos médicos em formação. Além disso, a exposição a situações de risco ou não, em ambiente controlados, explorando as questões emocionais, inseguranças, habilidade no controle de danos e as lacunas do conhecimento, geram maior segurança de suas capacidades quanto aluno e permitem a oportunidade de sanar os erros, afim de evitar consequências que possam afetar a vida humana diretamente, durante a pratica clínica. Diante do exposto, conclui-se que esta ferramenta pedagógica pode ser utilizada por docentes na problematização de situações de ambientes teórico-práticos que envolvam ciência médicas, principalmente em cenários de urgência e emergência ministradas na graduação de medicina, a fim de estimular que os discentes desenvolvam condutas rápidas e adequadas para soluções de problemas, tendo como vantagem, a possibilidade de erros e acertos, tornando o aprendizado mais significativo, uma vez que gera a aquisição de habilidades e cognição a serem usadas em futuras situações da vida real.

REFERENCIAS

Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. Centro de Educação em Saúde Abram Szajman. Atualização Profissional: Metodologia da Simulação Realística: Por Onde Começar, 2016

Barreto DG, Silva KGN, Moreira SSCR, Silva TS, Magro MCS. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 2, p. 208-214, maio/ago. 2014

Costa ORR, Medeiros MS, Martins ACJ, Menezes PMR, Araujo SM. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. Revista espaço para a Saúde, v.16, n.1, p 59-65, Jan/Mar 2015

Ferreira C, Carvalho JM, Queiroz-Carvalho FL. Impacto da metodologia de simulação realística, enquanto tecnologia aplicada a educação nos cursos de saúde. Seminário de tecnologias aplicadas a educação e saúde. 2017

Ferreira NPR, Guedes MH, Oliveira DWD, Miranda LJ. Simulação realística como método de ensino no aprendizado de estudantes da área de saúde. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2018;

Iglesias AG, Pazin-Filho A. Emprego de simulação no ensino e na avaliação. Medicina (Ribeirão Preto) v. 48, n.3, p.233-40, 2015

Mizoi CS, Kaneko RMU, Filho CAM. A simulação realística como estratégia de treinamento para profissionais da saúde. Einstein: Educ Contin Saúde.v.5, n.3, p.100-1, 2007

Seropian MA, Brown K, Gavilanes JS, Driggers B. Simulation: not just a manikin. J Nurs Educ. v.43, n.4, p.164-9, 2004

Souza OMJ, Silva RF, Oliveira MK, Venancio FA, Hermann SRP, Magro SCM. Debriefing como ferramenta de avaliação qualitativa no ensino simulado. Investigação Qualitativa em Saúde, Atas CIAIQ, v.2, 2017

TRANSTORNO BIPOLAR EM UM PACIENTE HOSPITALIZADO: Relato de experiência

Natália Barbosa Melo de Carvalho
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

Renata Cristine Chemim Will
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

Thaís Fernanda Moraes Freitas
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

Aliano Faria Ribeiro
Graduando em Medicina – Uni-FACEF

Talita Fernanda Soares Freitas Andrade
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o Transtorno Bipolar (TB) atinge em média 30 milhões de pessoas no mundo todo, estando, portanto, entre uma das maiores causas de incapacidade no homem. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

No Brasil, mais especificamente na cidade de São Paulo, a taxa de prevalência do TB encontrada ao longo da vida foi de 1% e a prevalência anual foi de 0,5%. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

O Transtorno Depressivo Maior e o Transtorno Bipolar (tipo I e II) são os transtornos de humor mais prevalentes, sendo o Transtorno Bipolar menos comum. O transtorno bipolar ainda se subdivide em tipo I e II. No tipo I a alteração do humor é mais acentuada e persistente (mania) enquanto que no tipo II essa alteração de humor é menos intensa (hipomania). (ASSOCIATION, 2014)

As alterações de humor possuem etiologia desconhecida apesar das diversas teorias que tentam explicar os fatores causais, os quais incluem: fatores genéticos, biológicos e psicossociais. (SADOCK BJ, 2017)

Dados mundiais indicam que o TB afeta os dois sexos de forma distinta. Verificou-se que TB-I afeta mais os homens ao longo da vida, já as mulheres apresentaram taxas mais elevadas do TB-II. Estudos mostram também que o risco de se desenvolver o TB é maior em adultos jovens, sendo que mais da metade dos casos se iniciam antes dos 25 anos de idade. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

Além disso existe uma relação entre comorbidades e TB, em que cerca de 76,5% das pessoas que se encaixam no diagnóstico do TB também

apresentaram outros transtornos ao longo da vida. As comorbidades mais frequentes ao transtorno são os transtornos de ansiedade, presentes em cerca de 63% dos casos, os transtornos comportamentais presentes em cerca de 45% e os transtornos relacionados ao abuso de substâncias, presentes em pouco mais de um terço dos casos de transtorno bipolar. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

O TB é um transtorno multifatorial e complexo, causado pela interação de fatores genéticos e ambientais. Possivelmente o surgimento e a evolução do transtorno são influenciados por trauma precoce, eventos aversivos significativos da vida e pelo uso indevido de drogas e álcool. A manifestação da doença pode também ser influenciada por algum estresse sofrido ao final do período da adolescência, no entanto os primeiros episódios de mania podem se manifestar ao longo de toda a vida. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

Foi demonstrado que o risco de desenvolver TB-II é maior entre familiares de pessoas com a doença, demonstrando assim a influência de um fator genético mais intensa nesse subtipo do transtorno. Por outro lado, o desenvolvimento do TB-I e do Transtorno Depressivo Maior tende a ter menos relação com a genética. Os fatores genéticos podem ainda influenciar a idade de início do Transtorno Bipolar. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

O transtorno bipolar (TB) foi descrito por volta do século XIX, porém na última década recebeu maior atenção da comunidade científica, sendo reconhecido como patologia presente na população mais jovem. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

Este transtorno é caracterizado por apresentar dois polos: depressivo e maníaco. O polo depressivo tem como característica principal o humor entristecido, em que o indivíduo apresenta melancolia, tristeza, sentimento de inutilidade, anedonia, angústia, desespero entre outros sintomas deprimidos e, além disso, apresenta alterações físicas como cansaço, apatia, insônia e disfunção erétil, disfunção do pensamento (ideação negativa, pessimismo, ideação suicida), sintomas psicóticos (delírio de ruína e de conteúdo negativo, alucinações), e alterações psicomotoras. Já o polo maníaco tem como quadro principal a felicidade patológica, uma vez que os indivíduos em mania são eufóricos, possuem a autoestima elevada, taquipsiquismo, logorreia, sintomas vegetativos intensificados (libido, insônia), desinibição sexual, arrogância, tendência exagerada para gastos e atividade sexual dentre outras características. (SADOCK BJ, 2017)

O transtorno se diferencia em tipo I, em que a elevação do humor é grave e persiste (mania), e o tipo II, em que a elevação do humor é mais branda (hipomania). (ASSOCIATION, 2014)

A apresentação clínica é muito variada e inclui alterações na percepção, emoção, cognição, pensamento e comportamento. A expressão dessas manifestações varia entre os pacientes e ao longo do tempo, mas o efeito da doença é sempre grave e geralmente de longa duração. (SADOCK BJ, 2017)

Além disso, os sinais e sintomas do TB na infância e adolescência são diferentes dos da vida adulta. As divergências quanto ao quadro clínico da doença nesses grupos impedem a padronização do mesmo, o que dificulta o diagnóstico. (SADOCK BJ, 2017)

Na infância, a criança é ativa e impulsiva, explosiva e irritada, verborreica, muda rapidamente de assunto, tem pouca necessidade de sono. Acredita ter habilidades especiais e/ou poder fazer coisas irreais. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

Na idade pré-puberal o TB pode se apresentar a partir de: humor irritável com tempestades afetivas, curso crônico, sintomas mistos de depressão e mania, ciclagem rápida, baixa recuperação interepisódica, labilidade emocional e irritabilidade durante todos os episódios. Já as crianças em idade escolar e os adolescentes em geral apresentam humor irritável, mania mista, ciclagem rápida, delírios de grandeza, labilidade emocional e explosões de raiva. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

Estudos revelam igual prevalência de fenômenos psicóticos na criança e no adolescente, uma alta taxa de suicídio, repetência escolar, agressão, comportamentos de alto risco, como promiscuidade sexual e abuso de substâncias, e altas taxas de recorrência. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

O transtorno costuma iniciar antes dos 25 anos, persiste durante toda a vida e, além disso, afeta tanto os pacientes como suas famílias. (SADOCK BJ, 2017) A complexidade e a variedade dos sintomas prejudicam o diagnóstico precoce comprometendo a eficácia do tratamento. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

O TB frequentemente está associado a outras desordens: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em 80 a 90% das crianças; e em 30% dos adolescentes, transtorno depressivo maior com elevado risco de suicídio e ansiedade. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

Apesar de o TB ter seu quadro clínico baseado nos sintomas de mania ou hipomania, um sintoma comum e persistente é a depressão, a qual é a principal causa de incapacitação. (BOSAIPO, BORGES e JURUENA, 2017)

O diagnóstico incorreto expõe o paciente ao uso de medicações psicoestimulantes e/ou antidepressivas, e o tardio pode torná-lo resistente ao tratamento que, quando ocorre de forma adequada, objetiva a inclusão social e acadêmica do paciente. (AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, 2008)

Os médicos devem entender que o diagnóstico de TB tem base inteiramente na história psiquiátrica e no exame do estado mental, uma vez que não existe um exame complementar para esse transtorno. (SADOCK BJ, 2017)

Apesar de grande parte dos pacientes se recuperar complementamente após o primeiro episódio de humor, a maioria deles apresenta recaídas nos primeiros 5 anos após o episódio. A recuperação dos pacientes leva

em conta a idade e a gravidade dos sintomas, uma vez que quanto mais jovem maiores são as chances de recuperação funcional e, quanto mais idoso, maiores são as chances de recaídas. (BOSAPO, BORGES e JURUENA, 2017)

Inseridas no contexto de saúde mental e doenças psiquiátricas, realizamos uma visita ao hospital psiquiátrico Allan Kardec, em Franca, para ter uma experiência direta com os pacientes psiquiátricos. Neste local estão internados pacientes crônicos e pacientes agudos, que podem até vir necessitar de contenção química ou física, mais principalmente de uma intervenção médica mais cuidadosa.

Os hospitais psiquiátricos estão inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a qual é uma rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. (SAÚDE, 2012)

A equipe do Hospital Allan Kardec, assim como a composição geral da maioria dos hospitais voltados a saúde mental, é composta por médicos psiquiatras e clínicos gerais, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, educador físico e terapeuta ocupacional. Há uma inter-relação entre os diferentes profissionais envolvidos, que consideram o paciente como um todo, abordando-o de forma humanizada.

A implantação da RAPS foi um grande avanço na transformação do modelo hospitalocêntrico. A Reforma Psiquiátrica, ocorrida em 2001, surgiu para garantir os direitos humanos e à perspectiva de cuidado de base comunitária, propiciando a livre circulação das pessoas no meio social e nos serviços de saúde. Colabora ainda para a integração das pessoas em sofrimento mental em seus territórios, possibilitando assim maior efetividade na produção de saúde mediada por pontos de atenção integrados. (GARCIA PT, 2018)

No decorrer deste relato de caso será descrita nossa vivência no hospital Allan Kardec, no qual abordamos um paciente para realizar anamnese. Os dados foram coletados a partir de uma conversa com o paciente e, devido à enorme dificuldade em colher sua história clínica devido à condição, a maior parte de suas informações foi obtida a partir do prontuário médico.

2. TRANSTORNO BIPOLAR EM UM PACIENTE HOSPITALIZADO

2.1. Descrição da atividade

Primeiramente entramos em contato com membro da equipe do hospital Alan Kardec que nos apresentou a dinâmica hospitalar e nos informou a respeito da rotina dos internos. Em seguida nos organizamos em grupos e tivemos contato com paciente para realizar anamnese e exame do estado mental. De início idealizamos que conseguiríamos colher uma história clínica adequada, completa e

rica em informações, porém, nossas expectativas foram frustradas, uma vez que um paciente psiquiátrico apresenta características peculiares da doença, diferenciando de um paciente da clínica geral, os quais temos contatos frequentes e já estamos habituados com esse tipo de abordagem.

2.2. Descrição do caso

Paciente A.M.B, masculino, 47 anos de idade, branco, solteiro, natural de Franca, procedente de Ituverava-SP foi admitido no hospital psiquiátrico Allan Kardec há aproximadamente três meses em estado agudo, para sua 14ª internação. Segundo dados colhidos no prontuário do paciente, A.M.B tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar e foi encaminhado com ordem judicial para internação compulsória.

Segundo prontuário médico, os familiares relataram que o paciente tem 14 anos de história psiquiátrica, sem adesão ao tratamento e antes da última internação apresentava alteração de comportamento e agudização do quadro. Relatam também que A.M.B. ficou desaparecido por 4 dias ao reaparecer dizendo ter ido viajar para Uberaba-MG. Vinha mantendo comportamento agressivo, diminuição da necessidade de sono, humor disfórico com irritabilidade intensa. O paciente chegou a ser preso por depredação de patrimônio público, passou por uma avaliação psiquiátrica e foi então encaminhado para internação compulsória no hospital Allan Kardec.

Nesta internação, deu entrada no serviço de saúde, normovigil, consciente, desorientado, com perda da memória remota e recente e humor ansioso e deprimido.

No dia de nossa abordagem, o paciente estava desorientado, com aumento da atividade psicomotora e com delírios persecutórios, dificultando a coleta de dados da anamnese e impossibilitando a execução do exame físico. Por esse motivo foi necessário consultar o prontuário do paciente.

Ainda de acordo com a família, o paciente apresentava adequado rendimento laboral, bom relacionamento interpessoal e familiar. Sempre apresentou dificuldades na adesão ao tratamento medicamentoso, é etilista e tabagista. Relatam que como o uso da medicação A.M.B. apresentava períodos de melhora, porém as recaídas eram frequentes devido à dificuldade de adesão ao tratamento, o que tornou a internação necessária.

A equipe do hospital relata que o paciente tem delírios de grandeza, dizendo ser do exército e o melhor soldado do mundo.

2.3. Discussão

Considerando o breve contato com o paciente, o qual estava sob efeitos de medicação, de início o caracterizaríamos como portador de esquizofrenia, devido sua paranoia e delírio persecutório relatado. No entanto o efeito das drogas impede que o diagnóstico seja realizado corretamente.

No entanto, de acordo com as informações contidas no prontuário, ao analisa-lo notamos que nossa hipótese diagnóstica estava incorreta, pois ao invés de esquizofrenia o paciente possui diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. Contudo, pensando no quanto o estado mental é variável, no momento do diagnóstico o paciente poderia apresentar sinais e sintomas de TAB e em alguns momentos de Esquizofrenia, condição essa que torna os diagnósticos em psiquiatria muito complexos e demorados, uma vez que são necessários diversos encontros com o paciente para que uma hipótese diagnóstica se aproxime o melhor possível da realidade.

Além disso, vale ressaltar que o paciente estava sob efeito de medicação, o que pode facilmente mascarar os sinais e sintomas tanto de mania quanto de depressão.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Transtorno Bipolar é um dos transtornos psiquiátricos que causa grande variação no cotidiano do paciente, principalmente em casos como o de A.M.B., que teve sua vida laboral interrompida devido a doença e se vê hoje afastado de sua família devido a necessidade de internação.

O paciente apresenta perda de autonomia, dependência de terceiros, alteração no senso de realidade, ideias persecutórias e irrealis. Esse quadro heterogêneo de transtornos leva o indivíduo à uma perda da capacidade de ter um bom funcionamento nas suas ações de convívio social, relações afetivas, no trabalho, fazendo com que este se torne cada vez mais excluído da sociedade.

A experiência de conversar com um paciente portador de um transtorno mental como o TB nos leva a refletir acerca de fatores desencadeantes da doença, uma vez que o paciente levou uma vida aparentemente normal durante muitos anos, trabalhando, sendo uma pessoa independente e em um curto período de tempo se tornou um indivíduo com dependência integral. É de demasiada importância a ação da equipe multiprofissional no tratamento do paciente, uma vez que há a presença de médicos clínicos e psiquiatras que abrangem a saúde do paciente como um todo e, além disso, a presença de psicólogos para auxílio na reinserção do paciente na sociedade.

Ainda, é de grande importância conversar com o paciente, tentar se inserir em seu mundo, compreender sua realidade para que então se possa ao menos tentar desvendar os fatores desencadeantes da doença, das viradas de

humor, das alterações de afeto. Para isso, é necessário empatia e uma anamnese minuciosa. Com isso, pode-se começar a responder diversas dúvidas e questionamentos acerca da situação do paciente psiquiátrico, uma vez que cada um possui um medo, uma insegurança, um pensamento diferente, algo que não pode ser generalizado.

A internação hospitalar como parte do tratamento é uma situação que remete a um pensamento polêmico quando se trata do paciente psiquiátrico. No entanto, é necessário o entendimento de que em alguns casos essa ação é de extrema importância para a sobrevivência e para o tratamento do indivíduo, não devendo ser descartada como possibilidade, principalmente em casos de pacientes violentos e que apresentam riscos para si ou para os demais.

Diagnosticar um transtorno mental em um primeiro momento com o paciente é muito complicado, tendo em vista por exemplo que nós supomos uma condição e ao verificar o prontuário ele era portador de uma condição completamente diferente. Portanto, há necessidade de diversas avaliações minuciosas, observação do paciente em seu contexto no qual está inserido, avaliação de suas ações. É imprescindível, portanto, a realização de anamnese e exame físico detalhados para que as hipóteses diagnósticas se aproximem o máximo possível da realidade e então o paciente receba o tratamento mais adequado e efetivo.

A experiência foi de suma importância para a articulação de habilidades de comunicação e, apesar de toda a dificuldade durante a anamnese, foi alcançado o objetivo de entrar em contato e exercitar os métodos de abordagem ao paciente psiquiátrico. Além disso, praticar o atendimento humanizado, voltado ao indivíduo e não à doença, o que é essencial para um bom diagnóstico clínico e também para o desenvolvimento de uma relação médico-paciente adequada, contribuindo para o crescimento profissional dos estudantes.

REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, A. P. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª. ed. [S.l.]: Artmed, 2014.

AUDREY REGINA MAGALHÃES BRAGA, L. S. K. F. Y. H. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. **Revista Psiquiatria**, 2008. 77-80.

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. **Suplemento Temático: Psiquiatria**, Ribeirão Preto, 2017. 72-84.

GARCIA PT, R. R. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, São Luís, 2018.

SADOCK BJ, S. V. R. P. **Compêndio de psiquiatria**. 11°. ed. [S.l.]: artmed, 2017.

SAÚDE, M. D. **Rede de Atenção Psicossocial**. [S.l.]: SUS, 2012. 1°.

VISITA DOMICILIAR: Da integralidade do cuidado à intersectorialidade

Ana Carolina Oliveira Brunacci
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
brunaccianac@gmail.com

Juliana Gurian
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
jugurian01@gmail.com

Ana Carolina Garcia Braz Trovão
carolbtrova@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A abordagem integral no estado de gravidez é um direito da mulher, importante para o bem-estar físico e emocional da mesma, para o parto e o nascimento do bebê. Devido a esses fatores, é fundamental a realização do pré-natal, devendo este ser iniciado preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. O pré-natal é um programa cujo objetivo é “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas”. (DIAS, 2014) (SÃO PAULO, 2010) (DA ROSA, DA SILVEIRA e DA COSTA, 2014).

Além do início do pré-natal ser realizado no primeiro trimestre, o Ministério da Saúde recomenda para uma gestação a termo a efetivação de no mínimo seis consultas, sendo realizado nelas o exame físico da gestante, solicitados exames laboratoriais necessários e passadas orientações sobre amamentação, imunização e alimentação suplementar.

Em regiões populacionais limitadas geograficamente, de baixa escolaridade, pouco poder aquisitivo e social, essas condutas, com destaque para as do primeiro trimestre, são inferiores em relação ao restante da população brasileira.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica de 2013, embora tenha ocorrido um aumento da cobertura de pré-natais do Brasil após a inserção do Programa Nacional de Humanização do pré-natal, doenças com alta morbimortalidade como a sífilis e hipertensão gestacional mantiveram suas incidências elevadas. Os principais motivos de não realização do pré-natal estão ligados a fatores socioeconômicos, sendo eles a baixa renda familiar e o baixo grau de escolaridade. Outra causa que interfere no início precoce do pré-natal é o fato de a gravidez não ter sido planejada, fato que ocorre pelo menos com metade das gestações, principalmente com o público de adolescentes. A faixa etária de adolescência é definida pelo período dos 10 aos 19 anos, de acordo com a

Organização Mundial de Saúde (OMS). (DIAS, 2014) (DA ROSA, DA SILVEIRA e DA COSTA, 2014) (BRASIL, 2013) (HEILBORN, 2006).

Na adolescência, a sexualidade é uma das grandes descobertas, e pode resultar em uma gravidez inesperada pela falta do ensino sexual, dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos e a ausência do diálogo aberto com a família e os médicos. A gestação na adolescência traz peculiaridades interessantes sob o ponto de vista psicossocial, familiar, escolar e do sistema de saúde.

Na óptica do psicossocial, a gravidez interfere de maneira que alteram os sonhos, o desejo e a aspiração do vir a ser, colaborando para a manutenção do ciclo de pobreza.

O impacto familiar por ser um fato inesperado, ser comum no primeiro momento haverem reações de raiva, desaprovamento e preocupação pelo fato saber que a filha tem vida sexual. Mas ao longo prazo, a perspectiva geralmente é de aceitação e repercussão positiva em toda a família, ocasionado pela expectativa do nascimento do bebê. A boa aceitação dos parentes não priva a adolescente em assumir a responsabilidade de ser mãe, pois isso, contribui para o seu desenvolvimento. O parceiro da adolescente também está inserido no conceito novo de família e que no primeiro momento ficam confusos e assustados, mas logo em seguida a ideia da paternidade geralmente também é bem recebida e seguida pela busca de oferecerem apoio às suas parceiras. (SPINDOLA, RIBEIRO e FONTE, 2015).

A gravidez também tem implicações sérias na fase escolar já que modifica os projetos futuros, como realização em alguma carreira, e muitas vezes adia a possibilidade do comprometimento com a qualificação profissional. Um terço das brasileiras dos 15 aos 17 anos abandonou a escola devido ao(s) filho(s) e 2% que estudavam tinham filho. (SPINDOLA, RIBEIRO e FONTE, 2015) (SOUSA, 2018).

Sendo a gestação uma etapa de vulnerabilidade devido às transformações, o estado de gravidez necessita de um maior enfoque da Atenção Primária à Saúde. A APS é a porta de entrada para o acesso ao Sistema Único de Saúde que visa o cuidado longitudinal do usuário e utiliza como ferramenta a visita domiciliar, que pode ser definida como “conjunto de ações com aspectos educativos sobre o autocuidado, manutenção e promoção de saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presentes no contexto familiar” (SANTOS E KIRSCHBAUM, 2013).

A visita domiciliar (VD) à gestante é essencial, por ser um meio pelo qual são realizados planos de ação para melhoria da qualidade do pré-natal, a partir do estabelecimento do vínculo com a paciente, deixando a mulher mais a vontade a fazer questionamentos em relação à gestação e ao puerpério. A VD também é importante para incentivar o aleitamento materno, para fazer orientações sobre os

cuidados com o bebê e na identificação precoce de agravos da gestação. (BATISTA, 2017).

A princípio a captação precoce das grávidas é realizada pelo agente comunitário de saúde (ACS), e quanto mais cedo o estabelecimento do vínculo com a gestante e início das VD, menores são as chances de desenvolvimento de complicações gestacionais. A atenção no pré-natal desde a captação precoce à primeira consulta puerperal demonstrou redução da mortalidade materna em 40% e da mortalidade infantil em 10% em 2012, segundo o Ministério da Saúde.

Muitos adolescentes deixam de procurar ajuda e/ou tratamento porque desconhecem os serviços que lhes são oferecidos e temem o tipo de receptividade que podem encontrar na UBS.

2. OBJETIVO

Descrever a experiência do estudante do segundo ano de medicina em visita domiciliar à gestante.

3. METODOLOGIA

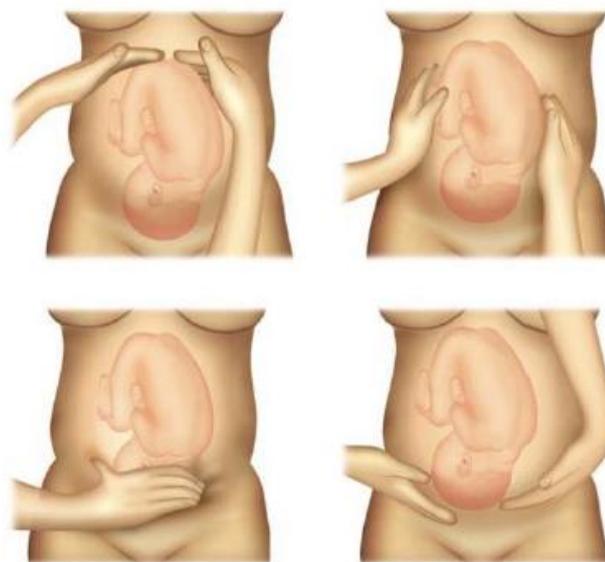
Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade relato de experiência, a partir da proposta Saúde da Mulher que foi realizada por estudantes de medicina do 4º período do Uni-Facef. As atividades foram realizadas no contexto de visitas domiciliares no bairro Paineiras, em Franca, pela disciplina de Integração em Saúde na Comunidade (IESC) no período de agosto a setembro de 2017. No total, foram realizadas três visitas domiciliares, programadas semanalmente nas quais tiveram como finalidade a escuta qualificada sobre os medos, anseios, sentimentos, perspectiva e expectativas sobre a maternidade, a realização de exames físicos gerais e voltados a mulher grávida e informar sobre os mitos durante o parto e na puericultura. Todas as atividades foram previamente planejadas e estudadas. As visitas foram previamente planejadas e estabelecidos seus objetivos e, para coleta dos dados, foi realizada entrevista na forma semi-estruturada.

4. RESULTADOS

O planejamento de cada visita variou de acordo com a semana da gestação a qual a adolescente estava e as queixas apresentadas por ela, objetivando sanar dúvidas, pôr em prática estratégias que visam o bem-estar da mulher e da criança e a inclusão de toda a dinâmica familiar. Para a coleta de dados, foi realizado uma entrevista semi-estruturada individual, com perguntas abertas de maneira que torna-se uma anamnese completa a fim de ampliar e aprofundar questões que vão surgindo à medida que recebe a resposta da informante. Também foi realizado o exame físico geral da gestante em todas as visitas, sendo sempre aferida a pressão arterial, a frequência cardíaca e respiratória, exame de membros

inferiores, realizando a medida da altura uterina e as manobras de Leopold (figura 1). Além disso, as estudantes também tiveram como foco incentivar e orientar sobre o aleitamento materno, juntamente com a desmistificação de mitos e verdades da gestação e puerpério. Após o nascimento do bebê, foi objetivada secundariamente estratégia a saúde da criança, sendo realizadas a anamnese detalhada, o exame físico do recém-nascido e realizada a abordagem à questões biopsicossociais comuns da puérpera, como a insatisfação com o peso, a depressão pós-parto, o ciúmes da irmã mais nova, a importância do uso de métodos contraceptivos, planejamento familiar e da revisão de parto.

Figura 1: Manobra de Leopold-Zweifel



Fonte: (Rezende Obstetria, 2013)

A visita domiciliar contribuiu efetivamente na sistematização das informações através das informações extraídas principalmente durante o primeiro encontro. Durante essa etapa, foi identificado algumas dúvidas e mitos que a adolescente tinha sobre a maternidade e que serviram como base para informá-la e contribuiu para confeccionar um material didático com orientações para na visita seguinte.

A ação educativa realizada na visita domiciliar com a adolescente-gestante demonstrou que a transmissão das informações foi efetiva e satisfatória, já que após o nascimento do filho, foi questionado se a ajuda dos estudantes acrescentou informação. O feedback dela foi de que muitas dúvidas da gestação foram esclarecidas e que muitos dos medos e anseios apresentava anteriormente foram resolvidos, inclusive, grande parte das informações fornecidas eram úteis e haviam sido colocadas em prática. Além disso, foi relatado o estreitamento do vínculo da paciente com a unidade de saúde de seu bairro, e assim, diminuindo a timidez e permitir esclarecer novas dúvidas que surgiram.

Notou-se na última visita que essa ação teve um impacto positivo pelas estudantes de medicina que notaram a melhora do autocuidado da adolescente, o cuidado com o recém nascido, evidenciado pela segurança durante a comunicação verbal e não verbal (como gesto, toque, sorriso e olhar), pela autoconfiança em falar sobre o tema de anticoncepção e pós-parto com a adolescente. Além disso, foi necessário reorganizar a última visita, pois a adolescente tinha dado à luz e o foco deixou de ser os mitos e verdades da gestação e passo a ser a observação, discussão e aconselhamento em relação tanto às condutas já realizadas quanto as planejadas pela puérpera. Ela nos demonstrou como estava realizando a pega (figura 2) e foi evidenciada pega correta e compreensão das orientações. Isso demonstra que a nossa preocupação em deixar as explicações o mais didáticas possível, algumas delas demonstrando através de imagens, foram úteis para a vida da adolescente. Ainda sobre amamentação, foi abordada a importância da mesma ser exclusiva até os 6 meses de idade do bebê e que não havia a necessidade de complementá-la com água ou qualquer outro alimento. Foi ressaltada a importância de esvaziar uma mama antes alternar com a outra a fim de evitar um processo inflamatório, desmistificada a informação de que cerveja preta, goiabada e outros alimentos interferem na “descida do leite”, e por fim, dicas como finalizar o momento da mamada quando o lactente “soltar” o mamilo e como estimular a mamada quando o bebê estiver preguiçoso.

Figura 2: Aleitamento Materno: posicionamento e pega adequada do recém-nascido



Fonte: (Fabiola Donato Lucas, 2014)

5. DISCUSSÃO

O contato mais próximo com a gestante proporcionado pelas VD permitiu uma melhor coleta de dados e compreensão do contexto social, cultural e ambiental das principais demandas da gravidez. A partir disso, foi possível associar essas informações de uma melhor maneira, propondo metas e orientações direcionadas às demandas específicas da gestação.

A VD pode servir com um importante processo de aprendizado para o aluno da graduação em medicina, ampliando sua visão no contexto da integralidade, do cuidado centrado no paciente e sua família. Além de possibilitar a compreensão familiar, suas relações interpessoais para o desenvolvimento de uma assistência médica de qualidade. Nesse contexto, a visita domiciliar bem como o planejamento da mesma, proporcionou aos estudantes de medicina a coleta de dados de forma sistematizada e eficiente, compressão do contexto social, cultural e ambiental no qual está inserido a paciente e permitiu a identificação de problemáticas que talvez não teria sido percebido numa consulta rápida pela timidez, como identificação de dúvidas e mitos. Também possibilitou uma ponte entre a adolescente e a UBS da comunidade e o seu fortalecimento elo já que foi identificado como ponto de fragilidade nessa relação. (PONTES, LEITÃO e RAMOS, 2008)

A gravidez precoce e indesejada é um fato que muda toda a dinâmica de uma adolescente e tem muitas implicações sérias principalmente na questão da conclusão do ensino básico e na profissionalização. Por isso, é importante investir em atividades educativas que incentivam o conhecimento dessas jovens aos métodos contraceptivos e estímulo para melhorar o vínculo com o médico e a família a fim de estimular diálogo mais aberto. (NASCIMENTO, XAVIER e DE SÁ, 2011)

Diante do exposto, evidencia-se a importância a realização de atividades de promoção, prevenção da saúde sexual das adolescentes através da busca ativa e através da intersetorialidade entre a escola e o serviço de saúde e, assim, possibilitar acessibilidade de informação pertinentes a saúde sexual dos jovens através de campanhas. A intersetorialidade é uma estratégia de união da informação de diferentes áreas, como Saúde, Justiça, Educação, Cultura e Trabalho, que tem como objetivo a integralidade da informação entre dois ou mais setores dos saberes antes fragmentada. (WARSCHAUER e CARVALHO, 2014) (VIEIRA, 2015)

Além disso, essa estratégia potencializa as ações através da discussão, orientação e oferecendo métodos contraceptivos e proporcionado espaços de diálogos para o esclarecimento de dúvidas e adquirir informações novas. Por fim, seria importante oferecer estratégia de continuidade dos estudos as jovens que engravidam, orientação sobre a decisão e respeito a autonomia.

6. CONCLUSÃO

Esta experiência contribuiu na formação acadêmica, pois permitiu aos estudantes compreensão sobre as etapas de planejamento e execução da visita domiciliar, bem como a percepção da importância da integralidade do cuidado centrado no paciente e sua família. Além disso, possibilitou ao estudante um olhar crítico sobre a realidade dos adolescentes com relação à compreensão de conceitos sobre saúde sexual e reprodutiva, e a necessidade urgente de estratégias

intersetoriais efetivas que contribuem para a promoção de saúde e prevenção de gravidez precoce, bem como as infecções sexualmente transmissíveis.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. T. E. A. Visita domiciliar à gestante: uma anamnese familiar., 2017.

BRASIL, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A. B. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 32, Brasília, DF, p. 320, 2013.

DA ROSA, C. Q.; DA SILVEIRA, D. S.; DA COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, RS, v. 48, p. 977-984, 2014. ISSN 6.

DIAS, R. A. A importância do pré-natal na atenção básica, Teófilo Otoni - MG, 2014. 28.

HEILBORN, M. L. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E FATORES DE RISCO ENTRE FILHOS DE MULHERES NAS FAIXAS ETÁRIAS DE 10 A 14 E 15 A 19 ANOS EM JUIZ DE FORA, MG. **Revista APS**, Juiz de Fora, MG, v. 9, p. 29-38, 2006. ISSN 1.

LUCAS, F. D.; Aleitamento Materno: posicionamento e pega adequada do recém nascido;2014; Lagoa Santa, MG.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. R.; Rezende Obstetria, 12^o edição; Ganabara, Koogan

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; DE SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, v. 8, p. 41-47, Out/Dez 2011. ISSN 4.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 61, p. 7, Maio/Junho 2008. ISSN 3.

SÃO PAULO, S. P. S. D. S. C. D. P. Manual técnico do pré natal e puerpério. **Atenção a gestante e puérpera no SUS-SP**, São Paulo-SP, 2010. 234.

SOUSA, C. R. D. O. E. A. Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, p. 160-169, 2018. ISSN 2.

SPINDOLA, T.; RIBEIRO, K. S.; FONTE, V. R. F. A vivência da gravidez na adolescência: contribuições para a enfermagem obstétrica. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, RJ, v. 12, p. 50-56, 2015. ISSN 1.

VIEIRA, P. M. Educação sexual na adolescência: práticas intersetoriais entre a saúde e a educação, São Carlos, SP, 2015. 192.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. Adolescência e Saúde ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde Soc.**, Santo André, SP, v. 23, p. 191-203, 2014. ISSN 1.

VISITA DOMICILIAR E PRONTUÁRIO ACADÊMICO: Ferramentas no processo de ensino-aprendizagem

Ana Carolina Oliveira Brunacci
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
brunaccianac@gmail.com

Thiago Felipe dos Santos Lima Gonçalves
Graduando em Medicina – Uni-FACEF
thiago_felima@hotmail.com

Ana Carolina Garcia Braz
carolbtrovao@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Básica caracteriza-se 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.” (SILVA, 2014). É fundamentada no acesso universal e integral à saúde e põe em prática suas ações através do cadastramento e estabelecimento de vínculo com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A ESF é uma das estratégias do Governo para prestar a assistência à família, e utiliza da visita domiciliar (VD) como um dos mecanismos para vincular-se aos usuários e pôr em prática os princípios básicos do SUS (universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade), visando também o desenvolvimento da autonomia dos moradores do território. (SILVA, 2014) (DOS SANTOS e MORAIS, 2011).

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta útil não só para fortalecer o vínculo entre paciente-unidade de saúde, como também na formação médica por possibilitar ao estudante aproximação da realidade de vida das famílias bem como dos fatores que interferem no processo de saúde-doença, o que subsidia intervenções em saúde mais efetivas e eficazes. (SILVA, 2014) Todas as informações coletadas devem ser registradas em meios oficiais, a fim de garantir a continuidade do cuidado. O instrumento que legitima o registro da assistência prestada ao paciente é chamado prontuário. Esse termo origina-se do latim e se refere ao “[...] lugar em que se guardam as coisas que devem estar à mão, despensa, armário [...]”, e trata-se ao conjunto de documentos relativos à assistência ao paciente. É de responsabilidade de todos os profissionais o conteúdo e a manutenção dos registros completos e precisos, sendo obrigatória a legibilidade da letra, assinatura e carimbo quando o atendimento for prestado pelo profissional médico. O prontuário constitui-se em documento de extrema relevância para o paciente, para o médico e instituições de saúde, para o ensino, pesquisa, sistemas de gestão da qualidade, além de representar em documento de defesa legal. No

cenário de ensino-aprendizagem o prontuário tem representatividade ainda maior, uma vez que são fundamentais para a continuidade das informações sobre os parâmetros biomédicos, trazem informações sobre os encontros e vínculos estabelecidos e subsidia o raciocínio clínico do estudante. (CRUZ, 2015)

2. OBJETIVO

Relatar a experiência de estudantes do segundo ano do curso de medicina da Uni-FACEF na realização de visitas domiciliares e seu registro em prontuário acadêmico.

3. METODOLOGIA

Foram realizadas visitas domiciliares a um paciente cadastrado em uma unidade de saúde da família de um bairro da periferia de Franca-SP e ocorreram no decorrer da 5ª e 6ª etapas da unidade curricular Interação em Saúde na Comunidade (IESC), do curso de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca, nos módulos de Saúde Mental e de Dor. Foi utilizado um prontuário elaborado pela própria disciplina com base nos problemas levantados durante a VD. Os itens constantes neste prontuário, chamado de acadêmico, são: dados cadastrais; relação dos integrantes da família; dados do domicílio; medicações em uso; genograma/ecomapa; dados subjetivos; dados objetivos; lista de problemas; avaliação e plano de cuidado conjunto; ações propostas; prioridades e evolução do caso. Os dados subjetivos dizem respeito à história atual e pregressa do paciente como hábitos de vida, rede social e de apoio e história familiar. Nos dados objetivos aparecem a descrição do exame físico, as impressões do profissional, bem como os exames complementares. Na evolução do caso são preenchidos os dados relacionados ao atendimento diário do paciente e também o relato dos sentimentos dos moradores da casa no dia, a resistência ou não ao tratamento, as crenças, as questões individuais, financeiras e as prioridades da família. Após o preenchimento de todas essas informações, foi realizada uma reunião com a equipe da unidade de saúde para haver o compartilhamento de informações acerca da família.

4. RESULTADOS

As VD basearam-se no registro do levantamento das necessidades/problemas, estabelecimento das prioridades e as ações direcionadas à resolução dos problemas levantados. O objetivo do registro dos problemas é necessário para compreender cada problema, os aspectos biopsicossociais envolvidos e elencar as possíveis estratégias para solucioná-lo ou minimizá-lo.

A primeira visita aconteceu com a finalidade de conhecer o paciente, sua família, compreender aspectos relevantes como dinâmica familiar e ambiente, porém o principal objetivo desta visita foi o estabelecimento de vínculo, a fim de proporcionar maior conhecimento futuro das subjetividades e particularidades da família. Fomos recebidos pela mãe do paciente e o mesmo não encontrava, pois tinha ido trabalhar com o pai. Conhecemos um pouco da história do paciente, bem como de como e quando iniciaram os sintomas da esquizofrenia. A mãe do paciente foi muito receptiva e demonstrou inseguranças e desconhecimento com relação à doença psiquiátrica de seu filho. Na segunda visita, que nos contou ter três filhos, três homens e uma mulher, sendo um deles com 31 anos, ex-usuário de crack e atualmente com depressão; o outro filho com 30 anos, que também acredita estar envolvido com drogas; a filha com 28 anos que era casada e não residia no local; e o mais novo com 27 anos, que era o paciente para o qual nossas visitas eram destinadas. Segue em anexo a tabela com os integrantes da moradia e o grau de parentesco com o paciente. O paciente em questão tem 27 anos, é negro, solteiro, natural e procedente de Franca, se tornou o usuário de maconha e cocaína aos 17 anos de idade segundo a mãe. Faz o uso de Diazepam 10mg duas vezes ao dia, Prometazina 25mg uma vez ao dia e Risperidona 2mg uma vez ao dia. Aos 20 anos teve o primeiro surto esquizofrênico, apresentando episódios de autoagressividade, delírios de grandeza e alucinações visuais, auditivas e sensitivas, as quais o levavam a provocar vômitos. Foi encaminhado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ficou internado por alguns meses na Clínica Arthur Nogueira durante seis meses, com o diagnóstico de dependente químico. Após a alta, continuou na casa dos pais e a mãe relatou não perceber melhora do quadro, pois os episódios de autoagressividade persistiram. Com a piora do quadro e o retorno dos quadros de bulimia, o paciente foi levado ao Pronto Socorro (PS) Dr Álvaro J Azzuz, onde foi diagnosticado esquizofrênico e encaminhado ao Hospital Allan Kardec, de onde planejou fuga nos primeiros dias de internação, mas a mãe o impediu. Após 2 meses, ela solicitou a alta antecipada do filho, pois ele relatou estar melhor e que não iria mais repetir as atitudes anteriores à internação. Retorno para casa dos pais com o objetivo de começar a ter uma rotina normal, trabalhando numa serralheria junto aos irmãos. A mãe do paciente era a pessoa da casa responsável por medicar o paciente para o tratamento da esquizofrenia. Todavia havia interrompido há um mês o uso dos medicamentos pelo filho, justificando a melhora do quadro, a manutenção após a retirada dos remédios e a cura pela fé. Relatou ainda o fato de que ele não sentia vontade de fazer nada, apenas comia e tomava banho com a insistência dela. A partir desses fatos, foram perceptíveis alguns fatores os quais necessitavam de uma maior atenção: o abandono do tratamento, a falta de conhecimento da correlação dos sintomas negativos apresentados (perda de vontade de realizar hábitos cotidianos) com a esquizofrenia e a crença na cura espontânea de uma doença a qual não tem cura. Ainda nesta mesma visita, foram iniciadas as orientações à mãe, explicando porque elas precisavam ser seguidas e o que poderia acontecer caso não fossem colocadas em prática. Nosso objetivo

primário não era fazê-la seguir as orientações, mas empoderá-la para ela tomar a decisão de continuar ou não o tratamento do filho. Explicamos o que eram os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia e que a evolução dos sintomas negativos poderia ser evitada a partir do uso constante das medicações. Foi feita também a analogia da esquizofrenia com outras doenças crônicas, como o Diabetes e a Hipertensão, facilitando assim o entendimento da importância do uso contínuo dos medicamentos. Mas o fator primordial responsável pela aderência dela em relação ao tratamento do filho foi durante a construção do genograma, quando foram descritos outros casos semelhantes ao do paciente na família, e a partir de então “comprovamos” a relação dos fatores genéticos com a esquizofrenia.

Observamos, ainda na segunda visita, que seria necessária uma atenção especial à saúde da mãe, por ser a responsável pelos cuidados da saúde dos filhos, do marido e da casa, e por também precisar de cuidados à sua saúde.

Na terceira visita, a mãe relatou que estava medicando o filho com outros medicamentos antipsicóticos que tinha em casa, devido ao fato de os remédios receitados terem acabado. Sugerimos o agendamento de uma consulta psiquiátrica na Unidade Básica de Saúde (UBS), ideia a qual ela aderiu bem e quis agendar para dois filhos: o paciente e aquele que estava com depressão, que segundo ela após cessar uso de crack estava em depressão e não aderiu ao tratamento. Pudemos observar que Orientamos sobre a importância do autocuidado de incluindo hábitos de vida saudáveis e lazer, além de esclarecer mais dúvidas em relação ao tratamento da esquizofrenia. O projeto terapêutico da família, em relação ao objetivo da adesão ao tratamento da esquizofrenia havia transcorrido bem, entretanto era necessário a continuidade das visitas para o acompanhamento da família.

Foi realizada a anamnese psiquiátrica do paciente, o qual relatou que após “bater um prego no dedo” começou a ter alucinações. Apresentava fatores precipitantes – via luzes “correndo” pelo chão, as quais passaram a ficar cada vez maiores e após machucar o dedo com o prego essas luzes tomaram forma de pessoas grandes e hoje são várias em miniatura. As alucinações visuais e auditivas correm o tempo todo, mas com o uso da medicação é mais fácil conviver com elas (SIC). A doença o impediu de trabalhar, comer e realizar outras atividades. Com relação a doenças, cirurgias e internações hospitalares, ele não recordava muito bem as datas e os períodos os quais passou internado, solicitou que isso fosse questionado à mãe. Negou outras doenças e cirurgias. Sobre seu estado de saúde atual, recentemente não teve variações do peso e hábitos intestinais. Após parar com a medicação passou a dormir mais e se levantar e a se alimentar apenas quando é solicitado pela mãe. Negou uso de álcool e relata ser tabagista (aproximadamente meio maço/dia) e não gosta de tomar a medicação para esquizofrenia, devido ao fato de ficar sonolento, mas se os tem a vista ingere todos de uma só vez. Por esse motivo a mãe controla a medicação. Iniciou uso de

antipsicóticos após três surtos, porém, nas duas primeiras vezes a mãe sabia da necessidade de continuidade e na terceira vez os suspendeu pela crença na cura através da fé em Deus (SIC), pois todos da casa são evangélicos e acreditavam que o paciente pudesse ter os surtos por presença de espíritos.

Com relação aos antecedentes do paciente, a mãe relatou que a gestação foi planejada, de parto normal, sem complicações, não se recorda com quantas semanas ocorreu o parto, porém relata ter sido dentro do período esperado. Teve uma infância tranquila, sem alucinações visuais e auditivas e que não percebera comportamento alterado. Conta que aos 17 anos o paciente abandonou os estudos e iniciou o uso de maconha e crack. A mãe relata que já fez tratamento para depressão e que primos e tios paternos tinham comportamento semelhante aos de esquizofrenia, porém não haviam sido diagnosticados naquela época quando moravam no nordeste. A família apresenta uma boa interação, embora o pai, seja uma pessoa mais reservada e um pouco alheio aos problemas e afazeres. Além disso, a mãe contou que o pai e os irmãos do paciente riem quando o mesmo relata suas alucinações.

Foi realizado o exame do estado mental do paciente o qual encontrava-se consciente, com boa orientação autopsíquica e alopsíquica (temporal e espacial), com memória remota parcialmente preservada e com lembranças do passado que ao serem contadas não seguiam a ordem cronológica, memória recente bem preservada. Apresentava-se normotímico e afeto modulado. Aparentemente coerente e hiperressoante. Psicomotricidade normal, com a presença de mania de puxar cabelo. Nega despersonalização e desrealização. Relata alucinações visuais e auditivas. Pensamento de curso normal a levemente lentificado, de forma organizada, compreensível. Exerce suas tarefas diárias embora não tenha propósito, faz de acordo com a solicitação da mãe. Juízo crítico e noção de doença preservados. Apresenta bom estado de humor, bastante capacidade de expressar sentimentos – perceptível o enorme afeto pela mãe e o incômodo quando o pai riu durante a anamnese. Incapaz de executar planos e projetos. Nega mudança de personalidade com a doença.

5. DISCUSSÃO

O médico desempenha um papel importante pelo fato de estar presente em vários cenários de assistência. Sendo assim, a formação médica deve abranger todos os aspectos da saúde -social, cultural, econômico e ambiental-, pois o ser humano é um ser complexo, e o método clínico centrado na pessoa (MCCP) visa esses aspectos a partir da abordagem integral do paciente, associada a uma boa comunicação, empatia o compartilhamento de responsabilidades com o paciente. Desta forma, o MCCP é um insumo para a realização de ações na Atenção Primária em Saúde (APS) e foi o método de escolha para compreensão do paciente atendido e de toda a complexidade envolvida. (BARBOSA e RIBEIRO, 2016),

(FEUERWERKER, 2007), (CARRILHO, GOTARDELO e FERREIRA, 2013). Seguiu-se a proposta do método de Stewart e colaboradores, que contempla os seguintes componentes: exploração da doença e da experiência da pessoa com a doença; o entendimento da pessoa como um todo, a elaboração de um projeto comum de manejo; incorporação da prevenção e promoção de saúde; fortalecimento da relação médico-paciente e ser realista, usando adequadamente os recursos disponíveis.

A partir do conhecimento de detalhes da história e do estreitamento de vínculo com a mãe do paciente principalmente, foi possível por em prática pequenas atitudes que ampliaram a visão de todos os integrantes da família, como a compreensão da facilidade e da utilidade de uma unidade de saúde básica próxima a residência deles. A família era bastante resistente em frequentar a UBS do território, porém após nós agendarmos a consulta de alguns dos integrantes da residência na unidade, houve um estreitamento do vínculo da família e do paciente com a Unidade.

A mãe do paciente tinha a dificuldade de adesão ao tratamento por acreditar que os surtos psicóticos eram quadros de possessão, e para isso nós buscamos esclarecer que a esquizofrenia é uma doença, que tem relação genética, exemplificando os outros possíveis diagnósticos de esquizofrenia através do genograma. Identificamos também que os medicamentos haviam sido suspensos pela mãe do paciente acreditar na melhora do quadro, devido à ausência de episódios de surto após parar de dar os medicamentos ao filho. Nós explicamos que o fato do paciente não se levantar para comer, não sentir vontade de tomar banho e apenas ficar deitado eram sintomas negativos da doença e que eles tinham relação com o uso inadequado das medicações. Percebemos que sendo a mãe a pessoa responsável pelo cuidado não só do paciente em foco como da saúde dos outros componentes da família, seria essencial dar direcionamento ao contexto biopsicossocial dela também. Nesse contexto, o registro clínico orientado por problemas (RCOP) torna-se importante, visto que fornece informações sobre o paciente de maneira organizada e garante a esquematização da conduta e a continuidade de cuidados com o paciente. Ele foi escrito de modo a facilitar o acesso às informações e o entendimento do paciente de forma ampla também por outros profissionais da unidade, colaborando para a continuidade da abordagem integral do usuário em futuras visitas, mantendo uma boa relação profissional de saúde – paciente. Nele estão inclusas a base de dados da pessoa, a lista de problemas, as notas de evolução clínica (notas SOAP) e podem estar presentes as fichas de acompanhamento. (GRANJA e OUTEIRINHO, 2018), (DEMARZO, 2011)

Na base de dados da pessoa estão presentes a história clínica, o exame físico, os exames complementares, o genograma, o ecomapa e as atuais necessidades pessoais. (DEMARZO, 2011)

A lista de problemas segue uma ordem cronológica e pode ser orientada para a pessoa ou a família, devendo estar na “folha de rosto” e descrever os problemas de maneira resumida e de fácil compreensão. (DEMARZO, 2011)

As notas de evolução são constituídas pelo anagrama SOAP, que significa Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano. (DEMARZO, 2011) O fato de avaliar a subjetividade do paciente traz detalhes que podem alterar o curso do paciente, pois o entendimento de um detalhe pode ser a chave para a resolução de um problema difícil de ser sanado, como a adesão ao tratamento.

6. CONCLUSÃO

A sistematização das visitas e do registro orientado por problemas permitiu ao estudante maior clareza das informações, compreensão dos problemas do paciente e suas principais demandas, facilitando assim a avaliação e o planejamento de ações. A experiência adquirida no uso do prontuário acadêmico associado à realização das VD permitiu associar o aprendizado teórico-prático, o que facilitou a compreensão da necessidade e função das ferramentas utilizadas, bem como na compreensão do método clínico centrado na pessoa.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação medica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, MG, v. 26, p. S216-S222, 2016. ISSN Supl 8.
- BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação medica como ferramenta de promoção de saúde.. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte - MG, v. 26, p. S216-S222, 2016. ISSN Supl 8.
- CARRILHO, L. E.; GOTARDELO, D. R.; FERREIRA, V. L. Método clínico centrado na pessoa no contexto da Atenção Primária em Saúde. **ANAIS DO CBMFC**, Belém - PA, p. 1508, 2013. ISSN 12.
- CRUZ, J. A. Informações em saúde: um estudo da legislação brasileira. **Ponto de Acesso, Salvador**, v. 9, p. 111-121, 2015. ISSN 1.
- DEMARZO, M. M. P. E. A. Gestão da prática clínica dos profissionais na Atenção Primária à Saúde.. **Módulo Político Gestor**, 2011.
- DOS SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A VISITA DOMICILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS., Vitória da Conquista - BA, v. 16, p. 6, Jul/Set 2011. ISSN 3.
- FEUERWERKER, L. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construçãoEducação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em

construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 31, p. 3-4, Jan/Abril 2007. ISSN 1.

FEUERWERKER, L. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde-um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, p. 3-4, 2007. ISSN 1.

GRANJA, M.; OUTEIRINHO, C. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 34, p. 40-44, 2018. ISSN 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. A. B. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**, Brasília, DF, v. 4, p. 60, 2006.

SILVA, C. A. C. E. A visita domiciliar na promoção da saúde da família dos moradores da zona rural, Lagoa Santa - MG, p. 33, 2014.

ANEXO

IDADE	GRAU DE PARENTESCO	OBSERVAÇÕES
27 anos		Histórico de drogas e depressão
53 anos	Mãe	
54 anos	Pai	
31 anos	Irmão	Depressivo
30 anos	Irmão	Usuário de maconha e crack(?)

VISITA DOMICILIAR: Relato de caso no município de Franca

Gabriele Kilpp Fagundes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
gabrielekilpp@hotmail.com

Ariel Paulo Agostinho Barboza
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
arielpauloagostinho@gmail.com

Anna Rita de Cascia Carvalho Barbosa
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF
Anacascia6759@gmail.com

Patrícia Bombicino Damian
Docente – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

A visita domiciliar, como estratégia da atenção primária, visa a promoção da saúde da comunidade, com embasamento técnico científico, em ambiente fora da unidade de saúde. A visita é configurada como o melhor instrumento na prestação de cuidados de saúde do indivíduo e de sua família, por ser utilizada uma tecnologia considerada simples, permitindo uma maior aproximação do agente de saúde bem como um acolhimento mais efetivo. A estratégia saúde da família (ESF) é um modelo proposto para modificar a atenção básica, tornando-a mais centrada na família e no contexto social em que está inserida e tem como um de seus pilares a visita domiciliar. (SANTOS; MORAES, 2011) (ANDRADE, et al., 2014)

A atividade da visita domiciliar ocorre fora da unidade saúde, porém sem perder o vínculo. Deste modo, a ligação do paciente com a sua unidade de referência deve ser aumentada e deve-se evitar tal rompimento. A facilidade que a visita domiciliar traz para o usuário deve ser aproveitada para o fortalecimento de seu processo saúde doença. (ANDRADE, et al., 2014)

Segundo uma proposta de classificação de Oliveira e Berger, as visitas podem ser divididas em quatro tipos. O primeiro tipo caracteriza o atendimento feito para o paciente portador de algum tipo de limitação que impossibilita sua locomoção. O segundo tipo caracteriza as visitas periódicas, realizadas para portadores de doenças crônicas, que muitas vezes são de difícil controle e por isso têm seu tratamento descontinuado por parte do indivíduo. Estas visitas devem ser previamente agendadas e mantidas a uma regularidade variável. O terceiro tipo caracteriza a internação domiciliar, caso ilustrado quando o indivíduo e a família decidem fazer o tratamento em casa. Geralmente é o caso de pacientes terminais. Por fim, o quarto tipo caracteriza a busca ativa. Realizada nos casos de pacientes

com difícil adesão, faltosos ou que têm exames de rastreamento atrasados/alterados, sendo necessária a procura por esses pacientes. O processo é dinâmico, assim as visitas podem ter sua classificação alterada ao longo do tempo e necessidade. (OLIVEIRA; BERGER¹, 1996 apud ROESE; LOPES, 2004) (OLIVEIRA; BERGER³, 1996 apud DEMARZO; OLIVERIA; GONÇALVES, 2014)

2. OBJETIVO

Reconhecer as fragilidades no acompanhamento pré-natal da área de abrangência da UBS-Paulista, identificando os fatores de risco e intervindo precocemente na evolução para possíveis complicações e internações hospitalares, além de estimular a independência e autonomia da família no processo saúde-doença.

3. METODOLOGIA

Com a atividade da disciplina Interação em Saúde na Comunidade (IESC) durante a 4^o etapa do curso de medicina do Uni-FACEF, tivemos acesso aos prontuários das pacientes gestantes com a finalidade de encontrar as que não estivessem realizando as consultas pré-natal de forma regular na unidade básica de saúde.

Desta forma, após análise das gestantes que são atendidas pela unidade supracitada, foi realizada a visita domiciliar a uma delas e feita a coleta de seus dados. O modelo utilizado foi o SOAP, método que conta com quatro principais vertentes exploradas: subjetivo, objetivo, aplicação e plano. Com isso, houve a possibilidade de orientar a paciente quanto a importância do seguimento regular do pré-natal, bem como esclarecer as dúvidas dela com relação a gravidez e puerpério.

4. RESULTADOS

Durante a visita foram colhidos os dados da paciente no modelo subjetivo, objetivo, aplicação e plano.

Dados subjetivos:

Anamnese: no dia 19 de setembro de 2017 foi realizada uma visita à casa de L. M. S. C., sexo feminino, parda, 20 anos de idade, natural e residente de Franca-SP, procedente do Paraguai, casada, desempregada, anteriormente trabalhava com pesponto. No dia da visita estava com 38 semanas de gestação. Até então, havia ganhado 15 kg durante as 38 semanas de gestação decorridas.

¹ OLIVEIRA, F. J. A.; BERGER, C. B. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. Revista Técnico-científica do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, v. 2, n. 1, p.83-90, maio1996

DUM: 24/12/2016. Sua primeira consulta de pré-natal foi realizada com 10 semanas de gestação. Não fez uso de ácido fólico, apenas de sulfato ferroso. Calendário vacinal atualizado com a aplicação do reforço da DTPa e influenza, sendo esta última de aplicação anual, no mês de julho.

Pré-natal irregular, com apenas 4 consultas até o dia da visita.

Antecedentes pessoais: G3P1N1A1 – Aborto na 12º semana há 6 anos, paciente se encontrava com 14 anos e não soube informar mais sobre. Nega procedimentos cirúrgicos, traumas. Nega comorbidades.

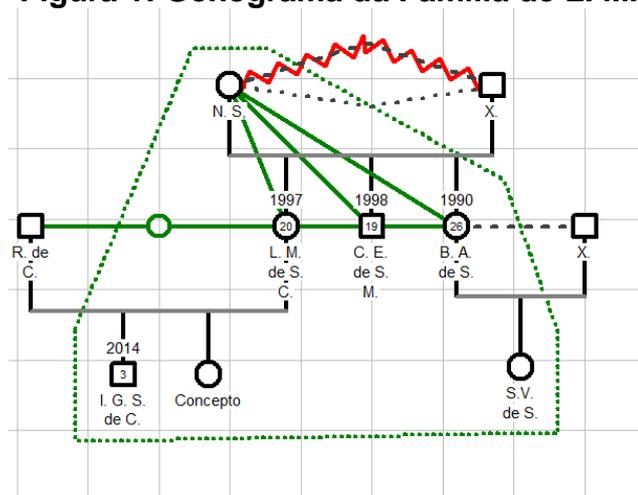
Antecedentes familiares: Histórico de diabetes por pai e mãe, gemelaridade por sua mãe. Nega histórico de hipertensão na família. Nega histórico de CA.

Situação psicológica da paciente: a gestante demonstra preocupação com relação a amamentação, devido a complicações odontológicas de seu primeiro filho. Com relação a gravidez atual a paciente não possuía muitas dúvidas, demonstrando estar calma apesar da ansiedade com a proximidade do parto.

Contexto social: paciente mora em uma casa pequena, com saneamento básico, energia elétrica, água encanada, coleta de lixo, com cinco cômodos sendo uma cozinha, um banheiro e três quartos. Além de L., mais cinco pessoas moram na casa, sendo elas: sua mãe, irmão, irmã, sobrinha e filho. Seu marido não é residente de Franca, pois se mudou para o Paraguai há 2 anos, L. voltou para Franca -SP após descobrir a gravidez.

Com relação ao apoio, a paciente possui uma boa assistência familiar de todos os membros da casa, mas principalmente de sua mãe, que durante a visita demonstrou interesse na gravidez e saúde de L.

Figura 1: Genograma da Família de L. M.



Dados objetivos:

Colhidos a partir de exame físico: paciente em BEG; eupneica; consciente e orientada; postura ativa; boa higiene pessoal; biotipo brevilíneo; fácies atípica; pele hidratada e normocorada; mucosas acianóticas e anictéricas; turgor e elasticidade preservados; perfusão capilar preservada; pele e fâneros sem alterações; e, edema MMII mole, elástico, afebril, 2+/4+.

- Peso: 65kg;
- PA: 110/80 mmHg;
- Altura: 1,55 m;
- FC/Pulso: 80 bpm;
- IMC: 26 Kgm²;
- FR: 17 irpm.

Colhidos a partir do cartão da gestante:

- Tipagem sanguínea: tipo A;
- Rh: positivo;
- Hemoglobina: 13,5 g/dL;
- Hematócrito: 39,2%;
- VDRL: negativo;
- Anti-HIV: negativo;
- Toxoplasmose: **IgM** não reagente, e, **IgG** reagente;
- HbsAg: negativo;
- Urocultura e urina I: sem alterações;
- Glicemia: 88 mg/dL.

Avaliação:

Riscos notados após a primeira visita:

- o Dificuldade de adesão à rotina de pré-natal;
- o Não uso de ácido fólico no início da gestação por dificuldade de acesso ao pré-natal;
- o Gestante com resistência ao aleitamento materno;
- o Não acompanhamento puerperal de sua G2.

Preocupações da gestante notadas após a primeira visita:

- Apreensão com relação ao aleitamento devido a problemas apresentados em seu primeiro filho, como: “Cárie de peito” - SIC; má alimentação após os seis meses de idade; dificuldade de desmame mesmo após a inserção de alimentos complementares.

Plano de intervenção:

- ✓ Orientamos e direcionamos a paciente às consultas na Unidade para seguimento de pré-natal;
- ✓ Informamos os sinais de trabalho de parto e sobre a procura ao Complexo Hospitalar - Santa Casa de Franca, caso evidenciasse sinais de urgência;
- ✓ Estimulamos a manutenção do sulfato ferroso e esclarecemos sobre sua funcionalidade;
- ✓ Abordamos sobre os benefícios do aleitamento materno, principalmente nos primeiros 6 meses de vida, e desmistificamos dúvidas em relação à cárie dentária;
- ✓ Acordamos com a paciente e sua mãe, nova VD após nascimento do bebê, para realizar puericultura do RN, avaliar aleitamento e suporte materno puerperal.

5. DISCUSSÃO

É necessário salientar a melhora da atenção básica no âmbito de atenção ao pré-natal, fato este que corroborou para que tal prática fosse de caráter regular e com no mínimo 6 consultas, sendo elas divididas: mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente entre a 28ª e 36ª semanas e semanalmente desde a 36ª até a 41ª semana de gestação. Essa distribuição foi preconizada pelo ministério da saúde para uma gestação de baixo risco. A busca ativa por gestantes que não realizam pré-natal ou que fazem de maneira irregular é importante para a conscientização e potencial prevenção de complicações com desfechos fatais. No caso da paciente em questão, esta iniciou o pré-natal no período adequado, primeiro trimestre, porém não continuou com as consultas regularmente, o que, até então, havia sido justificado pela redução de médicos ginecologista obstetras na unidade de referência dela. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

As faltas nas consultas pré-natal em sua maioria têm relação com a situação socioeconômica, escolar e conjugal da gestante, sendo percebido uma redução nas consultas de gestantes com baixo poder socioeconômico, baixa escolaridade e ausência de companheiro. As três situações se enquadram na vida da paciente em que estamos tratando. Apesar de ser casada, seu marido não se encontrava morando na mesma cidade que ela e a família. (FERRARI, et al., 2014)

Os exames, que são solicitados já na primeira consulta, são devidamente preenchidos no cartão da gestante. Ela recebe assim que a gravidez é confirmada e deve levar em todas as consultas subsequentes. Os primeiros exames a serem feitos são: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se Rh for negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica (não obrigatório). A realização desses exames é importante para detectar

precocemente qualquer irregularidade na gestação, seja ela materna ou fetal, e decidir pela melhor conduta frente ao caso. Cada gestação é única e possui diferentes intercorrências, por isso cada paciente deve ser acompanhando de forma individual. A paciente havia realizados os exames preconizados e o resultado dos mesmos estava devidamente anotado em seu cartão da gestante. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A orientação sobre o acompanhamento puerperal e sua importância, foi dada para a paciente a fim de que ela entenda e não deixe de ir às consultas. A atenção puerperal tem início dentro do ambiente hospitalar e continua depois da alta com auxílio da atenção primária com a visitas domiciliares. As visitas puerperais são importantes tanto para a mãe quanto para o recém-nascido pela assistência e orientação necessárias para a melhor adaptação de ambos. É importante ressaltar as orientações quando a amamentação, higiene, planejamento familiar, bem como realização do exame físico da gestante e do recém-nascido. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) (VILELA; PERREIRA, 2018)

Os sinais de trabalho de parto e de alerta que na presença de algum deles a gestante deve procurar atendimento médico, no caso da paciente a Santa Casa de Franca, são perda de líquido, sangramento uterino, contrações a cada 5 minutos, diminuição dos movimentos fetais ou qualquer mal-estar. A paciente foi orientada quando a presença de qualquer um desses sinais, e a mãe da paciente se mostrou ciente da necessidade do atendimento médico na vigência de qualquer alteração que sugira sofrimento do feto ou início do trabalho de parto. (ALBURQUERQUE, et al., 2017)

A paciente tinha dúvidas quando a suplementação de sulfato ferroso durante a gestação, na literatura não existe uma unanimidade sobre o assunto, permanecendo a indicação devido à alta prevalência de carência de ferro durante a gestação. O ideal para orientação individual de cada paciente é fazer o acompanhamento clínica e laboratorialmente, inclusive dosando os níveis séricos de ferritina. Como não tínhamos acompanhado a gestante durante todo o período gestacional, orientamos ela a permanecer com a suplementação, que havida sido prescrita em sua última consulta. (BRANDÃO; CABRAL; CABRAL, 2011)

A amamentação exclusiva (AME) até os 6 meses é essencial para o bom desenvolvimento do bebê, além de aumentar o vínculo entre mãe e filho, garante imunização do recém-nascido, e é gratuito. A paciente já entende os benefícios da amamentação, que foram mesmo assim reforçados, seu questionamento era quando o possível prejuízo aos dentes do bebê, pois relatou que seu primeiro filho teve problemas quanto a isso. Ao analisarmos a literatura existente sobre possível desenvolvimento de cárie devido ao aleitamento materno, foram encontrados resultados conflitantes, porém até então sem comprovação da cárie como causa direta do aleitamento, mas sim, como consequência da má higiene

bucal, da introdução precoce de alimentos doces e relacionada as práticas alimentares da família, desta forma existem muitas variáveis que podem confundir a conclusão quanto a amamentação ser responsável pela presença de cáries em lactentes, e são necessários estudos mais aprofundados quanto a esta complexa relação. Até que estudos sejam feitos, a AME deve ser mantida até os 6 meses, e complementar até os 2 anos de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) (RIBEIRO; RIBEIRO, 2004) (SANTOS; DOTTO; GUEDES, 2016)

6. CONCLUSÃO

A atenção primária é a forma mais prática e eficiente de melhorar a saúde e seus indicadores, a falta de profissionais capacitados dificulta a realização do mínimo necessário dentro da unidade de saúde, fazendo com que muitos pacientes evoluam para um atendimento secundário o até mesmo terciário, podendo ter sido evitado ou resolvido no âmbito primário.

O atendimento pré-natal é deficitário nas classes socioeconômicas mais baixas, pois elas dependem do bom funcionamento do serviço de saúde público, que muitas vezes é insuficiente. O investimento em atenção primária é indispensável para a melhora dos serviços de saúde num âmbito global, o aumento do vínculo do usuário com a sua unidade básica de referência diminui o fluxo em unidades de pronto atendimento e conseqüentemente melhorando o atendimento em ambas as esferas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. U. de. et al. Assistência ao parto e nascimento. **Protocolo Clínico**, Universidade Federal do Ceará, v.1, n.1, out 2017.

ANDRADE, A. M. et al. Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das suas famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, jan-mar 2014.

BRANDÃO, A. H. F.; CABRAL, M. A.; CABRAL, A. C. V. A suplementação de ferro na gravidez: orientações atuais. **FEMINA**, v. 39, n. 5, p. 285-9, maio 2011.

DEMARZO, M. M. P. et al. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: organização e registro. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/4/unidades_conteudos/unidade_23m/p_06.htm>. Acesso em: 26 maio, 2019.

FERRARI, R. A. P. et al. Associação entre assistência pré-natal e mortes neonatais, 2000-2009, Londrina-PR. **Rev. Bras Enfermagem**, v.67, n. 3, mar-jun 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar, Brasília 2015.

RIBEIRO, N. M. E.; RIBEIRO, M. A. S. Aleitamento materno e cárie do lactente e do pré-escolar: uma revisão crítica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5. 2004

ROESE, A.; LOPES, M. J. M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n. 1, p. 98-111, abr 2004.

SANTOS, B. Z.; DOTTO, P. P.; GUEDES, R. S. Aleitamento materno e o risco de cárie dentária, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 633-5, jul-set 2016.

SANTOS, E. M. dos.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p.492-7, jul-set 2011.

VILELA, M. L. F.; PEREIRA, Q. L. C. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. **Journal Health NPEPS**, v. 3, n. 1, p. 228-240 jan-jun 2018.

VIVÊNCIA DE ATIVIDADE INTERSETORIAL FOCADA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE SOBRE A DENGUE

Luísa Barini Guedine
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
lbguedine@gmail.com

Giovanna de Sousa Zago
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF

Luiz Felipe Nascimento de Oliveira
Graduando em Medicina – Uni-FACEF

Nicholas Vicente Farias
Graduando em Medicina – Uni-FACEF

Lívia Maria Lopes
Chefe de Departamento do curso de Enfermagem – Uni-FACEF

1. INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) liderado pela Comissão de Reforma Sanitária, como o modelo de atenção à saúde, mais humanizado, abrangente, eficaz e resolutivo, veio se definindo desde as décadas de 1970 e 1980. (FORSTER, 2017). Após a constituição do SUS, com o intuito de fortalecer a implementação dos seus princípios e diretrizes fez-se necessário a Política Nacional de Atenção Básica.

Sabe-se que a Atenção Básica possui seus atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária. Tais atributos necessitam do trabalho de forma intersetorial para melhor potencializar o papel da atenção básica. E o setor educação é do principais que podem trabalhar de forma articulação com o setor saúde em benefício da população (FORSTER, 2017).

Nesse contexto, a transformação de ambientes escolares em ambientes para educação em saúde tem se mostrado, por diversos autores, como uma prática intersetorial importante para disseminação de informações, prevenção de doenças e promoção da saúde pública. Essa ação de integração e intersetorialidade se mostra ainda mais eficaz quando se trata de doenças ambientais, como a Dengue, que pode ser evitada com mudanças de comportamentos e através de ações de prevenção (SANTOS-GROUW & BIZZO, 2009).

A Dengue refere-se como uma moléstia febril aguda causada por vírus, com quatro sorotipos (1,2,3 e 4), que podem afetar a população de um modo geral. Se caracteriza pelas dores músculo-articulares intensas e tem como agente um arbovírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* fêmea. Há referências

de sua instalação no Brasil desde 1923, porém sua confirmação laboratorial ocorreu apenas mais tarde, em 1982. As infecções pelo vírus podem contemplar desde a forma clássica que pode ser sintomática ou assintomática e apresenta baixa letalidade, até a forma hemorrágica que possui maiores letalidade e complicações, incluindo febre alta, manifestações hemorrágicas, hepatomegalia e insuficiência circulatória. Os fatores envolvidos no tipo de manifestação da doença, podendo ser leve ou grave, perpassam pelo vírus adquirido, histórico de infecções anteriores de dengue, sendo as reinfecções geralmente mais graves que as primeiras, e fatores individuais, como baixa imunidade ou doenças crônicas; não se restringindo formas graves da doença a um sorotipo específico (BRASIL, 2016).

O *Aedes aegypti* transmissor da dengue e febre amarela viral é provavelmente originário da África tropical, tendo sido introduzido nas Américas durante a colonização. Ele pertence ao RAMO Arthropoda (pés articulados) que possuem sua proliferação relacionada a climas tropicais e subtropicais, cuja principal qualidade é o calor, que auxilia na eclosão do ovo, e a umidade; é limitada pela altitude, geralmente com máximo até os 1000 metros, mas sabe-se de registros em locais de até 2200 metros acima do nível do mar e é um mosquito predominantemente urbano, apesar de já ter sido encontrado em áreas rurais no Brasil. Seu desenvolvimento acontece através da metamorfose completa, compreendida em quatro fases: ovo, larva (a qual contém 4 fases larvárias), pupa e adulto (BRASIL, 2016).

Os ovos possuem comprimento de 1mm, contorno alongado e fusiforme e mudam a coloração rapidamente quando são postos, de branco para cor negra brilhante. Em condições ideais, o embrião se desenvolve em até 48 horas, mas pode resistir cerca de 1 ano. A segunda fase, denominada larva, se alimenta de matéria orgânica disponível nos reservatórios e sobrevive várias semanas caso não esteja em condições favoráveis para a ocorrência de sua transformação em pupa, que depende de 4 a 5 dias. A fase das pupas é o limiar da transição entre larvas e o mosquito adulto e dura por volta de 4 dias, nos quais ela não se alimenta; e o mosquito adulto representa a fase reprodutiva do inseto, com listras brancas e pretas alternadas nas bases dos segmentos tarsais, tendo a maior diferenciação de machos e fêmeas pelas antenas e palpos, já que os primeiros possuem antenas plumosas e palpos mais longos. Dentro de 24 horas após emergirem, podem acasalar. Uma única inseminação pode fecundar os ovos da fêmea pelo resto da vida (BRASIL, 2001).

O tratamento para evitar a contaminação, envolve técnicas focais, perifocais e á ultra baixo volume, que engloba o nebulizador. O tratamento focal consiste em aplicar um larvicida nos recipientes para formas imaturas do mosquito, porém não são todos os depósitos em que se pode aplica-lo. Já o tratamento perifocal, possui aplicação do inseticida na região externa dos criadouros com o objetivo de atingir o mosquito adulto e esse método faz uma complementação do

tratamento focal. E por ultimo, o tratamento a ultra baixo volume que possui aplicação aérea do inseticida á baixo volume, e deve ser utilizado em casos de epidemias, visto que possui desvantagens relacionadas a deterioração de materiais, como pintura de automóveis, que não se pode controlar pelo fato de as partículas serem pequenas e sua dispersão sofrer influências pelo vento, além de não atuar sobre os ovos, os quais podem permanecer em latência até que o ambiente se torne favorável ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2001).

Assim, a identificação do vetor dentre vários outros mosquitos é importante para evitar sua disseminação, devido ao fato de que este necessita de diversos fatores ambientais e climáticos para conseguir se desenvolver. Nesse sentido, medidas que eliminem materiais que têm potencial para tornarem-se criadouros, que no geral encontram-se nas próprias residências, são simples e facilmente adquiridas pela população infantil, que se torna multiplicadora de práticas e informações. Portanto, a eliminação de focos de disseminação dos vetores é um ponto fundamental no combate à essa doença e o debate e promoção de saúde em escolas pode auxiliar de forma significativa nesse sentido (BRASIL, 2001).

Medidas intersetoriais que envolvem os segmentos de educação e saúde básica são fundamentais no sentido de esclarecer mitos e dúvidas, evitar aumento de contaminação ou surtos e garantir uma melhor qualidade de vida para toda uma população. Além disso, a importância da intersetorialidade pousa em não só ajudar a explicitar interesses divergentes e buscar convergências, como também se classifica como uma ferramenta para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade da gestão pública, pois permitem o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores que atuam na produção da saúde, na formulação, no implemento e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população (FLISCH, 2017).

2. OBJETOS

2.1. Objetivo geral

Relatar a experiência de acadêmicos de medicina em atividade intersetorial com foco na promoção de saúde sobre a dengue, e vista para a prevenção da doença.

2.2. Objetivo específico

Compreender o conhecimento dos alunos sobre os vários aspectos da doença, assim como o das docentes responsáveis por cada uma das salas; Refletir sobre as informações que seriam transmitidas com a experiência de mundo de cada um daqueles indivíduos; Estudar e pesquisar sobre dúvidas e mitos que ainda

estavam presentes; Contribuir para que os alunos se tornassem multiplicadores que atuarão na promoção de saúde e prevenção contra o mosquito *Aedes aegypti*.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência estruturado para discutir a atividade sobre dengue realizada na Escola Municipal Lauro de Freitas, na zona Norte do município de Franca, interior de São Paulo. Optou-se por uma metodologia ativa e lúdica para proporcionar melhor retenção de conhecimentos dos estudantes que possuíam idade de 7 a 10 anos. Foram trabalhadas seis salas, as quais abrangeram 3º, 4º e 5º anos, cada uma delas com aproximadamente 25 alunos, ao todo foi possível trabalhar aproximadamente com 75 crianças.

A parceria entre essa escola e os graduandos de medicina é realizada pelo Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF), através da unidade curricular obrigatória IESC (Interação em Saúde na Comunidade), que estuda, entre vários outros aspectos, a intersectorialidade e a coloca em prática, inserindo precocemente os alunos tanto nas unidades básicas de saúde, quanto nos demais setores sociais relacionados com a saúde; dentro dos quais, se encontra o campo da educação, com suas escolas, centros de convivência infantil (CCI) e creches.

As turmas que seriam trabalhadas foram previamente escolhidas pela própria escola e passadas para a preceptora. A idade das crianças chegou a ser uma preocupação inicial por imaginar-se que haveria pouco conhecimento prévio sobre o assunto. O tema foi eleito devido aos dados epidemiológicos da cidade e o aumento significativo da incidência de casos de dengue no município, na mesma época de realização da atividade. Essa foi elaborada a partir da leitura de diversos artigos (AKERMAN et al, 2014; SANTOS-GROUW & BIZZO, 2009; FLISCH, 2017), cartilhas do SUS e manuais de normas técnicas sobre dengue (BRASIL, 2001; BRASIL, 2016), para enfim, chegar a um projeto final.

Com intuito de exercitar a organizar e pagamento dos estudantes de medicina foram escolhidos líderes do trabalho para montar o plano de atividades que contém em sua composição dados da unidade curricular, da procedência da atividade como horário, data, tema e local, além da descrição da atividade em si. Houve reuniões que antecederam a data de realização do trabalho para que todos os participantes estivessem cientes de como procederia a realização do projeto. Conhecimento acerca da doença, seus sintomas, diagnóstico e tratamento também foram revistos, além de todo o fator epidemiológico e do próprio ciclo da doença, sua transmissão e a reprodução de vetores, contemplando também os mecanismos de prevenção.

Ao chegar na escola infantil, foi possível trabalhar com as salas de forma individual, portanto, cada atividade durou 45 min com aproximadamente 25 alunos. Inicialmente, os alunos foram indagados sobre suas vivências relacionadas

ao tema e seus conhecimentos e posteriormente, foi realizada uma dinâmica lúdica e criativa em sala de aula. Antes de iniciarmos as discussões, foram escolhidos dois alunos para representar os mosquitos, uma menina (mosquito fêmea) e um menino (mosquito macho), para deixar explícito ao decorrer da atividade que somente a mosquito fêmea pode transmitir a dengue; no transcorrer da conversa que se seguiu, foram selecionados outros alunos para corresponderem aos reservatórios que eles mesmos citavam como pneus, garrafas, baldes, caixas de água destampada todos com acúmulo de água parada, local ideal para a reprodução do vetor *Aedes* e no qual os ovos são depositados, em suas paredes internas e se reproduzem rapidamente em condições favoráveis. Os demais alunos foram a população que estava exposta tanto ao mosquito, quanto a locais e objetos que poderiam se contaminar e ser utilizados como criadouros. Um ciclo foi criado e mostrou-se como o mosquito se reproduz, suas fases de desenvolvimento, como ele se contamina, foi explicada a necessidade de o mosquito estar contaminado para poder transmitir a doença e as possibilidades que fazem com que a Dengue seja uma doença cujo controle é possível, mas que não é atingido com facilidade.

Dentre estes fatores de difícil controle, se inserem o alto número de ovos fecundados que são depositados do recipiente pela mosquito fêmea, chegando a cerca de 200 ovos que possuem muita resistência, além da capacidade viral em adaptar-se as condições não favoráveis, como sua reprodução em águas não limpas, visto que antes isso não era possível, mas pesquisas em torno do mecanismo de reprodução do mosquito comprovaram esse fato (FLISCH, 2017).

4. RESULTADOS

Foi uma experiência enriquecedora compartilhar conhecimentos com as crianças nessa atividade, pois, além de elas já terem certo grau de entendimento acerca de todos os aspectos trabalhados, foram feitas diversas perguntas, colocados em prova sentidos comuns e combatidos diversos mitos e crenças populares. Além disso, a participação integral dos alunos contribuiu para o aprendizado e memorização dos assuntos trabalhados, tornando muito mais fácil a reprodução dessas atitudes e o compartilhamento de pensamento nos seus núcleos de convivência.

Houve uma grande interação dos alunos com a atividade, o que aumenta as chances de um resultado favorável para a saúde pública e educação.

Os dados epidemiológicos pesquisados antes da visita foram reafirmados pelos participantes, que nos relataram casos individuais e de familiares, o que ressalta a importância de atividades como essa, de medidas preventivas e de combate à doença. Mostra também a vulnerabilidade de toda uma população, não só de um bairro, mas de todo o município e o alto grau de exposição ao qual ela encontra-se submetida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atividade mostrou o grande ganho que existe em experiências intersetoriais. Isso se dá tanto para o setor educacional, cujos alunos e docentes possuem maior conhecimento acerca de todos os aspectos da doença da Dengue e que tornam-se um grupo mais empoderado diante da transmissão e menos vulnerável à contaminação, quanto para o da saúde pública, que a longo prazo obtém da prevenção uma redução dos gastos com tratamentos, o maior contato e proximidade de crianças com futuros profissionais de saúde e a visibilidade e atração das unidades básicas de saúde dentro de uma população.

As atividades de promoção podem ter resultados consideráveis em relação a doenças ambientais como a dengue, que foi considerada erradicada no Brasil nos anos de 1955, pela primeira vez, e posteriormente em 1973, e impactar de forma extremamente positiva na realidade de uma população, exigindo pequenos investimentos e atitudes simples. Sendo assim, conclui-se que há uma grande importância nessas atividades para chegar ao objetivo de erradicar a doença.

Além disso o interesse demonstrado pelos alunos foi um grande incentivo para a realização de outras atividades que valorizem e contribuam para a intersetorialidade, por estimular a prática da educação em saúde, que também é ferramenta fundamental para as práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Acrescenta ainda, que a prática de educação em saúde na formação de médicos se constitui como uma importante ferramenta no desenvolvimento de habilidade de comunicação, além de fortalecer a participação social na construção do SUS e da atenção básica cada vez mais coerentes com a construção de práticas que integram, em sua implementação, dimensões políticas, econômicas, locais e societárias.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FRANCO, R. S.; MOYSES, S.; REZENDE, R. DAIS, R. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! / Intersectoriality? IntersectorialitieS! Ciênc. saúde coletiva, n.19, v. 11, p.4291-4300, nov., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Controle de vetores – Procedimento de Segurança, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância

em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FLISCH, T. M. P. Intersetorialidade, educação em saúde e dengue múltiplos olhares do setor saúde e do setor educação. Tese (Tese em Saúde Coletiva). Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte. p.151. 2017

FORSTER, A. C.; FERREIRA, J. B. B.; LIMA, N. K. C.; GALATI, P. M.; FARCHE, R. A abordagem da intersetorialidade para o ensino médico em atenção primária. Medicina (Ribeirão Preto, Online.), n.50, v.1, p.58-65, 2017.

SANTOS-GROUW, A. M.; BIZZO, N. A dengue na escola: contribuições para a educação em saúde da implementação de um projeto de ensino de ciências. VII Enpec - Encontro Nacional de Pesquisas em Educação em Ciências. Nov., p. 12 – 20., 2009

VIVENCIANDO A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NA GRADUAÇÃO MÉDICA

Anna Cláudia Martins
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
annaclmartins@gmail.com

Isadora Mendes
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
isa_mendes1804@hotmail.com

Josela Aparecida de Freitas
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF
josela.freitassmb@hotmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos
Professora dos cursos de Medicina e Enfermagem do Uni-FACEF
patreisenf@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) faz parte da construção do Sistema Único de Saúde, seguindo as diretrizes de integralidade, descentralização, humanização e participação social. A partir dessa política, houve a expansão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implementação da atenção pré-hospitalar com as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). A Rede considera como porta de entrada pré-hospitalar a Atenção Básica (AB), SAMU e UPA (BRASIL, 2011). Os componentes da Rede de Atenção às Urgências (RAU), tem como fundamento a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde, estimulando o desenvolvimento das ações de saúde. (BRASIL, 2013)

Neste contexto, destaca-se a AB, que tem como funções a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo da população com os profissionais multidisciplinares da unidade e responsabilização, sendo assim é o primeiro atendimento às urgências e emergências até o encaminhamento dos pacientes para outros pontos da Rede de Atenção, quando for necessário, mediante a acolhimento e avaliação de riscos e vulnerabilidades.

A AB, deve cumprir funções para contribuir com o funcionamento das redes de atenção à saúde, como ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com a mais elevado grau de descentralização, sendo que a participação do cuidado se faz sempre necessária, deve ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada, construindo vínculos e ampliando graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve

coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares (PTS) e organizando o fluxo de usuários entre os pontos da rede de atenção à saúde.

E por fim, a AB deve ordenar as redes e reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. Uma alternativa de cuidados na AB para o atendimento qualificado da demanda espontânea é a sala de observação, esse ambiente é destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgências ou emergência, no período do funcionamento da unidade (BRASIL, 2013).

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências subdivide-se no SAMU e nos Centros de Regulação Médica de Urgências. O SAMU objetiva ordenar o fluxo assistencial e a disponibilidade do atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo, mediante ao envio de veículos tripulados por uma equipe capacitada, acessado pelo número 192, acionando a Central de Regulação das Urgências. O SAMU mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas seja elas por urgências e emergências ou como transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte. (BRASIL, 2013).

As unidades móveis podem ser Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) em que é tripulada por 2 profissionais, sendo um o motorista com curso de socorrista e um técnico ou auxiliar de enfermagem, Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), viatura tripulada por no mínimo 3 profissionais, sendo um motorista com curso de socorrista, um enfermeiro e um médico. Há também equipes de Aeromédico, de Embarcação, Motolância e o Veículo de Intervenção Rápida (VIR) (BRASIL, 2013).

A Central de Regulação Médica de Urgências é integrante ao SAMU, e é definida com uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares e rádio-operadores capacitados em regulação dos chamados telefônicos, demandando uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da rede de atenção à saúde.

O componente de Atenção Hospitalar (AH) na RAU é constituído por serem portas hospitalares de urgência e emergência, por terem uma enfermaria de retaguarda clínica, hospitais especializados e centros de cuidados prolongados e organização das linhas de cuidado prioritárias, como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma. Os principais objetivos é funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade, garantindo atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos

e leitos clínicos, cirúrgicos, de cuidados prolongados e de terapia intensiva para a Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2013).

As UPAS são unidades, foco deste relato, atendem 24 horas e têm estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar, devendo funcionar todos os dias da semana, e compondo uma rede organizada de atenção às urgências e emergências. Tem como objetivo a garantia e o acolhimento aos pacientes, intervindo em sua condição clínica e contrarreferenciando para internação hospitalar quando necessário, portanto, proporcionando a continuidade ao tratamento (BRASIL, 2013).

A organização do serviço de urgência deve ocorrer por meio de acolhimento e classificação de risco, método que visa atender a todos que procurar a unidade de urgência, de forma humanizada, individualizada e encaminhamento para o setor adequado e com recursos adequados para atender as necessidades do usuário.

A avaliação do usuário e Classificação de Risco deve ser realizada por profissional capacitado para tal procedimento e pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada, sendo utilizado critérios de classificação dos pacientes de acordo com a apresentação usual da doença, sinais de alerta (choque, palidez, febre, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor), queixa principal, sinais vitais (saturação de oxigênio, escala de dor, escala de Glasgow, doenças preexistentes idade, dificuldade de comunicação (droga, álcool, doenças psiquiátricas, doenças isquêmicas e entre outros) e a reavaliação, podendo mudar a classificação. (SERVIN, et al.)

O acolhimento com avaliação e classificação de risco (ACCR) torna-se ação primordial para subsidiar a tomada de decisão dos profissionais na condução dos casos dentro dos recursos necessários e disponíveis, diante da situação de saúde apresentada pelo usuário.

A vivência de estudantes, no atendimento às urgências clínicas em uma UPA, objetivo deste relato, possibilitou compreender a importância da RAU como finalidade de integrar, objetivar e ampliar o acesso humanizado e integral aos usuários, e resolutividade dos casos, motivação para a construção do presente relato.

2. OBJETIVOS

Relatar a vivência de estudantes de medicina em uma UPA.

3. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciada por um grupo de estudantes do 4º ano do curso de medicina, na disciplina de Interação em Saúde e Comunidade, do Centro Universitário Municipal de Franca (Uni-FACEF). A atividade teve como proposta o conhecimento teórico dos pontos de atenção propostos pela Política Nacional de Atenção às Urgências, conforme a figura a seguir, articulando a vivência prática no contexto de um serviço de pré-hospitalar fixo (UPA).

Figura 1: Rede de atenção às urgências



Fonte: Brasil, 2011.

O processo de admissão do paciente na referida UPA é realizado na recepção, por meio de sistema informatizado. Após a admissão, os pacientes são avaliados e classificados pela equipe de enfermagem e, em seguida, encaminhados para a avaliação médica no setor adequado ao caso (SANTOS; ALGARTE; SAMPAIO, 2016).

Durante a vivência foi possível realizar e acompanhar atendimento no setor destinado aos pacientes classificados como azul e verde e amarelo. Possibilitou conhecer o funcionamento da UPA, as práticas de saúde desenvolvidas na unidade e por meio do acompanhamento de um caso clínico compreender os recursos e possibilidades de referências e contrarreferências dentro da Rede de Urgência.

Conforme o Protocolo de Avaliação e Classificação de Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a classificação de risco é subdividida em 4 cores, vermelha, amarelo, verde e azul. A prioridade zero (cor vermelha) é quando o paciente necessita ser encaminhado diretamente para a sala de ressuscitação, sendo uma emergência, não é necessário passar pela triagem pois tem risco iminente de vida, o atendimento tem que ocorrer em 15 minutos.

Já a prioridade 1 (cor amarela) o paciente é encaminhado para a consulta médica imediata, é uma urgência e a sua avaliação é no máximo em 30

minutos, pois há risco de morte. A prioridade 2 (verde) o encaminhamento para a consulta médica tem urgência menor, a avaliação ocorre no máximo em 1 hora, é necessário a reavaliação periódica, mas não há risco de morte. E por fim a prioridade 2 (azul) que é urgência de menor complexidade a sua avaliação é no máximo 1 hora e não tem risco de morte (BRASIL, 2009; SERVIN, PINHEIRO., et al).

No atendimento a um paciente, classificado como amarelo, foi possível realizar a coleta da história progressa, o exame físico, acessar o prontuário eletrônico e o histórico de atendimentos do paciente, e posterior discussão e acompanhamento da resolutividade do caso pela equipe de saúde, possibilitando materializar os pontos de atenção da Rede de Urgência.

O quadro a seguir descreve os dados coletados na Ala e Observação, destinada a pacientes com classificação amarela, UPA.

Quadro 1: Coleta da história clínica

Coleta de Dados	
História progressa	Paciente de 76 anos, veio acompanhando de um familiar que relatou que o mesmo estava há 15 dias com dor abdominal e há 1 semana com constipação, sendo levado a UPA. Há 7 dias teve infecção do trato urinário, e o médico da UPA passou antibiótico (não soube especificar qual) e Luftal (Simeticona) para alívio dos gases intestinais. Acompanhante relata que há 3 dias o paciente diminuiu a ingestão de alimentos e de água. Teve náuseas e diminuição da evacuação. Paciente relatava dor na região epigástrica e nos flancos, do tipo em apertados, de intensidade “12” (muito forte e passa de 10), sem irradiação, obteve melhora ao decúbito e quando utilizou Dipirona Sódica, queixa-se também de distensão abdominal. Nega vômitos, febre e sudorese.
Interrogatório sobre os diversos aparelhos (ISDA)	Paciente com diminuição do apetite e fraqueza, diminuição da audição e que não faz uso de aparelho auditivo e relata diminuição da diurese. Nega outras queixas
Antecedentes pessoais	Possui hipertensão arterial (HAS) e nega outras comorbidades. A única cirurgia que foi realizado foi a de laqueadura (G3P3A0). Os medicamentos utilizados diariamente são: Losartana 50mg (1x ao dia) e Ranitidina para aliviar a dor estomacal.
Hábitos de vida	Morou em área rural por 48 anos. Foi tabagista, relatou que parou de fumar há alguns anos, mas não sou especificar quantos anos. Fez uso de cigarro de palha desde os 20 anos de idade, fumando 1 maço/dia. Relatou que foi etilista, porém parou de utilizar bebidas alcoólicas por alguns anos (não soube especificar quanto tempo parou e quais bebidas utilizava).

<p>Exame físico</p>	<p>O exame físico foi direcionado para a queixa principal do paciente. Na inspeção abdominal foi observado um abdome globoso, ausência de lesões, estrias, circulação colateral, cicatrizes, abaulamentos e retrações. Na ausculta havia ruídos hidroaéreos presentes e fisiologicamente distribuídos. Já na percussão havia timpanismo, exceto na região do hipocôndrio direito em que o som é maciço. Na palpação superficial e profunda havia presença de dor. Na região do flanco direito e esquerdo havia presença de massa palpável. Ausência de dor à descompressão brusca e de visceromegalias.</p>
<p>Exames complementares e prescrição de medicamentos</p>	<p>O paciente ficou em observação na Ala Verde da UPA. Foi solicitado os exames laboratoriais (hemograma, urina I, amilase, bilirrubina, creatinina, gama-GT, potássio e sódio) e exames de imagens (raio-x de tórax e de abdômen). Foi prescrito os seguintes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cloreto de sódio 0,9% (Injetável sistema fechado – 250 ml EV) • Escopolamina butilbrometo associado com Dipirona sódica (4mg + 500mg/mL – Solução injetável – 5mL) • Hidróxido de alumínio 61,5 – suspensão oral – 150mL • Metocloprômida cloridato 5mg/mL (solução injetável 2mL – Ambulatorial) • Ranitidina cloridrato 25mg (solução injetável – 2 ml – Ambulatorial) • Simeticona 75mg/mL (suspensão oral gotas – 100mL)
<p>Histórico dos atendimentos anteriores no ano de 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 06/02 – Queixa de dor abdominal (classificação de risco) • 07/02 – Ida para mostrar os exames laboratoriais • 08/02 – Queixa de dor tipo cólica (classificação de risco) • 09/02 – Queixa de dor tipo cólica (classificação de risco). Realização de Fleet enema + soroterapia. Foi prescrito Lactulose, Simeticona, dieta rica em fibras e aumento da ingestão líquida. • 04/03 – Queixa de dor na barriga (classificação de risco) • 05/03 – Ida para mostrar os exames laboratoriais
<p>Diagnóstico do profissional da UPA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CID 10 – K59.0 Constipação
<p>Hipótese diagnósticas dos estudantes de medicina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CID 10 –K93.1 Megacólon na doença de Chagas • CID 10 – K56.0 Íleo paralítico • CID 10 – K56.4 Outras obstruções do intestino • CID 10 – C26.0 Neoplasia maligna do trato intestinal, parte não especificada • CID 10 – K59.0 Constipação

Fonte: elaborado pela estudante

4. DISCUSSÃO

A coleta de dados e o acompanhamento junto aos profissionais de saúde nos norteou quanto a investigação e discussão do caso clínico, diante da necessidade apresentada pelo paciente, além de observar o itinerário terapêutico

identificando o acesso do paciente a outros serviços da Rede de Atenção, na busca pelo cuidado à saúde.

É importante para os alunos da graduação de medicina, a percepção da Rede de Atenção às Urgências, pois é possível observar e levantar críticas sobre as demandas de atendimentos dos principais pontos de atenção dessa Rede. A grande maioria da população ainda não compreende a importância do vínculo com a unidade básica, muitos dos casos ditos como urgências poderiam ser resolvidos no âmbito desses serviços.

No caso relatado, o paciente apresentava uma constipação há uma semana, e dor abdominal. O paciente era idoso, com histórico de várias idas ao pronto atendimento queixando-se de dor abdominal e constipação. Ao exame direcionado a região abdominal à beira do leito, foi notado presença de massa na região do flanco direito e esquerdo. Porém, com os critérios para dor abdominal, ela deveria ser classificada como prioridade Amarela, já que apresentava dados vitais normais, no entanto distensão abdominal e retenção urinária e mais de 65 anos.

A constipação intestinal pode ser definida como uma síndrome funcional intestinal, pois além da dificuldade na eliminação das fezes, outros sintomas e/ou sinais podem estar relacionados, como, por exemplo, sensação de evacuação incompleta, plenitude, desconforto abdominal e dor abdominal, anorexia, náuseas e vômitos (LOPES, 2016). Tal quadro é uma queixa frequente nos consultórios médicos e sua prevalência vem aumentando nos últimos anos. Estudos apontam que 26% dos homens e 34% das mulheres com mais de 65 anos apresentam constipação em comparação com menos de 2% nos indivíduos não idosos, sendo que a prevalência é 3 vezes maior em mulher. (Cançado, Doll, & Gorzoni, 2011)

Vários são os fatores fisiopatológicos envolvidos na gênese da constipação, entre eles distúrbio funcional, consumo inadequado de fibras e líquidos, uso de alguns medicamentos e causas orgânicas (ex. neoplasias, distúrbios metabólicos, anormalidades estruturais etc). A queixa de constipação no idoso pode variar de maneira significativa entre as pessoas, pois há variabilidade no funcionamento intestinal entre os indivíduos, sendo muito frequente distúrbios funcionais (Cançado, Doll, & Gorzoni, 2011). Logo, existe definições para constipação intestinal funcional, como a Definição de Roma III (Alves, 2013):

Figura 2: Critérios de ROMA III para constipação funcional

QUADRO 2: Critérios — ROMA III — de constipação funcional

1. Dois ou mais dos seguintes achados
 - Esforço ao menos em 25% das evacuações
 - Fezes ressecadas ou duras ao menos em 25% das evacuações
 - Sensação de evacuação incompleta ao menos em 25% das vezes
 - Sensação de bloqueio anorretal ao menos em 25% das evacuações
 - Manobra manual de facilitação da evacuação ao menos em 25% das vezes
 - Menos de três evacuações por semana
 - Distúrbios de evacuação que não preenchem os critérios de síndrome do intestino irritável
2. Fezes amolecidas presentes raramente com o uso de laxativos
3. Critério insuficiente para síndrome do intestino irritável

Fonte: (Alves, 2013).

Por conta dos diversos fatores envolvidos na gênese da constipação, o médico responsável pelo caso clínico na UPA, fez a preferência da hipótese diagnóstica com base no quadro sindrômico da paciente, uma vez que não havia definido o que estava causando tal quadro, porém ficamos intrigadas com a possível causa da constipação e elaboramos hipóteses possíveis para o diagnóstico.

Uma das hipóteses levantadas por nós foi o megacólon chagásico, termo usado para a dilatação e alongamento do intestino grosso por alterações da inervação intrínseca visceral e tais alterações provocam dilatações, hipertrofias e alongamentos. O megacólon chagásico é exclusivamente adquirido e se manifesta tardiamente, levando mais de 30 a 40 anos para se estabelecer, dúvida principal levantada durante a discussão do caso, logo que não sabíamos desse estabelecimento tão tardio (Junior, 2002). Levantamos tal hipótese baseada na história epidemiológica (morado 48 anos em área rural) e nos achados clínicos da paciente, como presença de distensão intestinal observada pela radiografia.

Os principais sintomas relacionados a essa patologia são os de distúrbios da atividade motora do intestino grosso, sendo a principal a constipação intestinal de início lento e progressivo, no início resolvida com laxativos, porém com o aumento da intensidade há maior espaçamento de dias entre uma evacuação e outra. A doença evolui com essa peculiaridade por vários anos, com necessidade de troca periódica de laxativos, até que a situação se encontre com impossibilidade quase total de evacuação das fezes, quadro característico observado na paciente, logo que ela se encontrava com constipação inicial há 15 dias, depois apresentou 4 dias de novo quadro de constipação, tendo tido a última evacuação no dia anterior (Junior, 2002).

Posteriormente, há aumento do abdome por conta de fecaloma, principal complicação, com aspecto ressecado, de grande volume e impossível de ser propelido pelos movimentos intestinais, sendo difícil de ser evacuado mesmo com lavagens intestinais, situação ocorrida com a paciente na qual a lavagem intestinal não foi resolutive. É possível observar o fecaloma pela inspeção ou palpação, fato observado quando realizada a palpação da paciente, além de dor superficial e profunda, apresentava-se com massa na região do flanco direito e

esquerdo. Sinal patognomônico do fecaloma chamado Gersuny (Junior, 2002) (Lopes, 2006).

No exame radiológico contrastado do intestino grosso é comum a presença de colón dilatado e alongado, envolvendo principalmente cólon sigmoide e descendente e reto. A distensão intestinal é progressiva e seu grau tende a ser maior em pacientes com obstrução mecânica, há níveis de líquido mais evidentes e padrão de “empilhamento de moedas” que caracteriza o espessamento das válvulas. Na radiografia do paciente era possível observar o empilhamento de moedas e os níveis de líquido evidente na flexura hepática, fazendo com que tivéssemos mais certeza que a paciente se apresentava com obstrução mecânica (Lopes, 2006).

Em relação às hipóteses de íleo paralítico e de outras obstruções do intestino, como já foi dito anteriormente, os fatores etiológicos da obstrução intestinal são diversos, mas são classificados em 3 grandes grupos: os de obstrução mecânica, neurogênica e vascular. As principais causas de obstrução de etiologia mecânica são as atresias, estenoses, compressões extrínsecas, aderências, hérnias, obturaçãõ da luz, torçãõ ou volvo.

As aderências pós-operatórias representam, hoje, a principal causa de obstrução intestinal. A obturaçãõ da luz, ocorre principalmente por obstrução de fecaloma e bolo de áscarides.

Já a obstrução neurogênica ou funcional são os distúrbios da motilidade intestinal, o exemplo mais frequente é o íleo adinâmico, que é caracterizado pela perda da contratilidade intestinal, mas é mais frequente em pós-operatórios de grandes cirurgias abdominais. O íleo adinâmico pode ainda ser causado por alterações metabólicas (hipopotassemia, hipocloremia, uremia a hipomagnesemia), processos inflamatórios e traumas retroperitoneais.

As obstruções por causas vasculares incidem principalmente em pacientes idoso ou com doenças cardíacas, ou em pacientes que usam drogas vasoconstritores, anticoncepcionais e diuréticos, provocando trombose e embolia da artéria mesentérica superior (Klaus, Nardin, Paludo, Scherer, & Bosco, 2015).

No caso relatado, é importante destacar que a constipação da paciente provavelmente está mais associada a uma obstrução da luz intestinal por fecaloma, provocado pela diminuição da motilidade e do peristaltismo provocado pela idade, já que a paciente não tinha sinais flogísticos (edema, febre e rubor). Pode ser excluído as hipóteses diagnósticas de obstrução causadas por hérnias, torçãõ e volvo, pois no exame de imagem da UPA não foi identificado essas características. É importante destacar as obstruções vasculares, pois a paciente possuía uma cardiopatia.

Outra possível hipótese diagnóstica foi a presença de câncer de intestino (tumores localizados no cólon e reto), uma vez que ele é o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres, e apresenta como alguns fatores de risco idade

maior que 50 anos, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, fatores de risco que a paciente possui. Além disso, os sintomas mais frequentes associados ao câncer de intestino são: massa abdominal, dor abdominal, anemia e mudança de hábito intestinal – sinais e sintomas apresentados pela paciente –, além de sangramento nas fezes e perda de peso. Porém, estes sintomas costumam ser inespecíficos e não necessariamente indicam câncer (BRASIL, 2018).

Logo, diante do caso não foi possível excluir essa possibilidade diagnóstica, sendo necessário a realização de colonoscopia e retossigmoidoscopia, para a exclusão de tal hipótese, recurso que não estavam disponíveis na UPA e foi necessário solicitação de avaliação da paciente por serviço de maior densidade tecnológica, ou seja, recurso hospitalar.

Quanto ao itinerário a Rede de Atenção à Urgências e a referências e contrarreferências é notório a percepção das dificuldades na implementação dos fluxos de atendimentos, com impacto na resolutividade da atenção básica e estruturas do sistema de saúde, visto que inicialmente esta paciente poderia ter sido acompanhada e diagnosticada na Atenção Básica, no entanto o que se observou foi a procura pelo serviço de urgência como primeira escolha e vínculo enfraquecido com a UBS de referência.

Apesar de instituídos, esse fluxo assistencial ainda não se tornou realidade e a articulação das UPA com os demais pontos de atenção ainda é um desafio. Neste contexto, destaca-se a importância do conhecimento das diretrizes que constituem a PNAU e as ações desenvolvidas em cada ponto de atenção que compõem a RAU, considerando a importância desses serviços no atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por urgências clínicas ou traumáticas.

É preciso que haja a compreensão da definição clara do conceito de urgência e emergência, de modo a reduzir a procura por tais serviços em busca de consultas de rotinas bem como a ampliação e o fortalecimento dos serviços de atenção básica.

5. CONCLUSÃO

A experiência possibilitou vivenciar o atendimento ao paciente em um contexto de urgência, assim como acompanhar as ações desenvolvidas junto aos profissionais na estabilização e investigação diagnóstica inicial do paciente e tomada de decisão da equipe. Contribuiu para o entendimento da importância da articulação das ações e serviços no atendimento resolutivo às urgências. O caso clínico possibilitou aliar o conhecimento teórico a prática profissional médica.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. G. Constipação intestinal. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 2, p. 31-37, Março/Abril 2013. ISSN 0047-2077.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Cancer. **INCA**, 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>>. Acesso em: 20 Março 2019.

CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3º. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

JUNIOR, J. C. M. D. S. Megacólon - Parte II: Doença de Chagas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, p. 266-277, 2002.

KLAUS, J. H. et al. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 835-843, Outubro/Dezembro 2015. ISSN 1981-2256.

LOPES, Antonio Carlos. **Tratado de clínica médica, volume 1 / Antonio Carlos Lopes**. 3. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016.

LOPES, A. C. **Abdome Agudo: Clínica e imagem**. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

SANTOS, P. R. A; ALGARTE, C. C; SAMPAIO; S. J. C. S. Implantação de uma ferramenta de informática em apoio ao acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência no interior de São Paulo. In: XV Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2016, Goiânia. SBIS- Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. São Paulo: 2016. p. 58-60.

SERVIN, S. C. N. et al. **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**. Prefeitura de São Luis. São Luis, p. 8-21.

ÍNDICE

A

Aldovano Dantas Barbosa, 152
Aliano Faria Ribeiro, 85, 176
Amanda Costa Lopes, 15
Amanda Rabay Rodrigues, 15
Ana Carolina Garcia Braz, 184, 192
Ana Carolina Garcia Braz Trovão, 9, 93
Ana Carolina Oliveira Brunacci, 73, 184, 192
Ana Lúcia Castro Rodrigues, 115
Ana Lucia de Castro Rodrigues, 106
Ana Maria Gonçalves Oliveira, 170
Anna Cláudia Martins, 99, 215
Ariana Pereira Germano, 25

B

Bruno dos Santos Stella, 128

C

Carlos Alberto Bordini, 82
Cecília Barbosa Oliveira, 82

E

Eliete da Conceição Arrais, 152
Esther Vieira Soares, 170

F

Fabiana Soares Morgado Garzoni, 156
Fernanda Pini de Freitas, 85

G

Giovana Lais Penha, 106, 156

Giovanna de Sousa Zago, 208
Gustavo Henrique Fernandes Avelino, 36

H

Heloisa Abdala Aguiar, 152

I

Igor Ricardo Fermino Carneiro, 25
Isabela Ewbank Barbosa, 115
Isadora Catananti Ardenghi, 42
Isadora Machado Pontes, 170
Isadora Mendes, 99, 215

J

Janaína Cadiz Chiri, 136
Jenifer Priscila Bonacio, 142
Josela Aparecida de Freitas, 215
Joyce Mendes Lucindo, 9
Joyce Mendes Lucindo, 93
Julia dos Reis Moraes, 9
Juliana Gurian, 184

K

Kelly Jacqueline Barbosa, 36

L

Laiane de Oliveira Almeida, 156
Lara Sawan Cunha, 9, 93
Letícia Volpe de Abreu, 82, 162
Lívia Maria Lopes, 25, 99, 156, 208
Luciano Roberto Bessa Filho, 73
Luísa Barini Guedine, 208

Luiz Felipe Nascimento de Oliveira,
208

M

M.^a Márcia Aparecida Giacomini, 50,
58, 200

Márcia Lopes Urquiza, 136

Márcio Andraus Silva Araújo, 50, 58,
200

Maria Eduarda Lemos de Oliveira, 93

Maria Paula Piassi Brasileiro, 93

Mariana Bombarda Agostinho, 25

Marinês de Oliveira Félix, 152

Marta Regina Farinelli, 42

Miriam dos Santos, 152

N

Natália Barbosa Melo de Carvalho,
176

Nicholas Vicente Farias, 208

P

Patricia Assunção Santos, 106

Patrícia Bombicino Damian, 142

Patrícia Reis Alves dos Santos, 15,
215

Paulo Silva Santos, 170

Priscila Gimenez Sala, 128

R

Rafaella Gregori Perduca, 170

Raiany Lima Andrade, 162

Renata Cristine Chemim Will, 176

Ricardo Borzani Dessimoni, 73

Rosane Aparecida de Souza Martins,
42

S

Sara Barros Patrocínio, 9

Simone Assunção Santos, 99

Soraya Moysés Fernandes Avelino, 36

T

Talita Fernanda Soares Freitas
Andrade, 73, 128, 176

Thaís Fernanda Moraes Freitas, 176

Thiago Felipe dos Santos Lima
Gonçalves, 73, 99, 192

V

Valéria Beghelli Ferreira, 162

Victor Gabriel Galdino Soares Góis,
115, 136

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



0800 940 4688

16 3713 4688

unifacef.com.br

