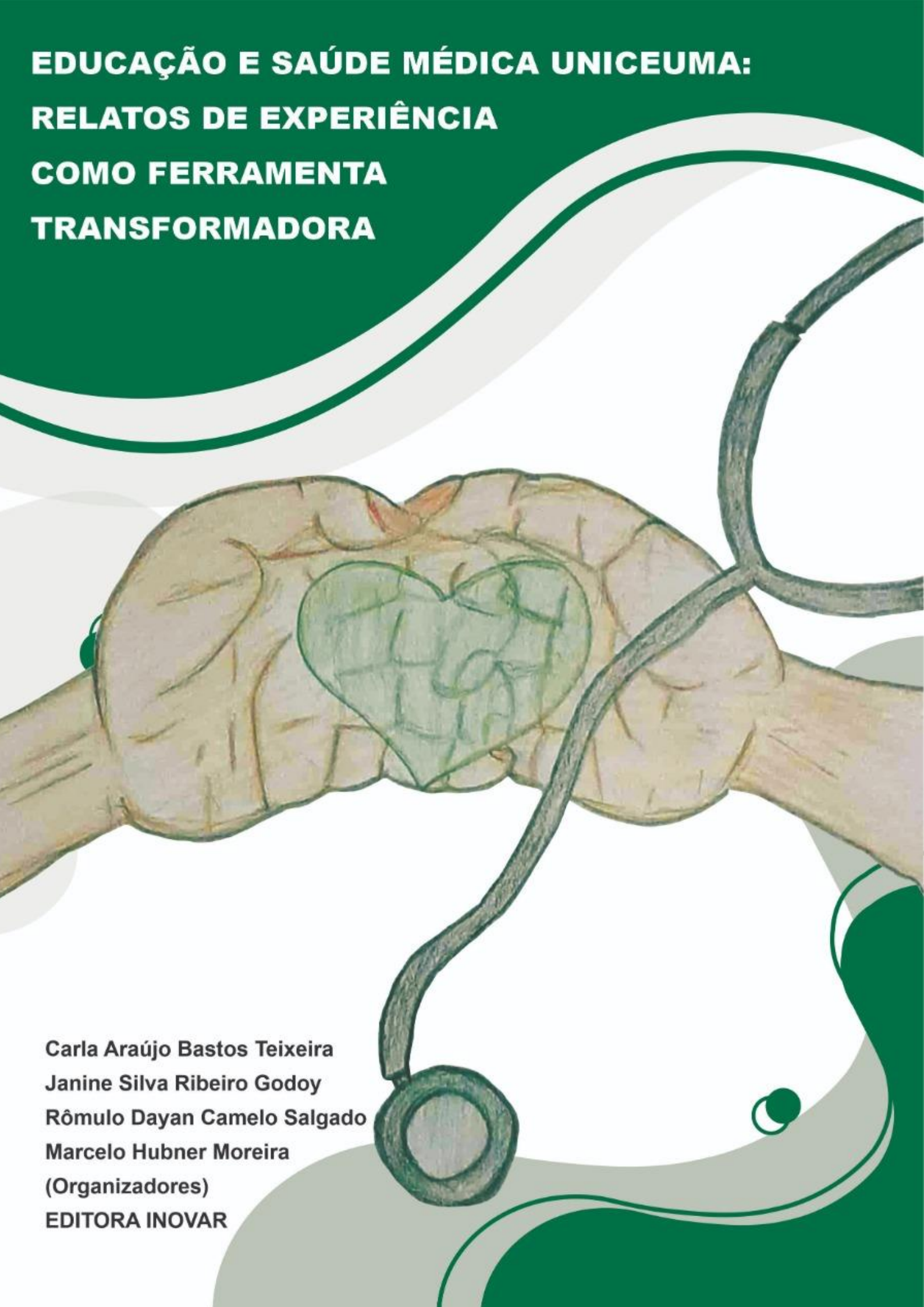


**EDUCAÇÃO E SAÚDE MÉDICA UNICEUMA:
RELATOS DE EXPERIÊNCIA
COMO FERRAMENTA
TRANSFORMADORA**

A stylized illustration of a hand holding a heart. The heart is green and has a grid-like pattern. A stethoscope is wrapped around the heart and extends upwards and to the right. The background is white with green and grey wavy shapes.

**Carla Araújo Bastos Teixeira
Janine Silva Ribeiro Godoy
Rômulo Dayan Camelo Salgado
Marcelo Hubner Moreira
(Organizadores)
EDITORA INOVAR**

**EDUCAÇÃO E SAÚDE MÉDICA UNICEUMA: RELATOS DE
EXPERIÊNCIA COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA**



EDITORA
INOVAR

Carla Araújo Bastos Teixeira
Janine Silva Ribeiro Godoy
Rômulo Dayan Camelo Salgado
Marcelo Hubner Moreira
(Organizadores)

**EDUCAÇÃO E SAÚDE MÉDICA UNICEUMA: RELATOS DE EXPERIÊNCIA COMO FERRAMENTA
TRANSFORMADORA**



Copyright © do autor e da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Carla Araújo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy; Rômulo Dayan Camelo Salgado; Marcelo Hubner Moreira (Organizadores).

Educação e Saúde Médica Uniceuma: relatos de experiência como ferramenta transformadora. Campo Grande: Editora Inovar, 2021. 207p.

ISBN: 978-65-86212-94-5

DOI: 10.36926/editorainovar- 978-65-86212-94-5

1. Educação e saúde. 2. Medicina. 3. Relatos de experiência. 4. Pesquisas. 5. Autores. I. Título.

CDD – 610

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e das autoras.

Revisão dos textos: os autores.

Capa: Emanuela Mota de Sousa

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Prefácio

Educação e Saúde Médica UNICEUMA: Relatos de Experiência como ferramenta transformadora trata-se de um convite às vivências acadêmicas dos graduandos de medicina do primeiro período do Campus Imperatriz da Universidade CEUMA. Neste primeiro volume foram concatenados os relatos de experiência produzidos pelos discentes durante o período letivo como pré-requisito para obtenção de nota nos eixos de Iniciação Científica (IC), Humanidades Médicas (HM) e Interação Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG).

O que antes era somente uma atividade acadêmica que viabilizava o conhecimento de todos os campos de estágio, assim como as habilidades trabalhadas em cada campo, pelo discente, mesmo que o discente não tivesse ido pessoalmente àquele campo em seu esquema de rodízio, tornou-se um divisor de águas não só na comunidade discente como na expectativa do corpo docente dos três eixos supracitados.

Os alunos não só desenvolveram as habilidades requeridas no planejamento como extrapolaram a proposta fazendo com que a primeira sementinha desta coletânea fosse plantada. Dessa forma, os docentes uniram-se para tornar mais robusta a primeira produção científica dos alunos de medicina das turmas M1 e M2. Assim, O Relato de Experiência tomou corpo e virou capítulo de livro para que mais pessoas possam se inspirar nessas vivências e perceber que a pesquisa começa de onde a gente vive e constrói as nossas histórias.

Desde a produção do primeiro relato até hoje, nossos alunos vêm se destacando na pesquisa e temos orgulho de dizer que fazemos parte dessa jornada.

Dra. Carla Araujo Bastos Teixeira
Coordenadora de Humanidades Médicas
Universidade CEUMA

Sumário

RELATO DE EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDOS PELOS ACADÊMICOS DA PRIMEIRA TURMA DE MEDICINA (M1) DA UNIVERSIDADE CEUMA – CAMPUS IMPERATRIZ/MA

ABORDAGEM HUMANIZADA À GESTANTE USUÁRIA DE CRACK POR MEIO DA VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 9

Edem Oliveira Milhomem Filho; Anamaria Martins Carvalho; Dayana Kyara Moreira Almeida Sousa; Dayana Mara da Silva Nunes Fonseca; Juliane Costa Santos; Kathleen Campelo D’Albuquerque Miranda; Maria de Nazaré Lima Margalho; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INFLUÊNCIA DE ATIVIDADES COLETIVAS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE17

César Gabriel Rocha da Costa Paloschi; Heitor Cortez Freitas Diniz; Joyce Bittencourt Lima; Letícia Rocha Campos; Weslly Albuquerque Lima; Priscilla Leite Cordeiro; Mayerle da Costa Pinho Melo; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO DURANTE A REALIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS23

Nathalia Silva Pinto; Dominique Adrielle Furtado Gomes; Luis Carlos Corrêa Duarte Filho; Pedro Henrique Cavalcante de Carvalho; Rodrigo Viana Bastos; Fabíola T. Azevedo Farias; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araujo Bastos Teixeira; Marluce Sampaio Nobre Barbosa; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....28

Lhoanna Maria De Arêa Leão Costa; Antonio Ycaro Rodrigues Lucena; Brenda Nunes Brito; Giuliana Maria Morais Gonzalez; Marcella Queiroz Bacelar Nunes; Karla Edilza S. Savino Araújo; Patricia dos Santos Silva Queiroz; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

VISITA DOMICILIAR E PALESTRAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA UNIVERSIDADE CEUMA IMPERATRIZ.....35

Amanda Rodrigues Vieira Campos; Bruna Barbosa de Miranda Léda; Deise Duarte Santos Sousa; Gabriel Cavalcante Queiroz; Kedson Mateus da Silva; Karla Edilza S. Savino Araújo; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A INFLUÊNCIA DA COMPREENSÃO DOS PACIENTES ACERCA DAS PRINCIPAIS PATOLOGIAS PARA UM TRATAMENTO EFICAZ NA ATENÇÃO BÁSICA42

Crislene de Oliveira Campos; Camila Milhomem Veloso; Matheus Pereira Brito; Victor Murilo Barbosa Carmo; Marta Raquel Silva do Carmo; Carla Araujo Bastos Teixeira; Patrícia dos Santos Silva Queiroz; Marcelo Hubner Moreira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A IMPORTÂNCIA DO MULTIPROFISSIONALISMO INTERDISCIPLINAR NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA48

Jusciellyson da Silva Nava; Isadora Reigo de Castro; Maria Carolina de Oliveira Silva; Mário Henrique de Souza Gomes Feitosa; Suzana Bastos Batista; Victor Cardoso Brandão Santos; Fabíola Teles de Azevedo Farias; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Bastos Araújo Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

VIVENCIANDO A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE DIABÉTICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....55

Alice Amorim; Andreson Assunção; Hugo da Silva Costa Costa; Júlio Cezar Martins Frazão; Laila De Castro Araujo; Marta Raquel Silva do Carmo; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araújo Bastos Teixeira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Janine Silva Ribeiro Godoy.

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA63

Nády Lys Ferreira Aguiar; Antonio Zandre Moreira Lopes; Rodrigo da Silva Plácido; Nayana Nazaré Pessoa Sousa Ximenes; Bruno Russo Porchera; Bruno Nunes Arruda; Gabriel Varão da Silva; Marta Raquel Silva do Carmo; Carla Araújo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....69

Gabriella Ferreiro Salani; Maria Eduarda Coelho Oliveira; Pâmella Sanglard Oliveira Moraes; Pedro Ricardo Ferreira de Oliveira; Priscila Anne Monteiro Guimarães; Nilcelete dos Santos Vieira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

VISITA DOMICILIAR COMO FORMA DE APRENDIZAGEM NO AUXÍLIO AO PACIENTE DIAGNOSTICADO COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CEUMA – IMPERATRIZ77

Antonia Eduarda Moreira Ferreira; Iohana Gabriela Silva Pereira; Lara Caroline Guidi; Maria Eduarda dos Passos Carvalho; Maria Vitoria Rodrigues Passarinho; Mauricio Nascimento Ribeiro Filho; Tamyres Vieira Costa; Marcelo Hubner Moreira; Carla Araujo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA OBSERVADO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO CONJUNTO VITÓRIA.....83

Isla Giovanna Melo De Andrade; Leandro Henrique Pereira Perpétuo; Marcela Feitosa de Oliveira; Rodrigo Sevilla Noleto; Tamyres da Costa Vieira; Marcelo Hubner Moreira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araújo Bastos Teixeira; Patrícia dos Santos Silva Queiroz; Janine Silva Ribeiro Godoy.

“OUTUBRO ROSA COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO DE CÂNCER E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”89

Isaac Gonçalves Macedo; Andressa Gomes Machado; Karoline Viana Logrado; Victória Santos Pessoa; Tamyres da Costa Vieira; Marcelo Hubner Moreira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araújo Bastos Teixeira; Patrícia dos Santos Silva Queiroz; Janine Silva Ribeiro Godoy.

O NOVEMBRO AZUL MUITO ALÉM DA PRÓSTATA: A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 101

Isabela Hergert Xavier; Marcos Davi Pereira Alves Silva; Rafaella Pereira Marinho; Elizabio Carneiro de Oliveira; Yuri Nascimento Froes; Patrícia dos Santos Silva Queiroz; Marcelo Hubner Moreira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araújo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

HANSENIASE - O ACOLHIMENTO COMO BOA PRÁTICA EM QUADROS CLÍNICOS PRECURSORES DE PRECONCEITO..... 107

Natália Murad Schmitt; Francis Aiala de Araújo Ferreira; Ingrid Lima Cardoso; Bianca Lorena Ferreira; Marcelo Hubner Moreira; Patrícia dos Santos Silva Queiroz; Marluce Sampaio Nobre Barbosa; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araújo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

VISITA DOMICILIAR A PACIENTE COM RESTRIÇÃO LOCOMOTIVA ACOMPANHADA POR ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 116

Bruno Rafael Soares de Medeiros Silva; Carolina Simari Teixeira Cezafar; Danilo José Everton Lopes; Felipe Antonio Alves Albarelli Leda; Leonardo Martins Penna; Rafael Venturim Neto; Gizele Cristine S. Campos Ferreira; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Teixeira Bastos; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA FORMATAÇÃO DO FAMILIOGRAMA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 125

Caio Rodrigo Santana Marques; Eduarda de Aguiar Lisboa; Vanessa Goedel; Virna Vitoria Lima Brauna Cunha; William Hafemann Castro; Marluce Sampaio Nobre Barbosa; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araújo Bastos Teixeira; Janine Silva Ribeiro Godoy.

A IMPORTÂNCIA DO COACHING NO DESENVOLVIMENTO DO AUTODIDATISMO EM ALUNOS DE CURSO DE MEDICINA COM METODOLOGIAS ATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 131


Paula Alexandra Trindade Mota; Janine Silva Ribeiro Godoy; Marcelo Hubner Moreira; Romulo Dayan Camelo Salgado; Carla Araujo Bastos Teixeira.

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDOS PELOS ACADÊMICOS DA SEGUNDA TURMA DE MEDICINA (M2) DA UNIVERSIDADE CEUMA – CAMPUS IMPERATRIZ/MA

ALEITAMENTO MATERNO: OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELOS FAMILIARES E PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 141

Ana Clara Pimentel Lima; Andressa Teixeira Pereira; Antonio Gustavo Mota Goveia; Maria Clara Carvalho de Almada; Mayra Caroline Mourão da Silva; Vinícius Gávea Barbosa Baiano; Marcelo Hubner Moreira; Marluce Sampaio Nobre Barbosa; Janine Silva Ribeiro Godoy; Carla Araujo Bastos Teixeira.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DO ACADÊMICO DE MEDICINA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	152
Luiza Cristina de S. Brandão Correia; Ismael Rodrigues; Ahmed Ali Yassin; Paulo da Costa Araújo; Rebecca Carvalho Coelho; Rômulo Eduardo Leite da Silva; Mayerle da Costa Pinho Melo; Marcelo Hubner Moreira; Janine Silva Ribeiro Godoy; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
E AGORA? VOU SER MÉDICO: O QUE A SOCIEDADE ESPERA DE MIM?	160
Amanda Rafaella Garcia Avelino; Ana Karolyne Monteiro da Silva; Keven Rufino Menezes; Rafael Abutrab Souza Ramos Silva; Ricardo Freitas de Oliveira; Bethania Dias de Lucena; Adriana Ramos Leite Matalobos; Marcelo Hubner Moreira; Janine Silva Ribeiro Godoy; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
A EQUIPE DE SAÚDE, O VÍNCULO QUE SALVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA	168
Emanuela Bandeira Da Silva; Enrique Carlos Sousa Cavalcante; Silvia Luana Rodrigues Nava; Wesley Barbosa Maia; Yasmin de Matos Capistranio; Marcelo Hubner Moreira; Bethania Dias de Lucena; Romulo Dayan Camelo Salgado; Janine Silva Ribeiro Godoy; Carla Araújo Bastos Teixeira.	
ACOLHIMENTO HUMANIZADO: PERSPECTIVAS E ANSEIOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA.....	176
Gabriella Farias; Cintya Dornel Queiroz; Lia Santoro Alves Tomé; José Roberto Filho; Ramon Abreu de Lucena; Matheus Barros de Andrade Carvalho; Marcelo Hubner Moreira; Bethania Dias de Lucena; Janine Silva Ribeiro Godoy; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
TRANSTORNO ALIMENTAR E A IMPORTÂNCIA DA CONDUTA MÉDICA ADEQUADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	182
Alice Freitas Costa; Amanda Caroline dos Santos Matos; Aritana Carvalho de Moura Nascimento; Edmar Bernardes de Oliveira Júnior; Letícia Lais Oliveira Ladeira; Letícia Lima Cangussú; Maria Clara Dias de Sousa; Janine Silva Ribeiro Godoy; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
EDUCAÇÃO HIGIÊNICA E ALIMENTAR APLICADA AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	190
Ananda Cristina Silva Alcoforado; Guilherme Cavalcante Dantas; Hygor Regadas Barros Souza; Kaynã Mariana Ferreira de Sá; Marcus Vinícius Moura Fonsêca; Maria Gabryela Oliveira Costa; Stephane Priscila Silva Costa; Janine Silva Ribeiro Godoy; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO	198
Ana Beatriz Silva Alencar; Jornê Cabral Macedo; José Airton Bastos Júnior; Juliana da Silva Oliveira; Karem Eduarda Barros Ferreira; Debora Alessandra Hickmann Ayre; Luís Eduardo Pimenta; Janine Silva Ribeiro Godoy; Adriana Ramos Leite Matalobos; Carla Araujo Bastos Teixeira.	
ÍNDICE REMISSIVO	204



RELATO DE EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDOS PELOS ACADÊMICOS
DA PRIMEIRA TURMA DE MEDICINA (M1) DA UNIVERSIDADE
CEUMA – CAMPUS IMPERATRIZ/MA

**ABORDAGEM HUMANIZADA À GESTANTE USUÁRIA DE CRACK POR MEIO
DA VISITA DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
HUMANIZED APPROACH TO PREGNANT CRACK USER BY THE HOME VISIT: A
REPORT OF EXPERIENCE

Edem Oliveira Milhomem Filho¹
Anamaria Martins Carvalho¹
Dayana Kyara Moreira Almeida Sousa¹
Dayana Mara da Silva Nunes Fonseca¹
Juliane Costa Santos¹
Kathleen Campelo D’Albuquerque Miranda¹
Maria de Nazaré Lima Margalho²
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discentes do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

A visita domiciliar é uma ferramenta de assistência para promoção, prevenção e reabilitação de grande valia na atenção básica. Tal assistência deve ser realizada de forma humanizada levando em conta determinantes biológicos e sociais para um acolhimento integral dos pacientes, em especial aqueles que se encontram em condições de vulnerabilidade. O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de Medicina durante a realização de uma visita domiciliar a uma gestante usuária de drogas, atendida pela atenção primária. O ensaio foi desenvolvido em torno do caso da gestante, menor de idade e usuária de crack. A ausência nas consultas do pré-natal agendadas pela equipe da Unidade Básica de Saúde motivou o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Acadêmicos do curso de medicina, em ação conjunta com a equipe de Estratégia em Saúde da Família, realizaram a visita domiciliar com o intuito de prestar um atendimento integral à paciente. Os alunos vivenciaram a estratégia da visita domiciliar entendendo-a como uma ferramenta para o estabelecimento de vínculos de confiança com o paciente. Não obstante, foi possível lapidar o perfil da relação médico-paciente, trabalhando-o de modo mais humanizado em sua formação profissional.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Humanização; Atenção básica; Gestante; Crack.

ABSTRACT

The home visit is a tool of assistance for promotion, prevention and rehabilitation of great value in Primary Care. Such assistance should be carried out in a humane manner taking into account biological and social determinants for the integral reception of patients, especially those who are vulnerable. The objective of this study was to describe the experience of medical students during a home visit to a pregnant drug user assisted by primary care. The trial was developed around the case of a pregnant woman, a minor and a crack user. The absence in prenatal consultations scheduled by the team of the Basic Health Unit motivated the development of intervention strategies. Academics of the medicine course in joint action with the Family Health Strategy Team conducted the home visit with the purpose of providing integral care to the patient. The students experienced the home visit strategy, understanding it as a tool for establishing trust bonds with the patient. Nevertheless, it was possible to clarify the profile of the doctor-patient relationship, working it in a more humanized way in their professional training.

Keywords: Home visit; Humanization; Primary care; Pregnant; Crack.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2006), descreve a Humanização como um conjunto de ações em saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que contemplam a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, prevenindo doenças, além do realizar diagnósticos, tratamentos e a reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2012).

Esse ambiente é a “porta de entrada” dos usuários do Sistema Único de Saúde, funcionando como um filtro que organiza a rede de atendimento, da sua forma mais simples à mais complexa, buscando orientar os usuários e solucionar possíveis agravos (FIOCRUZ, 2017).

Dessa forma, a Atenção Básica é vista como o palco principal no processo de reestruturação do setor saúde. Para concretizar os princípios de universalidade, de integralidade da atenção, de qualidade dos serviços e de garantia de acesso, se faz necessário uma reorientação do modelo assistencial que vem sendo praticado (GARCIA e TEIXEIRA, 2009).

A visita domiciliar, enquanto metodologia de trabalho utilizada na Atenção Básica da Saúde, surge como uma proposta para que se alcance tais ações. Trata-se de um grupo de ações de prevenção de agravos e promoção de saúde através de ferramentas que beneficiem o

indivíduo e a recuperação daqueles já acometidos por uma doença (GIACOMOZZI e LACERDA, 2006).

Todas as medidas da visita domiciliar são interligadas, articuladas e sistematizadas pela equipe de saúde no domicílio do paciente, tendo assim a possibilidade de se trabalhar o contexto da saúde dentro da realidade socioeconômica, cultural e familiar. Busca-se sempre com essa prática, uma postura humanizada que reflita atenção, respeito, compromisso e ética (MARTINS, PEREIRA e SOUSA, 2013).

A humanização se configura como uma aposta ética no setor da saúde. Ética, pois implica que usuários, gestores e trabalhadores estejam comprometidos com a melhoria do cuidado, porque permite um processo criativo e sensível da produção da saúde por sujeitos autônomos e protagonistas de um processo coletivo, onde se espera que haja solidariedade dos vínculos estabelecidos (BRASIL, 2006).

Nos anos 2000, a humanização passa a compor políticas públicas no âmbito da saúde, com destaque para a Política Nacional de Humanização – PNH. De acordo com esse instrumento, a humanização não se restringe a ações humanitárias, nem é realizada por seres humanos imbuídos de uma bondade supra-humana que realiza serviços ideais. A nova humanização é um resultado de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde, levando-se em conta o trabalho em equipe adicionado a uma troca de saberes, incluindo os usuários e os profissionais (MORI e OLIVEIRA, 2009). E diante da necessidade de um atendimento humanizado aos indivíduos, sobretudo aos grupos de risco, é imperioso que o médico tenha uma formação humanista. Diante disso, é de suma importância que as faculdades de medicina proporcionem essa formação ao longo da graduação.

Para alcançar tal objetivo, o Ministério da Educação já instituiu nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina a necessidade de se traçar um perfil do graduado com uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, dignidade humana, da saúde integral do ser humano, e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a sua determinação social do processo saúde e doença (BRASIL, 2014).

O curso de Medicina da Universidade CEUMA, campus Imperatriz-MA, em consonância com aquilo que é previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais, encontra-se estruturado em eixos temáticos de aprendizagem. O eixo de Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão – IESCG, possibilita aos discentes a prática médica humanizada,

colocando-os em contato direto com os usuários desde o início do curso nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), fortalecendo a relação médico-paciente e lapidando a necessidade de se desenvolver um olhar além das necessidades biológicas do paciente, mas também sociais e emocionais.

O presente trabalho aborda um relato de experiência vivenciado por acadêmicos do curso de Medicina da Universidade CEUMA, com enfoque para a prática da humanização por meio da visita domiciliar.

MATERIAIS

O estudo foi originado a partir da proposta de uma atividade integrada entre os eixos de conhecimento da Iniciação Científica (IC), Integração Ensino, Comunidade e Gestão (IESCG) e Humanidades Médicas (HM) do curso de Medicina da Universidade CEUMA.

Os dados foram extraídos de uma experiência vivenciada por seis discentes na Unidade Básica de Saúde Bom Sucesso, localizada no Bairro Bom Sucesso, município de Imperatriz – MA. Nesse ambiente de prática, funcionam as atividades do eixo de Integração, Ensino, Comunidade e Gestão (IESCG).

A unidade de saúde conta com 16 profissionais, sendo 2 enfermeiras, 2 médicos, 7 agentes comunitários de saúde, 1 odontóloga, 3 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de dentista. Através destes, são, ainda, desenvolvidos na unidade, os programas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde da Gestante, Saúde na Escola, Hipertensão e o Programa UBS na Medida Certa, direcionado para pessoas com sobrepeso ou obesidade.

MÉTODOS

Buscou-se realizar um trabalho descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, utilizando-se das ferramentas previstas na Atenção Básica direcionadas à visita domiciliar de uma gestante usuária de crack.

A paciente em questão procurou inicialmente a unidade básica de saúde para início de seu pré-natal, acompanhada de sua mãe, porém, sem retorno para continuidade do acompanhamento gestacional. A proposta da abordagem domiciliar aqui desenvolvida permitiu conhecer o ambiente onde a gestante estava inserida, os determinantes biopsicossociais que a cercam, além de possibilitar a visualização de estratégias de intervenção e resgate ao pré-natal de modo humanizado.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Durante o laboratório de práticas do eixo de Integração, Ensino, Comunidade e Gestão (IESCG), do Curso de Medicina da Universidade CEUMA, seis discentes realizaram o acolhimento inicial da paciente B.B.L., 15 anos, gestante, para início de seu pré-natal. Em 19/09/2017, durante sua primeira consulta, a paciente, acompanhada por sua mãe, revelou ser usuária de drogas desde datas que antecederiam sua gravidez, e que continuava com essa prática.

A equipe percebeu que se tratava de um caso que demandava maior atenção, não apenas pela idade da gestante, mas em especial pelo uso de tóxicos e de possíveis riscos a serem desenvolvidos na evolução dessa gestação.

Os acadêmicos acompanharam a realização do trabalho de anamnese inicial pela preceptora da UBS. Na oportunidade, foram repassadas todas as informações sobre a importância de um pré-natal e foi realizado o encaminhamento para o centro de referência de gravidez de risco local, o Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, logo na primeira visita. Além disso, foi enfatizada a necessidade de a gestante retornar para seu acompanhamento gestacional na Unidade Básica de Saúde, já tendo seu próximo retorno agendado.

Vale enfatizar que no primeiro contato com a paciente, a mesma apresentava-se fechada e não colaborativa no repasse de algumas informações relevantes para sua anamnese. A maior parte dos dados foram fornecidos pela mãe da gestante, incluindo o delicado fato da mesma ser usuária de crack.

Após a data prevista para o retorno do pré-natal, a preceptora da unidade, trouxe a informação aos discentes de que a paciente em questão não se fez presente para a consulta.

Os alunos perceberam que essa gestante necessitava de um atendimento mais direcionado em virtude de seus fatores de risco. Dessa forma, os acadêmicos sugeriram a visita domiciliar como ferramenta viável para um atendimento humanizado e efetivo para o caso.

DISCUSSÃO

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde dita que a equipe de Atenção Básica deve garantir o cuidado aos grupos de pessoas com maior vulnerabilidade em função de agravo ou condição de vida para favorecer a construção de vínculos, responsabilização e resolutividade dos casos (BRASIL, 2006).

O vínculo de confiança pré-estabelecido entre a mãe da gestante e a equipe de saúde, fez com que ela buscasse suporte posterior ao descobrir a localização da filha, a qual já estava há algum tempo fora de casa e sendo abrigada por outro usuário de drogas, já se referindo a este como seu atual companheiro. Os relatos até aqui apresentados permitiram que os alunos

vivenciassem os impactos que surgem dentro do seio familiar quando as condições de vulnerabilidade são concentradas na figura de um de seus membros.

O caso em questão apresenta maiores peculiaridades para a geração de uma desarmonia nos vínculos familiares, por se tratar de uma paciente em dependência química. Os acadêmicos entendem que a família, como um todo, deve também ser assistida. A família é compreendida como um sistema de relações entre os indivíduos que a compõem, e destes para com sistemas mais amplos, como o sociocultural. É notório que o comportamento de um membro afeta e é afetado pelos demais pertencentes do núcleo familiar (CERVENY, 2003 *apud* CRUZ e BOUGERT, 2010).

Com o intuito de realizar uma escuta qualificada e sensibilizar a gestante da importância de prosseguir com os cuidados de saúde em seu pré-natal, os acadêmicos, acompanhados pela preceptora da unidade de saúde, e uma das agentes comunitárias da área, realizaram a visita domiciliar. A paciente foi encontrada em um ambiente insalubre, desenvolvendo um novo relacionamento com um maior de idade também usuário de drogas e que, segundo afirmado, não é o pai biológico da criança que está sendo gerada. Percebeu-se que o uso de crack ainda era realizado com frequência e que seu atual companheiro era o mantenedor do consumo.

Nota-se, portanto, que a visita domiciliar surge, nesse contexto, como uma valiosa ferramenta que permite aos profissionais captarem a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e necessidades de saúde (LACERDA, 2006).

Por meio dessa experiência, os acadêmicos perceberam a situação de vulnerabilidade e fragilidade da paciente. Foi possível notar que todo o ambiente em que ela está inserida tem contribuído para sua atitude relapsa em relação ao pré-natal. Como exemplo, a primeira ultrassonografia, fruto do encaminhamento para a unidade de referência do município, foi realizada, porém, até o momento a gestante não havia buscado retorno para recebimento do laudo ou dado prosseguimento com as consultas médicas.

Por outro lado, foi observado como um ponto positivo pela equipe de visita, e já visto como um avanço dentro das ações para reversão do quadro da gestante, que a mesma apresenta consciência de sua condição de vulnerabilidade atual, da importância de se prosseguir com o pré-natal, assim como da necessidade de lutar para abandonar o consumo de crack. Por suas palavras, pôde-se também perceber que ela compreende como todas essas vertentes têm impactado em seu convívio familiar.

Durante a visita, adotou-se uma postura ética e humanizada. Os acadêmicos se empenharam fornecendo devida atenção e cuidado com a abordagem da gestante, aproveitando o momento para sensibilizá-la quanto sua condição e quais os caminhos deveriam ser tomados

para a mudança do panorama. A solicitação de novos exames do pré-natal foi feita e uma nova consulta da Unidade Básica de Saúde foi agendada.

Após a visita domiciliar, os acadêmicos, juntamente com a preceptora da unidade, tiveram um momento de discussão sobre o caso. Foi consensual a necessidade de uma atenção integral e promoção de intervenção mais efetiva, cabendo aqui o acionamento da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com ênfase à solicitação de acompanhamento psicossocial. A realidade vivenciada pelos alunos é consonante com várias estratégias adotadas pelo Programa Nacional de Humanização, como por exemplo, a necessidade de se trabalhar em articulação com outros níveis de atenção e especialidades, a exemplo das policlínicas, hospitais, maternidades e Centro de Apoio Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste trabalho se apresentou como uma rica oportunidade de vivenciar o modelo de visita domiciliar, aplicando-a na forma de uma ferramenta de trabalho humanizado, em especial, pelas ações terem sido destinadas à uma paciente em estado de vulnerabilidade.

A abordagem no ambiente domiciliar favoreceu a captação de informações, gerando maior liberdade para a paciente expressar os problemas vivenciados. Entender o ambiente e os determinantes biopsicossociais, possibilitou uma melhor visualização da realidade onde a pessoa está inserida para montagem de estratégias de intervenção.

Os acadêmicos perceberam que a estratégia da visita domiciliar permitiu o estabelecimento de um vínculo de confiança com a paciente, preparando-os, desde as séries iniciais da graduação, para uma relação médico-paciente mais efetiva e contribuindo com uma formação mais humanizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

CRUZ, M.M.; BOURGET, M.M.M. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-613, 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Atenção Básica.** Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em 14 nov 2017.

GARCIA, I.F.S.; TEIXEIRA, C.P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 1, p. 165-178, jan./jun., 2009.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 645-653, out./dez., 2006.

LACERDA, M. R. Atenção à saúde em domicílio: modalidades que fundamenta sua prática. **Saúde e Sociedade**, v.15, n. 2, p. 88-95, mai./ago.,2006.

MARTINS, G.S.; PEREIRA, F.C.C.; SOUSA, I.C.A. A visita domiciliar como instrumento para humanização: revisando a literatura. **Carpe Diem: Revista Cultura e Ciência da UNIFACEX**. v. 11, n. 11, p. 1-11, 2013.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.627-40, 2009.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INFLUÊNCIA DE ATIVIDADES COLETIVAS NA
EDUCAÇÃO EM SAÚDE E RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**
**EXPERIENCE'S REPORT: THE INFLUENCE OF COLLECTIVE ACTIVITIES IN
HEALTH EDUCATION AND DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP**

César Gabriel Rocha da Costa Paloschi¹
Heitor Cortez Freitas Diniz¹
Joyce Bittencourt Lima¹
Letícia Rocha Campos¹
Weslly Albuquerque Lima¹
Priscilla Leite Cordeiro¹
Mayerle da Costa Pinho Melo²
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Araújo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discentes do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Este trabalho relata a experiência, construída com ação voltada para o fechamento do Outubro Rosa na Unidade Básica de Saúde São José em Imperatriz - MA. Parte da ideia de que uma ação integrada a comunidade é extremamente efetiva no combate a enfermidades recorrentes. Para isso, usou-se como referencial uma palestra, com distribuição de panfletos educativos, apontando formas de prevenção e sintomas do Câncer de Mama. Além disso, foi aberto momento para indagações – principal objetivo da ação – com grande participação das pessoas presentes no local. O enfoque principal foi a importância do autoexame para o diagnóstico precoce e maior chance de cura. Ora, essa atividade representa avanço tanto na relação médico-paciente, quanto na educação em saúde da comunidade, premiando principalmente o viés de conscientização e prevenção.

Palavras-Chave: Câncer de Mama; Outubro Rosa; Palestra; Humanização; Educação em Saúde.

ABSTRACT

This experience's report, fulfilled with an action focused at the closure of the UBS' São José Pink October action at Imperatriz-MA. It is based on the idea that an integrated community action is extremely effective in combating recurrent diseases. For that, a lecture was used as a reference, with distribution of educational pamphlets, pointing out forms of prevention and symptoms of Breast Cancer. In addition, it was opened moment for inquiries - main objective of the action - with great participation of the people present in the place. The main focus was the importance of self-examination for the early diagnosis and greater chance of cure. However, this activity represents progress both in the physician-patient relationship and in community health education, rewarding mainly the awareness and prevention.

Keywords: Breast Cancer; Pink October; Lecture; Humanization; Health Education.

INTRODUÇÃO

A Educação em Saúde é um dos pilares da saúde pública no Brasil. Para sua realização, o contato entre profissional da saúde e paciente deve ser estimulado desde a formação e de forma rotineira, algo que é estimulado através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN). (GOMES et al 2012)

A ideia de que a medicina é sustentada, também, por produto de relações pessoais e humanísticas reforça a necessidade de aproximação entre médico e paciente. Frente a isso, esse relato descreve uma ação que é fruto dessa união, embasando-se na integração entre os eixos de Iniciação Científica (IC), Humanidades Médicas (HM) e de Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG). Através disso pode-se interligar a estrutura necessária para redigir um relato, a experiência prática nas vivências em UBS e o conteúdo humanístico ministrado nas discussões em sala.

Relações são criadas de forma espontânea e possuem um caráter maleável. A relação entre médico e paciente não é diferente, no entanto depende do profissional de saúde o esforço para que aconteça a quebra do muro que bloqueia esse contato. O forte avanço tecnológico tem caráter ambíguo no meio médico. Ao mesmo tempo que pode proporcionar um diagnóstico extremamente preciso, com exames de imagem apurados e pontuais, esse, em alguns casos, mecaniza e padroniza o atendimento. O detrimento da anamnese é um dos principais motivos disso, muitas vezes movido pela ânsia de realizar o diagnóstico mais rápido possível, o profissional não se prende ao simples ato de interrogar, algo que pode evitar um gasto adicional com exames para pacientes. Como afirmam SANTOS et al (2010) é através da anamnese que

se conhece o paciente, se estabelece vínculos de confiança, identifica-se alterações biopsicossociais e até mesmo espirituais, sendo a principal etapa para guiar um diagnóstico. A atuação dos profissionais de saúde ultrapassa a barreira do banal, sendo necessária uma adaptação recorrente às mudanças que o meio de diversidade cultural pode apresentar.

Nesse contexto, as atividades coletivas são de grande efetividade, uma vez que, como objetivo do SUS, aproximam as relações entre profissionais e comunidade. Portanto é primordial sua realização e a participação ampla dos dois eixos que constituem um cenário básico de atendimento à saúde: profissional e comunidade. O primeiro, deve ser incentivado desde a formação sobre a importância de tais atividades, enquanto o segundo deve ser estimulado a cultivar sempre a curiosidade e o interesse em questões que enfoquem a saúde pública.

Objetivo: refletir e discutir acerca dos impactos que atividades coletivas de Educação em Saúde, como a realizada com a temática do Outubro Rosa, podem influenciar na aproximação entre paciente e profissional da saúde.

MATERIAL

Trata-se de um estudo descritivo, relato de experiência, elaborado no contexto de três eixos: Integração Ensino, Comunidade e Gestão, Humanidades Médica e Iniciação Científica do curso de Medicina. Que tem como objetivo relatar a experiência obtida no Fechamento do Outubro Rosa, na UBS São José em Imperatriz-MA, onde desenvolvemos práticas de conscientização da Saúde da Mulher sobre o Câncer de Mama.

Como método de esclarecimento, esclarecemos dúvidas através de palestras e panfletos educativos. Nesses estavam presentes informações acerca das práticas que facilitam o desenvolvimento do Câncer de Mama, bem como um guia de realização do autoexame de mama.

MÉTODOS

As atividades foram realizadas com 5 acadêmicos de Medicina do 1º período, com as mulheres que compareceram ao posto na terça-feira, 31. Realizamos a atividade explanando do que se trata essa enfermidade, meios de prevenção e uma maneira de descoberta que é o autoexame, pois uma vez descoberto previamente, mais fácil tratá-lo.

Utilizamos como base metodológicas artigos e sites informativos a respeito da prevenção e tratamento do câncer de mama, empregando propostas que estejam ao alcance de todas e que sejam feitas de maneira mais imediata, como o autoexame das mamas.

Diante das explicações, observamos que as mulheres estavam bem atentas. Fizemos com que algumas de suas dúvidas cessassem e alertamos sobre a devida profilaxia e principalmente sobre melhoria nos hábitos de vida.

RESULTADOS

Desde o início das atividades estudantis na Universidade Ceuma, em julho, ao nos depararmos com o eixo de Integração Ensino, Comunidade e Gestão, sentimos medo e ansiedade ao saber do contato que teríamos diretamente com a população. Orientados por nossa preceptora, realizamos diversas visitas domiciliares e também pudemos ter contato direto com a comunidade através da atividade de Educação em Saúde relacionada à prevenção do câncer de mama. Essa despertou o interesse e a curiosidade que tínhamos acerca de nosso primeiro contato com a comunidade na área de conscientização e do diálogo aberto. Os resultados foram, sem dúvidas, satisfatórios, haja vista que todas as informações foram abordadas de maneira didática e as dúvidas dos participantes foram sanadas.

DISCUSSÃO

Causado pela proliferação desordenada de células, o câncer de mama está presente na vida de muitas mulheres. Tendo em vista que pode ser prevenido e descoberto previamente, resolvemos realizar uma ação social na UBS São José buscando conscientizar e alertar sobre os cuidados e métodos preventivos dessa mazela. Apesar dos índices elevados em mulheres, pesquisas apontam que 1% dos casos ocorrem em homens. Essa doença pode ainda ser acarretada por fatores genéticos, sendo casos prévios familiares um sinal de alerta. Outros fatores desencadeantes são a obesidade, a idade cronológica, sendo a faixa dos 50 anos a mais afetada, alcoolismo, tabagismo. (SILVA, 2012)

Dados de pesquisas da UEPG indicam o câncer de mama como a segunda causa de morte entre mulheres. Somente em 2011, a doença fez 13.225 vítimas no Brasil. O Ministério da Saúde preconiza o rastreamento de mulheres a partir dos 50 anos ou, em casos de risco, acima dos 35 anos. Após a realização da mamografia a legislação 12,732/12 garante o início do tratamento em até no máximo 60 dias após a inclusão da doença em seu prontuário. (MAIA et al., 2014)

Não há como controlar essa afecção, porém, o diagnóstico precoce favorece o prognóstico positivo. Com base nisso, focamos, em nossa atividade de Educação em Saúde, a importância do autoexame das mamas ser realizados frequentemente. Esse, embora simples, tem um profundo valor no aumento da sobrevivência de pacientes com câncer de mama, uma vez

que é um dos alertas para um tratamento precoce. A atividade realizada foi bem-recebida pela comunidade ali presente e reforçou uma qualidade bastante preconizada em nosso curso: a relação médico-paciente. Ora, como afirmam ROCHA et al (2011), a relação médico-paciente é construída de forma espontânea, no entanto depende do esforço do profissional médico para manter uma boa qualidade. Assim, essa proximidade se mostrou positiva ao notarmos uma maior abertura ao diálogo, favorecendo o momento de sanar dúvidas e anseios acerca da enfermidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação coletiva de educação serviu para uma maior compreensão acerca da importância da relação médico-paciente. Além disso, foi percebida uma urgente necessidade de um olhar cuidadoso para a promoção de saúde e do esclarecimento da sua importância dentro do cuidado multidisciplinar, uma vez que medidas como essas podem atrasar a crescente do câncer de mama e de colo de útero no Brasil. Medidas de educação da população são, portanto, essenciais no combate a essa mazela, visando o tratamento precoce para o melhor prognóstico possível. A experiência realizada teve impacto positivo nessa abordagem, uma vez que pudemos ter uma participação ativa e presente na disseminação de informações sobre prevenção e controle do câncer de mama, aproximando-nos da comunidade do bairro São José. Por fim, a ação foi satisfatória e gratificante, uma vez que o encorajamento à população na atenção a alterações do corpo e prevenção pela prática do autoexame foi realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MAIA, M.E. GONÇALVES, KGS, MARTINS, EV, GONÇALVEZ, SRS. WERNER, RC. Outubro rosa: Campanha de prevenção ao câncer de mama e de colo uterino. In: **CONVERSANDO SOBRE EXTENSÃO**, 12, 2014. Ponta Grossa. Anais... Ponta Grossa: CONEX, 2014, p. 1-6.

GOMES, AP. COSTA, JRC. JUNQUEIRA, TS. ARCURI, MB, BATISTA RS. *Atenção Primária à Saúde e Formação Médica: entre Episteme e Práxis*. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Brasília v.36, n.4, p. 541-549, mai./out 2012

ROCHA, BV, GAZIM, CC, PASETTO, CV. SIMÕES, JC. Relação Médico-Paciente. **Rev. Med. Res.** v. 13, n.2, p. 114-118, jul-set 2011

SANTOS, N. VEIGA, P. ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 64, n.2, p. 355-8 mar-abr 2011

SILVA, Pamella A.S, RIUL, Sueli S.: Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.
Rev Brasileira de Enfermagem, Brasília v.64, n. 6, p. 1016-21, nov-dez 2011

A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO DURANTE A REALIZAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

THE PRACTICE OF HUMANIZATION DURING THE CONDUCT OF ANTHROPOMETRIC MEASURES

Nathalia Silva Pinto¹
Dominique Adrielle Furtado Gomes¹
Luis Carlos Corrêa Duarte Filho¹
Pedro Henrique Cavalcante de Carvalho¹
Rodrigo Viana Bastos¹
Fabíola T. Azevedo Farias²
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Marluce Sampaio Nobre Barbosa³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Com o propósito de tornar o acadêmico de medicina um futuro profissional humanizado, surge um modelo de ensino denominado “Metodologia Ativa”. Tal modelo visa uma relação médico-paciente centrado no ato mais humanizado e natural entre ambos, usando para isso atividades teóricas e práticas. Utilizando essa metodologia, o presente estudo teve como intenção melhorar a prática dos alunos com as medidas antropométricas, enfatizando a percepção mais humana que os médicos em formação devem possuir na relação médico-paciente. O grupo alvo, mães e filhos de até sete anos, usuários da Unidade Básica de Saúde Vila Nova de Imperatriz - MA, fora abordado com a finalidade de obter dados antropométricos para o programa "Peso do Bolsa Família". Para essa atividade foram utilizados aparatos da Unidade Básica de Saúde e materiais de bolso. Essa atividade proporcionou aos atendidos uma orientação no quesito de manutenção da saúde, e demonstrou suma importância para os acadêmicos na prática de humanização, com realização das medidas antropométricas, acolhimento e percepção das necessidades de cuidado que a população urge durante os atendimentos médicos.

Palavras-chave: Metodologia; Relação médico-paciente; Medidas antropométricas; Humanização; Ação social.

ABSTRACT

With the purpose of making the medical student a future humanized professional, a model of teaching called "Active Methodology" emerges. Such model aims at a doctor-patient relationship centered on the most humanized and natural act between both, using for this theoretical and practical activities. Using this methodology, the present study aimed to improve students' practice with anthropometric measures, emphasizing the more human perception that the doctors in training should possess in the doctor-patient relationship. The target group, mothers and children up to seven years of age, users of the Basic Health Unit Vila Nova de Imperatriz - MA, was approached with the purpose of obtaining anthropometric data for the "Peso do Bolsa Família" program. For this activity were used Basic Health Unit apparatus and pocket materials. This activity provided caregivers with guidance on health maintenance, and demonstrated the utmost importance for academics in the practice of humanization, with the accomplishment of anthropometric measurements, reception and perception of the care needs that the population urges during medical consultations.

Keywords: Methodology; Physician-patient relationship; Anthropometric measurements; Humanization; Social action.

INTRODUÇÃO

Há alguns anos, a interação entre acadêmicos de Medicina e a comunidade passou a ser uma realidade. O que antes não era priorizado pelo método de ensino tradicional passou a ter ênfase na metodologia ativa, sendo esta estabelecida pelo Ministério da Educação (MEC) como o novo modelo de ensino utilizado nos cursos de medicina, em prol da humanização.

Humanizar significa "*tornar humano, dar condição humana, humanizar*". É também definida como "*tornar benévolo, afável, tratável*" e ainda "*fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar*". Já humano, vem de natureza humana, significando também "*bondoso, humanitário*" (WALDOW; BORGES, 2011).

Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis (WALDOW; BORGES, 2011).

Tal enfoque na formação profissional é visualizado no Eixo Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG), voltado para a prática. Este Eixo consiste na inserção dos acadêmicos de Medicina no atendimento à comunidade, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesse âmbito, o aluno pratica a humanização através dos princípios da cartilha Humaniza-SUS. De acordo com o Ministério da Saúde, a humanização vista não como

programa, mas como política pública que atravessa/transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização, desidealizando “o Homem”.

Diante do exposto, o presente estudo é dedicado a descrever a experiência dos acadêmicos do curso de Medicina inseridos no Eixo IESCG, acerca da humanização na formação profissional, através de ações sociais, como a ação “Peso do Bolsa Família”, onde ocorreu a aferição de Medidas Antropométricas.

MATERIAIS

Para a execução da atividade em campo foram utilizados materiais próprios para a medição e pesagem, tais como: balança antropométrica, fita antropométrica, calculadora e materiais de bolso (bloco de notas e caneta).

MÉTODOS

A ação organizada no dia 10 de Outubro de 2017, junto ao programa Bolsa Família, foi realizada na igreja Nova Aliança da Vila Nova, envolvendo 6 alunos, 2 Agentes de Saúde (ACS) e a preceptora do Eixo IESCG. O público-alvo, mães e filhos de até sete anos, foi abordado pelos acadêmicos com o objetivo de coletar dados antropométricos para a atualização do programa “Peso do Bolsa Família”.

Para a pesagem o avaliado teve que ficar em pé, de costas para o medidor da balança, com os pés afastados e com as mãos na lateral do corpo, no centro da plataforma e com o olhar fixo a um ponto a sua frente, com o mínimo de traje. A medição da estatura foi realizada através de um Estadiômetro, com o paciente em posição ereta, imóvel e com os pés unidos, olhar fixo e obrigatoriamente descalço para que não houvesse alteração na medida final. A partir desses dados, foi possível calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC), método de avaliação do nível de gordura de cada pessoa adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

RESULTADOS

No dia 10 de outubro de 2017, na execução do programa “Peso do Bolsa Família” houve a participação de 6 alunos. Foram realizadas várias atividades com os acadêmicos de medicina na microárea do bairro Vila Nova, a fim de capacitá-los para a prática de medidas antropométricas, proporcionando uma maior humanização por parte destes com os moradores.

Nas discussões sobre o assunto foi abordado a qualidade de vida e doenças relacionadas ao alto índice de IMC (diabetes, obesidade e hipertensão). Ao final da ação, os estudantes se reuniram e realizaram uma avaliação parcial sobre os dados colhidos, obtidos a partir do atendimento de 48 mães e 54 crianças, assim como o debate sobre a importância da implantação de tal projeto na comunidade.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, compreende-se que é fundamental a realização de medidas antropométricas nas crianças e mães da área do bairro Vila Nova para prevenção e monitoramento de doenças como diabetes, obesidade e hipertensão. Pertinente a isso, o trabalho realizado é uma maneira de humanizar os profissionais que participaram da ação do programa Bolsa Família. Aliás, segundo Waldow e Borges (2011), o cuidado humanizado implica, por parte do cuidador, na compreensão do significado da vida, a capacidade de perceber e compreender a si mesmo e ao outro, situado no mundo e sujeito de sua própria história.

O cuidado com o paciente, desde a atenção primária, principalmente sendo praticado no início do curso gera uma melhor compreensão de como a interação médico-paciente deve ser humanizada, do início ao fim, para uma melhor anamnese durante a consulta médica posteriormente (MOURA, 2012).

Ainda, segundo Moura (2012) a necessidade de realização de estudos que busquem identificar as possíveis falhas de reconhecimento de problemas descritos por pacientes em consultas médicas. O reconhecimento destes estaria associado a um melhor entendimento por parte dos pacientes, maior confiança e melhores resultados terapêuticos (MOURA, 2012).

Outrossim, além da prevenção de doenças realizada tanto nas crianças, como nas mães, o profissional pode aperfeiçoar os cuidados com o paciente em atendimentos futuros. Uma citação que frisa tal fato é a seguinte:

"as definições de humanização convergem para um sentido único, ou seja, que humanização, humanidade e humanizar são tornar humano, dar condições humanas, agir com a bondade natural. E quando pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou um cuidado, isso parece de uma forma redundante, pois não se pode admitir que um ser humano seja tratado de alguma outra maneira, senão aquela condizente com sua natureza" (WALDOW, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como prática da cartilha Humaniza-SUS, os alunos que realizaram a ação "Peso do Bolsa Família" no dia 10/10/2017, com a aferição de medidas antropométricas, puderam utilizar o conhecimento teórico adquirido, executando-o e o aperfeiçoando. A partir dessa experiência,

os acadêmicos obtiveram a visão almejada pela cartilha e pela metodologia ativa do ensino; a necessidade de um profissional humanizado inserido na comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ª edição. 2010.

LOPES, Andre; RIBEIRO, Gustavo. Antropometria Aplicada à Saúde e ao Desempenho Esportivo. Rio de Janeiro: **Rubio**, 2014.

MOURA, Erly C. et al. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. **Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, 2012.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. **Cuidar e humanizar: relações e significados**. Acta paul. enferm. [online], vol.24, n.3, pp.414-418, 2011.

A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE IMPORTANCE OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: EXPERIENCE REPORT

Lhoanna Maria De Arêa Leão Costa¹
Antonio Ycaro Rodrigues Lucena¹
Brenda Nunes Brito¹
Giuliana Maria Morais Gonzalez¹
Marcella Queiroz Bacelar Nunes¹
Karla Edilza S. Savino Araújo²
Patricia Dos Santos Silva Queiroz³
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

A Atenção Primária de Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde, que conta com a assistência voltada para o indivíduo como um todo, não apenas seus sintomas. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por uma equipe multiprofissional, e tem apoio de outras políticas públicas de saúde. Trabalhar em equipe é um recurso estratégico da organização do trabalho, que contribui para o alcance de melhores resultados. O presente trabalho teve como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de Medicina durante a realização de uma visita domiciliar. Consiste em um relato de experiência através de visitas domiciliares vivenciadas pelos discentes do primeiro período do Curso de medicina da Universidade CEUMA, no período de agosto a novembro de 2017. Durante visita domiciliar, os discentes conheceram um paciente sem o necessário acompanhamento para garantir sua qualidade de vida. As ESF estão implantadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tem como responsabilidade o acompanhamento de uma quantidade definida de famílias. Observou-se a falha no funcionamento da equipe multiprofissional, reafirmando a necessidade da implantação de programas de humanização modificando o universo do paciente por meio de uma associação de profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Primary Health Care is the gateway to the health care system that relies on care for the individual as a whole, not just his or her symptoms. The Family Health Strategy (FHS) is composed of a multiprofessional team and is supported by other public health policies. Working as a team is a strategic resource of work organization that contributes to achieving better results. The objective of this study was to describe the experience of medical students during a home visit. It consists of an experience report through home visits experienced by the students of the first period of the Medical Course of the University CEUMA from August to November 2017. During a home visit, the students met a patient without the necessary to ensure their quality of life. FHS are implanted in the UBS and have as responsibility, the monitoring of a defined amount of families. It was observed the failure of the multiprofessional team, reaffirming the need to implement humanization programs modifying the patient's universe through an association of health professionals.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Multiprofessional team.

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família faz parte do nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), denominado Atenção Primária à Saúde (APS), e é a categoria escolhida para definir as políticas públicas que possibilitam a execução das ações previstas para a saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS é a porta de entrada no sistema de saúde e é importante porque serve e coordena o cuidado, a continuidade do mesmo e o fluxo de informações ao longo de todo o sistema (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

A APS, preconizada pelo Ministério da Saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações que abrangem os níveis assistenciais da promoção, proteção e prevenção da saúde, por meio de tratamentos, diagnósticos e a manutenção da saúde. Sendo assim, é imprescindível as implementações assistenciais voltadas para o indivíduo como um todo, não se restringindo, apenas à sua sintomatologia (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF), lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, cresceu de forma gradativa e sustentável, e foi primordial no avanço da APS. Com esses avanços, a Saúde da Família deixou de ser apenas um programa, tornando-se uma política brasileira globalmente conhecida. Somente em 2006 foi formulado o Pacto pela Saúde através

da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tinha a finalidade de consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica, modificando assim o nome de Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (GUSSO e LOPES, 2012).

Segundo Rabello (2010), a ESF é a melhor estratégia para a promoção da saúde que contribui para a mudança no pensamento sanitário contemporâneo, na tentativa de confrontar o modelo hospitalocêntrico, propondo ações que contem com a abordagem interdisciplinar, articulação intersetorial e a participação social. Para Sousa e Souza (2013), é vista por muitos numa perspectiva de promoção da saúde centrada no indivíduo, mas na prática se restringe às ações que evitem o adoecimento da comunidade em que trabalham. As necessidades em saúde são diversas e complexas, e o cuidado integral à saúde está relacionado à atuação interdisciplinar das equipes multidisciplinares (GUSSO e LOPES, 2012).

Para atuar junto à ESF, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), que não deve ser entendido como uma porta de entrada ao sistema para os usuários, com o intuito de ampliar a abrangência e aumentar a resolutividade das ações das UBS, reforçando assim as diretrizes na atenção à saúde como interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade (GARCIA, 2015).

Deve-se ressaltar a importância do processo de assistência domiciliar em que a demanda é gerada, a maioria das vezes pela equipe que avalia o modo de cuidar, absorve as queixas, e identifica as prioridades e necessidades, delimitando inclusive o papel da família, no intuito de torná-la independente e responsável pelo seu familiar/doente. A participação da família é primordial, e fatores como educação, cultura, crença, valores, hábitos e ambiente se relacionam intimamente com a forma de cuidar, e é papel da APS saber identificar a hora certa de articular os outros programas e recursos da atenção secundária e terciária, para a construção de uma proposta integrada e para aumentar a capacidade de resolução na busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas, tendo o objetivo claro de proporcionar assistência e vigilância à saúde da família no domicílio, respeitando os princípios do SUS (GUSSO e LOPES, 2012).

A ESF é composta por equipe multiprofissional, que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (GAMA e GOUVEIA, 2017).

Os profissionais da ESF, no domicílio, não se restringem ao médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem. Trabalhar em equipe é um recurso estratégico de organização do trabalho que contribui para o alcance de melhores resultados. Segundo Gusso e Lopes (2012), experiências em serviços que contam com uma equipe multiprofissional, composta pelo psicólogo, assistente social, nutricionista, odontólogo, farmacêutico e bioquímico, mostram o quanto o cuidado domiciliar exige um olhar integral e a importância das ações relevantes e imprescindíveis desses profissionais.

Diante do exposto, surge a necessidade de mostrar a importância da atuação de uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar dentro da Estratégia da Saúde da Família, conforme a justaposição dos saberes de diferentes profissionais em busca de um mesmo fim: o paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo consiste em um relato de experiência através de visitas domiciliares vivenciadas pelos discentes do primeiro período do curso de medicina da Universidade CEUMA, do eixo de Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) nas adjacências do distrito de Santa Rita, Unidade Básica Santa Inês em Imperatriz – MA, acompanhados da enfermeira preceptora, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de um idoso, acometido de múltiplos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's) no período de agosto a novembro de 2017.

Os programas dessa UBS, de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, seguem as Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Maranhão. É importante ressaltar que foram atendidas as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Em uma visita domiciliar previamente agendada pela ACS, os discentes conheceram a história de um ex-lavrador, idoso, hipertenso, sequelado após múltiplos AVC's e concomitante a isso, evoluindo com Mal de Alzheimer, totalmente dependente de cuidadores, mora com a esposa, também idosa, e um filho, encontra-se com hemiplegia à esquerda, choroso e resistente ao atendimento.

RESULTADOS

Durante uma visita domiciliar rotineira, acompanhando a agente comunitária de saúde, os discentes encontraram um paciente idoso, hipertenso, após múltiplos AVC's, cadeirante, com Mal de Alzheimer, como consequência ficou hemiplégico à esquerda, com presença de edema importante em membro inferior esquerdo, sinal de cacifo 4+/4+, vivendo em condições

insalubres, sem o necessário acompanhamento para obter condições que melhorariam sua qualidade de vida. Na avaliação realizada durante a visita domiciliar, foi observada a inexistência do amparo da equipe multiprofissional, o fisioterapeuta para auxiliar na reabilitação motora, auxiliando e orientando a família quanto ao posicionamento adequado, na tentativa de proporcionar o mínimo de independência, melhorando assim, sua consciência corporal e qualidade de vida. A ausência de uma cadeira de rodas adequada à sua necessidade, explicada pela ausência de recursos financeiros por parte da família, e por isso ter que adaptar a mesma utilizando-se de uma cadeira de espaguete, o que reflete a falta do assistente social para observar e promover bem-estar físico, psicológico e social deste indivíduo.

Ao analisar o histórico das fichas de atendimento do mesmo, constatou-se o acompanhamento do paciente naquela UBS desde 2001. Dessa forma, hodiernamente, os estudantes puderam observar o quanto fez falta um acompanhamento fidedigno de toda a equipe multiprofissional. Ao questionar a agente comunitária de saúde, responsável por aquela área, especificadamente, e por aquela família, a resposta obtida foi que não havia participação de outros programas do governo, de forma individual nem mesmo coletiva, como por exemplo o NASF. Este, por sua vez, é desconhecido por grande parte dos moradores que frequentam as UBS's.

DISCUSSÃO

As visitas domiciliares realizadas despertaram interesse em entender a dinâmica de funcionamento das Unidades de Saúde e o desempenho dos profissionais envolvidos nas estratégias de saúde pública.

Segundo Garcia (2015), as ESF estão implantadas nas UBS e tem como responsabilidade o acompanhamento de uma quantidade definida de famílias, que se localizam em uma área geográfica delimitada. A ideia é que a equipe multiprofissional estabeleça vínculos com a população, favorecendo a aproximação e o maior conhecimento do profissional com a comunidade e atuam com ações de promoção, prevenção, reabilitação de doenças e agravos e a manutenção da saúde dessa população assistida.

Para um número grande de pessoas, distribuído em um território, a equipe multiprofissional deve estar atenta para desenvolver um trabalho colaborativo e conjunto, envolvendo todos os membros da equipe, seguindo as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, identificando situações de risco e vulnerabilidade, realizando busca ativa e notificando doenças e agravos de notificação compulsória; garantindo

a qualidade dos dados coletados e do diagnóstico de saúde do grupo populacional de maneira interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Sabemos que os atendimentos aos idosos tem suas particularidades e prioridades. Para Paulman, Paulman e Harrisson (2009), é menos provável que os pacientes idosos solicitem as atividades de promoção de saúde quando comparados aos mais jovens, e são menos tolerantes a consultas longas, logo a abordagem deve ser útil em cada consulta e deve ser levado em conta as preferências do paciente, além de ser fundamental compartilhar a tomada de decisões. Essa população requer atenção especial, pelo número de co-morbidades, que normalmente são acometidos, por fatores que os impossibilitam de se dirigir ao posto de saúde, e principalmente pela falta de conhecimento sobre os programas de saúde pública que os assiste.

No trabalho multiprofissional, ao se compartilhar ideias e experiências, facilita-se a implementação de ações de planejamento e, desta forma, aumenta o poder para suprir as necessidades da comunidade. Os profissionais integrantes da equipe devem realizar atendimento, avaliação, orientações e acompanhamento diante dos casos apresentados, o que viabiliza a integração das atividades propostas pelas ESF (CINQUINI et al., 2015).

A visita domiciliar realizada foi uma experiência positiva para que conseguíssemos detectar a falha existente na dinâmica dos atendimentos de pacientes mediante sua necessidade individual. Tanto por ser idoso, cadeirante, sem condições de se locomover à UBS, este necessita do aparato da equipe multiprofissional para que fosse proporcionada a troca de informações sobre as condições do mesmo, e na tentativa de funcionar com um meio facilitador de ações, através de práticas de educação, priorizando orientações voltadas para o autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos agravos e doenças, bem como acompanhamento de situações presentes no contexto familiar.

Acredita-se que estratégias precisam ser tomadas para proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes assistidos. E que a dinâmica das visitas domiciliares precisa deixar de ser vista como responsabilidade de apenas um profissional, que na maioria das vezes é o agente de saúde, e passar a ser responsabilidade de toda a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fora vivenciado pelos discentes, muitas negligências advindas da falta de profissionais capacitados para a formação da equipe multiprofissional na ESF Santa Inês, no município de Imperatriz-MA. Não foi observado o funcionamento das equipes interdisciplinares e multiprofissionais no que tange a realidade da saúde pública. Diante disto, é evidente a falta de uma equipe interdisciplinar para auxiliar, não somente neste caso, mas em outros nos quais

foram vistos carência e/ou inexistência de fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, e dentre outros profissionais que poderiam auxiliar ou até mesmo solucionar casos e doenças da população assistida pela ESF. Neste relato de experiência pudemos ressaltar, portanto, a necessidade da efetiva implantação de programas de humanização com a tentativa de modificar o universo precário dessa população que depende da saúde pública e da capacitação da equipe que os assiste.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CINQUINI, D. A. F; LEMES, A. P. M. A; PIMENTA, F. S; SILVA, L.V.; ASTOLPHI, J. D. V.C. Visita Domiciliar Multiprofissional. Eixo do Pacto pela saúde. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. Capinópolis – MG, 2015.

ENGEL, C. MEDCURSO: PREVENTIVA. Vol 4. Editora Medyn, 2017.

GAMA, A. S da; GOUVEIA, L. SUS ESQUEMATIZADO: teoria e questões. 5 ed. Editora Ferreira, 2017.

GARCIA, Maria Lucia Bueno. Manual de saúde da família. 1 ed. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2015.

GUSSO, G; LOPES, J. M. C. TRATADO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: princípios, formação e prática. Editora Artmed, Porto Alegre, 2012.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, vol 66, Brasília, 2013.

PAULMAN, Paul M.; PAULMAN, Aundrey A.; HARRISON, Jeffrey D. Manual de Saude da Familia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUSA, M. C; SOUZA, J. N. SAÚDE COLETIVA: um campo de novos saberes e diversos olhares. Edições UESB, Vitoria da Conquista- BA, 2013.

VISITA DOMICILIAR E PALESTRAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ALUNOS DE MEDICINA UNIVERSIDADE CEUMA IMPERATRIZ
HOME VISIT AND EDUCATIONAL LECTURES IN EDUCATION AND HEALTH: AN EXPERIENCE REPORT OF STUDENTS OF MEDICINE CEUMA UNIVERSITY IMPERATRIZ

Amanda Rodrigues Vieira Campos¹
Bruna Barbosa de Miranda Léda¹
Deise Duarte Santos Sousa¹
Gabriel Cavalcante Queiroz¹
Kedson Mateus da Silva¹
Karla Edilza S. Savino Araújo²
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência vivenciada pelo Grupo A1 da UBS Santa Rita II nas atividades de visita domiciliar e palestras educativas em educação e saúde. O Grupo A1 teve a oportunidade de vivenciar, antes mesmo de se formar, a rotina de atividades desenvolvidas pela equipe multidisciplinar da UBS Santa Rita II no que diz respeito à estratégia de saúde da família, participando de atividades assistenciais à comunidade, fortalecendo o triângulo ensino, pesquisa e extensão. A experiência do grupo diante das atividades realizadas mostrou-se de extrema relevância para a formação acadêmica de um médico com um perfil humanizado, tendo em vista a proximidade com a comunidade, além da aplicabilidade precoce da teoria nos campos práticos.

Palavras-Chave: Visita domiciliar; Palestras educativas; Educação em saúde.

ABSTRACT

The present work aims to describe the experience lived the A1 group of UBS Santa Rita II in the activities of home visits and educational lectures in education and health. The group A1 had the opportunity to experience, even before graduating, the routine of activities developed by the multidisciplinary team of UBS Santa Rita II with regard the family health strategy, participating in community assistance activities, strengthening the teaching triad, research and extension. The group's experience in the face of the activities carried out proved to be extremely relevant for the academic training of a doctor with a humanized profile, in view of the proximity to the community, in addition to the early applicability of the theory in the practical fields.

Keywords: Home visit; Educational lectures; Health education.

INTRODUÇÃO

Hodiernamente o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação idealizaram um novo método de ensino-aprendizagem para os cursos formativos de profissionais de saúde, visando uma formação médica mais crítica e humanizada da realidade do sistema de saúde do nosso país, levando o aluno para mais próximo da comunidade. Assim, de forma precoce, esse novo método traz possibilidade de maior interação do aluno com a comunidade, através da conjugação teoria e prática, apresentando a realidade de determinada população a fim de apresentar a este aluno uma visão holística do indivíduo, o que garantirá um atendimento integral e humanizado ao paciente.

A Universidade Ceuma implantou o curso de Medicina, no campus Imperatriz, no ano de 2017, com um projeto pedagógico que respeita as exigências contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) estabelecidas pelo Ministério da Educação, no qual exige a formação de um profissional médico que seja generalista, humanista, crítico, capaz de atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, respeitando sempre os princípios éticos e visando a promoção da saúde integral da comunidade.

Trazendo para nossa realidade, o Curso de Medicina CEUMA – Imperatriz, através do Eixo Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) com a colaboração de uma Preceptora, a Enfermeira Gizele Campos, já em nosso primeiro período proporcionou a inexplicável experiência do dia a dia da comunidade adstrita da UBS Santa Rita II do município de Imperatriz – MA, através da atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Dessa forma, esse trabalho visa apresentar a observação semanal do ponto de vista dos discentes que acompanharam a Equipe Multidisciplinar da ESF da UBS Santa Rita II nos

últimos meses, preocupando-se em descrever experiências vivenciadas por nós alunos, do primeiro período do curso de medicina da Universidade Ceuma campus Imperatriz. Sendo assim, este trabalho trata-se de um “Relato de Experiências”.

MATERIAIS E MÉTODOS

O grupo é composto por cinco acadêmicos de medicina, tendo como Preceptora uma profissional Enfermeira atuante na área da UBS Santa Rita II. Dentre as atividades desenvolvidas destaca-se: entendimento do trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e as fichas de cadastro por eles utilizadas; reconhecimento de território (área adstrita) e seu público-alvo; familiarização do sistema e-sus; rotina da Unidade Básica de Saúde como o funcionamento da sala de vacinação, dinâmica das consultas médica e odontológica; dentre outras. Além disso, foram realizadas atividades de promoção à saúde tais como: caminhada da saúde e palestras educativas. Entretanto, nosso alvo de relato de experiência são as visitas domiciliares, que eram realizadas uma vez por mês, em domicílios previamente escolhidos, e contava com a participação de uma equipe multiprofissional, compreendida por 01 Médico, 01 ACS, 01 Enfermeiro e 01 Técnico de Enfermagem, além dos 05 alunos deste grupo.

RESULTADOS

Durante os últimos meses em que foram desenvolvidas as atividades de promoção, prevenção e promoção da saúde na UBS Santa Rita II, sob a supervisão da preceptora, observamos a significativa adesão dos pacientes crônicos aos tratamentos propostos pela equipe de saúde, uma vez que as visitas domiciliares realizadas proporcionam um feedback positivo no processo saúde-doença, pois a íntima relação médico-paciente, no qual o indivíduo é analisado biopsicossocialmente, fornece uma maior co-participação dos envolvidos para que, assim, o resultado nos tratamentos alcance níveis mais próximos do ideal. Também foi observado como resultado que durante a realização das ações de educação em saúde, através de palestras educativas, a comunidade participante tomou para si a responsabilidade pela preservação de sua saúde, através da incitação do auto-cuidado, assim como pela preservação da saúde da comunidade como um todo, preocupando-se com o meio ambiente e atuando como multiplicadores no combate à proliferação de agravos.

DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DO IESCG

No início do curso, durante a Semana de Acolhimento, nos foi apresentado um grupo de 10 (dez) enfermeiras - preceptoras, cada uma com a incumbência de orientar 10 (dez) alunos, separados em dois grupos, em um determinado dia da semana (terças-feiras e quartas-feiras), pela manhã de 8:00 às 12:00), onde iriam participar do dia a dia da Unidade Básica de Saúde de uma área adstrita do município de Imperatriz.

A rotina foi baseada na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e semanalmente às terças feiras, das 8 às 12h realizamos diversas atividades em busca destes objetivos, tudo de acordo com cronograma pré-estabelecido pelo setor pedagógico da Universidade CEUMA

A IMPORTÂNCIA DO COMPROMETIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE

Os diferentes profissionais das equipes de saúde da família têm importante papel e contribuição nas ações em promoção, prevenção e recuperação da saúde. Essas atribuições estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dentre elas destacamos:

- Garantir atenção integral e humanizada a população adstrita;
- Orientar o paciente quanto a necessidade de concluir o tratamento;
- Acompanhar os usuários em tratamento;
- Realizar o cuidado em saúde da população adstrita, no âmbito da UBS, no domicílio e demais espaços comunitários;
- Realizar visita domiciliar à população adstrita;
- Preencher relatórios e fichas específicos de registro e acompanhamentos de agravos de acordo com a rotina da UBS;
- Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativa ao controle de doenças em sua área de abrangência;
- Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção familiar e individual para prevenção de doenças, dentre outras atribuições.

Com vistas a mergulhar o aluno no atendimento humanizado ao indivíduo, preconizado pelo Ministério da Educação – Diretrizes Curriculares, em nossa Unidade Básica de Saúde nos foi proporcionado a oportunidade de acompanhar o médico e a equipe de Estratégia de Saúde da Família em suas atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade do bairro Santa Rita.

A equipe de alunos verificou que a abordagem do Médico da ESF é bastante humanizada, o que acaba proporcionando uma maior adesão aos tratamentos propostos pela equipe de ESF, pois a comunidade tem esta equipe multiprofissional como parte de seu “ciclo de amizades”, estabelecendo-se uma relação de confiança entre o paciente e a equipe ESF.

Corroborando com este tipo de abordagem da equipe de ESF, está o Código de Ética Médica, onde em seus princípios Fundamentais II determina que “o alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.”, neste mesmo sentido de priorizar o atendimento humanizado destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH), cuja uma de suas diretrizes é o Acolhimento que tem como finalidade “estreitar as relações de confiança dos profissionais de saúde e o paciente.”

Portanto, ficou evidente para nós discentes, a conduta ética e humanizada dos integrantes da equipe ESF, principalmente do que diz respeito as visitas domiciliares tendo em vista a grande integração da equipe com os moradores, demonstrando a confiança e credibilidade da população para com os profissionais de saúde daquela Unidade Básica de Saúde.

ACOMPANHAMENTO NAS VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELA EQUIPE ESF DA UBS SANTA RITA II

No início do semestre do curso de Medicina do CEUMA-Imperatriz, os alunos tiveram a oportunidade de acompanhar a equipe da ESF em algumas visitas domiciliares, as quais têm como objetivo propiciar o acesso ao atendimento de saúde básica aos indivíduos impossibilitados pontualmente de se fazerem presentes na UBS de sua área adstrita, buscando, assim, a recuperação da saúde. Durante tais visitas, os alunos acompanharam a equipe de ESF, composta por Médico, Enfermeira, ACS e Técnica de Enfermagem. Nas primeiras visitas, tivemos a oportunidade de observar e entender a dinâmica do atendimento domiciliar, o qual consiste basicamente em coleta dos dados antropométricos do paciente (peso, altura, circunferência abdominal, aferição da pressão arterial, medição do índice glicêmico), prescrição da medicação e, quando necessário, encaminhamento às especialidades médicas.

Posteriormente, passamos a participar mais ativamente desses atendimentos domiciliares quando, sob a supervisão atenta do médico e da Enfermeira-preceptora começamos a realizar verificação da pressão arterial, fazer medição do índice glicêmico, auferir peso, medir circunferência abdominal, além de dar orientações a respeito da promoção da saúde.

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO À SAÚDE DESENVOLVIDAS NA UBS SANTA

RITA II

Além das visitas domiciliares realizadas, a equipe de discentes realizou diversas atividades de promoção e prevenção à saúde na comunidade local, a exemplo as caminhadas e palestras, as quais tiveram uma grande aceitação e adesão da população. Primeiramente, foi organizada uma caminhada, realizada no dia 26 de setembro, cuja finalidade era orientar a população quanto a importância da atividade física para uma melhor qualidade de vida e longevidade. Ruas da comunidade foram percorridas com a participação de cerca de 150 idosos, onde contamos também com a equipe do NASF.

Observamos que antes de iniciar a caminhada, o educador físico (equipe do NASF) reuniu os presentes para fazer um breve alongamento, visando evitar lesões nos participantes no decorrer da atividade, durante a caminhada, também foi feita a distribuição de água, para evitar a desidratação, e foram repassadas orientações de promoção da saúde, ao final foi feita uma aula de dança e a distribuído um café saudável, reforçando a importância de uma boa alimentação. Notamos a preocupação da equipe daquela UBS com o bem-estar dos participantes e com a conscientização em promover a saúde. Destacamos a relação harmoniosa da comunidade para com os integrantes da UBS e a importância de ter uma equipe multidisciplinar atuante e humana na comunidade.

Outra ação de promoção da saúde realizada pela equipe de alunos foi a realização de palestras educativas, a exemplo da campanha do Outubro Rosa, momento em que grupo realizou o encerramento daquela campanha na UBS Santa Rita II com uma palestra a respeito do câncer de mama e de colo de útero, foi realizada explanação a respeito da importância do autoexame das mamas, da realização do exame Papanicolau e vacinação contra o HPV, destacando a disponibilidade da vacina no Sistema Único de Saúde. Outra palestra bem interessante foi a respeito da Campanha contra a dengue, na qual fizemos uma pequena orientação sobre as formas de combate ao mosquito *aedes aegypti*, voltada ao público infanto-juvenil.

Mediante as atividades educativas que foram desenvolvidas, observamos o quão importante é a relação médico-paciente harmoniosa e humanizada, o que proporciona uma maior adesão da comunidade aos trabalhos propostos direcionados à promoção de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este relato de experiência, analisamos que participar do processo de ensino-aprendizagem de forma ativa, como proposto pelo eixo IESCG, é um processo difícil, pois envolve a ansiedade dos alunos com as práticas médicas e a carência da população por um atendimento eficiente e humanizado. As experiências relatadas e vivenciadas por nosso grupo na UBS Santa Rita II, está sendo imprescindível para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, propostas pelo MEC, em seu artigo 3º, que trata do perfil do formando egresso, no qual dispõe que “O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”.

Logo, fica evidente o engrandecimento do futuro profissional médico pela oportunidade de aperfeiçoamento através do ensino-prático da vivência da rotina de uma Unidade Básica de Saúde, sobretudo nas relações interpessoais, assim como nas de produção técnica e teórica, próprias da Atenção Básica à Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Vigilância em saúde**. 2ª edição. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) \ Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

MEC, Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação de Medicina. Disponível em: <portal.mec.gov.br\cne\arquivos\pdf\Med.pdf>. Acesso em 11 de novembro de 2017.

**A INFLUÊNCIA DA COMPREENSÃO DOS PACIENTES ACERCA DAS
PRINCIPAIS PATOLOGIAS PARA UM TRATAMENTO EFICAZ NA ATENÇÃO
BÁSICA**

THE INFLUENCE OF PATIENTS'S UNDERSTANDING OF THE MAIN PATHOLOGIES
FOR EFFECTIVE TREATMENT IN BASIC CARE.

Crislene de Oliveira Campos¹
Camila Milhomem Veloso¹
Matheus Pereira Brito¹
Victor Murilo Barbosa Carmo¹
Marta Raquel Silva do Carmo²
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Patrícia dos Santos Silva Queiroz³
Marcelo Hubner Moreira³
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

O presente estudo baseou-se na experiência dos discentes do curso de Medicina na Unidade Básica de Saúde Maria Aragão, no município de Imperatriz–MA. Observou-se a rotina de pacientes no tratamento de doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, bem como o grau de compreensão acerca desses agravos e o uso de medicamentos. Concluiu-se que muitos pacientes não compreendem a doença em sua amplitude, o que, por conseguinte, prejudica a adesão ao tratamento adequado.

Palavras-chave: Compreensão; Pacientes; Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

The present study was based on the experience of medical students at the Maria Aragão Basic Health Unit, in the municipality of Imperatriz-MA. The routine of patients in the treatment of diseases such as systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and sexually transmitted diseases, among others, as well as the degree of understanding about these diseases and the use of medications were observed. It was concluded that many patients do not fully understand the disease, which ultimately impairs adherence to appropriate treatment.

Keywords: Understanding; Patients; Treatment Adherence.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é caracterizada pelo aumento anormal (P.A > 139 x 89 mmHg) da pressão exercida pelo sangue na parede dos vasos sanguíneos, representando sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência, de 15% a 20% na população adulta e mais de 50% nos idosos (STRELEC, PIERIN e MION, 2003). O Diabetes Mellitus é descrito pelo excesso de glicose no sangue (hiperglicemia), ocasionado pela dificuldade na ação da insulina ou diminuição/não excreção da mesma. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes mellitus se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos (FRANCISCO et al., 2010).

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, tendo o *Mycrobacterium leprae* como agente etiológico, podendo acarretar graves incapacidades físicas por afetar principalmente os nervos periféricos e pele. Continua a ser uma importante questão social, permitindo fazer recomendações para diminuição do impacto social (YAMANOUCHI et al., 1993). A Tuberculose (TB), também infectocontagiosa e provocada pelo *Mycrobacterium tuberculosis*, pode atingir praticamente todos os órgãos do corpo, de modo especial o pulmão. É um importante desafio para a saúde pública mundial, sendo ainda de difícil controle em regiões com alta prevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (NETO et al., 2013). Múltiplos fatores ligados ao comportamento sexual apontam a adolescência e juventude como grupos de risco para doenças sexualmente transmissíveis: AIDS, sífilis e outras (COSTA et al., 2011). Hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são as principais patologias atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ocasionadas, em sua maioria, por condições precárias de higiene, saneamento básico e uma nutrição desregulada. Os perfis característicos mais comuns da população atendida na atenção básica são indivíduos de baixa escolaridade e trabalhadores braçais, possuindo assim, limitada compreensão de fatores que possam ocasionar doenças ou o que as mesmas podem originar, tornando-os um maior potencial de suscetibilidade para adquirir patologias (COSTA et al., 2011).

Sendo detectada alguma enfermidade pelo profissional de saúde da UBS, serão prescritos medicamentos específicos para realização do tratamento necessário. Entretanto, há um predomínio de tratamentos interrompidos por uma pluralidade, fomentados pela não valorização pelos pacientes. Caso estes possuíssem um conhecimento básico da origem, e

consequências ocasionadas pela doença obtida, influenciaria na realização de um tratamento mais eficaz e fiel.

MATERIAIS

Para elaboração deste relato, foram utilizadas anotações do diário reflexivo do eixo Humanidades Médicas, bem como observações estruturadas com auxílio de um instrumento de coleta de dados – anamnese (queixa principal, histórico da doença atual, interrogatório sintomatológico, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, hábitos de vida e condições socioeconômicas) e fichas do prontuário do paciente (história da admissão, atividades de áreas da equipe de enfermagem e anotações da equipe de saúde).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, fruto da vivência acadêmica, os quais foram efetivadas visitas domiciliares a usuários portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e sífilis. Este tipo de estudo tem a finalidade não apenas de observar e descrever, mas de mostrar a complexidade dos fatores relacionados ao problema. Assim, correlaciona fatos ou fenômenos sem alterá-los. Visando conhecer as situações variáveis e suas relações do comportamento humano.

As ações assistenciais foram vivenciadas em residências dos usuários cadastrados da UBS Maria Aragão, localizada no bairro Parque Alvorada I, em Imperatriz-MA. As atividades teórico-práticas foram realizadas entre outubro e novembro de 2017, sob a orientação e acompanhamento da docente e preceptora do eixo IESCG (Integração Ensino, Comunidade e Gestão), com a colaboração de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da área.

Além disso, foram realizados, nos usuários, a aferição de pressão arterial e medição de glicemia. Ao término de cada visita domiciliar foram realizadas rodas de discussões, nas quais eram explanadas as reflexões de cada acadêmico sobre as atividades do dia. Ademais, foram realizadas análises transversais dos aspectos relacionados à compreensão dos pacientes acerca das patologias para um tratamento eficaz.

DISCUSSÃO

Em pouco mais de dois meses acompanhando a rotina da UBS Maria Aragão, percebeu-se o quão importante é a adesão do paciente ao tratamento adequado para doenças prevalentes na região – tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, e ISTs. No entanto, nem sempre o paciente incorpora, de forma apropriada, os medicamentos e hábitos em seu dia a dia.

Desse modo, através de visitas domiciliares, viu-se de perto como a percepção correta do tratamento e da doença tem forte influência no processo de melhoria e redução dos riscos inerentes às doenças mencionadas. Isso porque a maior parte dos pacientes visitados possuíam apenas uma breve noção de como seguir o tratamento prescrito pelo médico da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e, em casos específicos, optavam por não aderir ao tratamento, por diversos motivos elencados a seguir, mesmo sob riscos.

No caso da HAS e DM, os pacientes já tinham sido diagnosticados na UBS e faziam uso de medicação para controle da pressão e do diabetes. Porém, as maiores dificuldades encontradas foram a ausência de informação sobre a doença, origem e complicações, bem como a alimentação desses pacientes, pois muitos não se alimentavam adequadamente, ora por falta de informação nutricional precisa, ora por falta de condições financeiras para incluir alimentos condizentes com a dieta.

Nesse sentido,

A não-adesão do cliente ao tratamento tem constituído um grande desafio para os profissionais que o acompanha, e possivelmente tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez, haja vista que a hipertensão arterial tem sido responsável pelo aumento destes custos (SANTOS et al., 2005).

Portanto, além de prejudicial à saúde do próprio paciente, a falta de compreensão do tratamento e, conseqüentemente, a não adesão, obstaculiza o trabalho dos profissionais de saúde, na medida em que estes restam limitados em suas condutas terapêuticas. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) *apud* Ministério da Saúde e Cadernos de Atenção Básica (2013),

a HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Conquanto a HAS seja um dos maiores problemas em saúde pública no Brasil, na experiência em questão, observou-se que, mesmo os pacientes fazendo uso de medicação correta para HAS, muitos não detinham a adequada compreensão da doença e suas conseqüências e de como a realização do tratamento à risca é crucial para o não agravamento da mesma. De acordo com Santos et al, (2005) “a adesão do cliente é possibilitada mediante a conscientização deste, e através da educação em saúde desenvolvida de forma articulada pela equipe multiprofissional”. Desta maneira, a visita domiciliar mostrou-se como ferramenta eficaz na educação em saúde, pois o profissional da ESF pode acompanhar e orientar, de forma individualizada, cada cliente conforme suas peculiaridades, conscientizando-o acerca da doença

e seus resultados, bem como indicando condutas higienodietéticas que mais se adequam ao contexto socioeconômico.

Com relação às ISTs, notou-se uma situação mais delicada e preocupante: algumas pacientes gestantes, sem qualquer tipo de adesão ao tratamento, ou seja, tinham ciência de que portavam a doença, porém não compreendiam a dimensão das consequências desse fato e não utilizavam de nenhum tipo de medicamento, tanto para combater a doença, como para a gravidez. A visita domiciliar, então, serviu de alerta para os perigos trazidos por ISTs em gestantes, assim como veio esclarecer os benefícios do uso do medicamento adequado e métodos preventivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização de visitas domiciliares à população da UBS Maria Aragão, obteve-se a oportunidade de observar as condições de vida, meio social e andamento dos tratamentos de alguns pacientes. Contudo, a falta de informações prévias da maior parte da população, potencializa a interrupção de tratamentos. Nesse sentido, há necessidade da propagação de informação sobre as principais patologias que acometem a população da atenção primária, por meio dos profissionais de saúde, para minimizar devidamente o problema. Paralelamente, julgamos necessário o acompanhamento adequado dos pacientes assistidos pelos ACS da Unidade Básica, a fim de otimizar a eficácia dos fármacos por um tratamento leal ao prescrito pelo profissional médico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com a doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

COSTA, Maria Conceição Oliveira et al. HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS na rede pública de saúde/SUS, Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, p. 179-179, 2011.

FRANCISCO P. M. S. B. et al. Diabetes Auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle, **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro**, Campinas. v. 26 (nº 1):175-184, jan, 2010.

NETO, Lauro Ferreira da Silva Pinto et al. Prevalência da tuberculose em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. São Paulo, SP**, v. 11, n. 2, p. 118-122, 2013.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertensão ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar, **Texto Contexto Enferm**, Fortaleza. v. 14 (nº3), 2005.

STRELEC M. A. A. M., PIERIN A. M. G. e MION JÚNIOR D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão, **Arterial Arq Bras Cardiol**, São Paulo. v. 81 (nº 4): 343-8, 2003.

YAMANOUCHI. A. A. et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual, **An. Bras. Dermatol**. Curitiba. v. 68 (nº6): 396-404, nov-dez. 1993.

**A IMPORTÂNCIA DO MULTIPROFISSIONALISMO INTERDISCIPLINAR NO
PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
THE IMPORTANCE OF INTERDISCIPLINARY MULTIPROFESSIONALISM IN THE
HEALTH-DISEASE PROCESS: EXPERIENCE REPORT

Jusciellyson da Silva Nava¹
Isadora Reigo de Castro¹
Maria Carolina de Oliveira Silva¹
Mário Henrique de Souza Gomes Feitosa¹
Suzana Bastos Batista¹
Victor Cardoso Brandão Santos¹
Fabíola Teles de Azevedo Farias²
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Bastos Araújo Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Por muito tempo o processo saúde-doença foi centrado na consulta médica, levando a uma limitação do olhar sob o paciente na sua plenitude. Não obstante, sabe-se que hoje existem diversos programas do Sistema Único de Saúde que tem como viés principal a composição de uma equipe multiprofissional, pautada pela interdisciplinaridade. Tais propostas são construídas por meio do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS) e pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Este relato considera a experiência vivenciada em uma Unidade Básica de Saúde, por seis alunos do curso de medicina, ao longo do eixo de Integração, Ensino, Saúde, Comunidade e Gestão, englobando a importância da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo no processo saúde-doença e a atuação de maneira integral na manutenção do bem-estar do ser humano. Um exemplo disso foi uma paciente diagnosticada com lúpus que, durante as visitas domiciliares, relatou que é assistida pelo SAD, pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), evidenciando a relevância dessa equipe multiprofissional interdisciplinar para o tratamento não só da patologia, mas do ser humano de maneira integral, em todas as suas esferas físicas, psicológicas e sociais.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Multiprofissionalismo; Processo saúde-doença; Cuidado Integral; Atenção Básica em Saúde.

ABSTRACT

For a long time the health-disease process was centered in the medical consultation, leading to a limitation of the gaze under the patient in its fullness. Nevertheless, it is known that today there are several programs of the Unified Health System that has as its main focus the composition of a multiprofessional team, guided by interdisciplinarity. These proposals are built through the Home Care Service (SAD), the Unique Therapeutic Project (PTS) and the Family Health Support Center (NASF). This report considers the experience lived in a Basic Health Unit by six medical students along the Integration, Teaching, Health, Community and Management axis, encompassing the importance of interdisciplinarity and multiprofessionalism in the health-disease process and the integral action in the maintenance of the well-being of the human being. An example of this was a patient diagnosed with lupus who, during home visits, reported that she is assisted by the SAD (Home Care Service), the Unique Therapeutic Project (PTS), as well as the Family Health Support Center (NASF), evidencing the relevance of this interdisciplinary multiprofessional team for the treatment not only of the pathology, but of the human being in an integral way, in all its physical, psychological and social spheres.

Keywords: Interdisciplinarity; Multiprofessionalism; Health-disease process; Integral care; Basic Health Care.

INTRODUÇÃO

A formação histórico-cultural do profissional médico criou a visão deste como detentor único do conhecimento, visto que, de acordo com VILELA (2003), a formação de profissionais da saúde desde o início do século XX tem sido orientada pelo modelo fragmentador e biologista, centrado somente na consulta médica. Nesse contexto, o processo saúde-doença foi tratado, ao longo dos anos, somente com a visão de um único profissional. Desse modo, há uma incompletude do tratamento do paciente de maneira plena, visto que o conceito de saúde concerne em uma interpretação holística do ser humano.

Nesse cenário, a interdisciplinaridade no processo saúde-doença possui grande relevância. Isso porque para o tratamento integral do cidadão é necessária a participação de diversos profissionais da área da saúde. Dessarte, em consonância com PINHO (2006), o campo dos empreendimentos coletivos na área da saúde, considerado como um setor que enfrenta graves crises no Brasil, também sofreu o impacto destas mudanças, principalmente com a

introdução do conceito de qualidade, que tendo início na década de 70, alcançou seu auge na década de 90, e ainda hoje se constitui num objetivo de discussão e investimento.

Esta busca pela qualidade, de acordo com PINHO (2006), deveu-se, em parte, pela introdução da integralidade da assistência, na década de 90, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em cada nível de complexidade do sistema” (BRASIL. Lei nº 8.080, 1990, art. 7), sendo um fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao trabalho em equipe multidisciplinar, porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficaz.

Nesta perspectiva, conforme PINHO (2006), a incorporação deste novo modelo capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Juntamente com as habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais com base na cooperação. Nesse cenário, foram criados diversos programas com o intuito de acolher o paciente de maneira integral. Dentre eles temos o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Diante do exposto, o presente estudo pretende descrever a experiência dos acadêmicos do curso de Medicina inseridos no eixo de Integração, Ensino, Saúde, Comunidade e Gestão acerca da atuação dos diversos profissionais da saúde nos diferentes níveis de atenção.

MATERIAL E MÉTODOS:

As atividades foram realizadas nas quartas-feiras do segundo semestre de 2017, em uma Unidade Básica de Saúde do Vila Nova na cidade de Imperatriz, envolvendo seis alunos do primeiro período do curso de Medicina da Universidade CEUMA, com o auxílio de uma preceptora enfermeira. Nesse contexto, os estudantes envolveram-se em diversas atividades na microárea. Dentre elas, foram realizadas visitas domiciliares. Em todas estas, foi elencada a importância da atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para que seja alcançado o bem-estar do paciente de maneira plena

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Em três meses e meio de execução do eixo, houve a participação de seis alunos de Medicina da Universidade CEUMA, orientados por uma preceptora enfermeira. Foram realizadas várias estratégias com o intuito de destacar a necessidade de uma equipe

multiprofissional interdisciplinar, dentre elas houve várias visitas domiciliares e discussões em sala a respeito do conteúdo praticado em campo na microárea. Nesse cenário, discussões acerca dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram a base teórica explorada. Desse modo, foi visto que o setor saúde no Brasil, de acordo com CARDOSO (2007), responde por grande diversidade de atividades divididas dentro de uma estrutura político-institucional que percorre desde o nível de atenção básica à saúde local até um nível mais especializado, o hospital. Esse processo compreende atividades que envolvem a “assistência básica” até situações mais específicas ou de “alta complexidade”, objetivando, dentro da esfera do processo saúde-doença, promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nesse íterim, de acordo com CARDOSO (2007), é necessário compreender que a saúde e a doença formam um contínuo, em que se relacionam os aspectos econômicos, socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida do ser humano. Busca-se compreender a dinâmica dos determinantes sociais do processo saúde-doença e, para isso, é necessária a aquisição do conceito de interdisciplinaridade entre diferentes esferas da saúde.

Desse modo, tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como embasamento teórico, durante as visitas domiciliares, uma paciente diagnosticada com lúpus despertou a atenção de todo o grupo. Ela relata que descobriu a doença após uma forte crise emocional, a perda da mãe. No entanto, a mesma conta que apesar da aparição de sintomas, como perda de cabelo, apatia, ausência de apetite e emagrecimento, só procurou a Unidade Básica de Saúde após três anos do surgimento dos primeiros sintomas e dos primeiros ferimentos resultantes da doença.

Ao receber os atendimentos na Unidade Básica de Saúde, a paciente foi diagnosticada a priori com micose, onde foi receitado o uso de diversos antibióticos, os quais reduziram os agravos da doença por 6 anos. Contudo, após esse período houve piora no quadro e, ao procurar novamente o mesmo médico, foi feito o diagnóstico de lúpus discoide – doença autoimune do tecido conjuntivo que reúne manifestações exclusivamente cutâneas ou multissistêmicas, podendo apresentar exuberância de autoanticorpos (BERET, 2005) – e a mesma foi encaminhada para um reumatologista.

Ademais, a paciente exercia a função de professora do ensino fundamental e teve a vida social completamente alterada com a descoberta da doença. Nessa conjuntura, a paciente relatou os agravos não só da patologia, mas, também, as sequelas causadas à saúde mental. Dessa forma, a mesma foi assistida por diferentes profissionais da saúde mental, através do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma

equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2007). O PTS incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de referência dentre eles uma psicóloga e um psiquiatra. Desse modo, durante as visitas, a paciente sempre usa as sessões com a psicóloga do PTS e os fármacos receitados pelo psiquiatra do PTS como incentivo e auxílio para continuar o tratamento e a busca pelo bem-estar emocional.

Nesse contexto, a paciente relatou que é assistida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conforme a PNAB (BRASIL, 2011), são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas. E, também, o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) que, em consonância com a portaria nº 825 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Nesse cenário, durante as visitas à paciente, a mesma relatou que a temperatura local corrobora para o agravo do seu quadro. Dessa forma, há uma negligência do sistema de saúde público, haja vista que o transporte recebido por ela não atende as suas necessidades.

Outrossim, conforme BERBET (2005), a doença causa atrofia muscular. Nesse cenário, a paciente relata que o tratamento com um fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) a auxiliou na redução das sequelas da doença, tornando mais cômodo o seu dia a dia. Junto a estes profissionais, também atuam um dentista, que a assiste na fiscalização e redução de ferimentos na cavidade bucal e uma nutricionista, que, com as indicações feitas pelo reumatologista, monta cardápios alimentares adequados com a realidade da paciente. Além destes, a paciente relata o tratamento também com um oftalmologista, visto que conforme KLEJENBERG (2005), lúpus é uma doença sistêmica que pode apresentar comprometimento oftalmológico, geralmente benigno em pacientes ambulatoriais. E, também, um dermatologista

pelo SUS, cujo fato constitui um problema, pois a paciente reclama de possuir somente um profissional que atende pelo município.

Por conseguinte, tendo em base o relato, foi possível evidenciar, através dessa paciente, a relevância da atuação de uma equipe multiprofissional interdisciplinar para o tratamento não só da patologia, mas do ser humano de maneira integral, em todas as suas esferas físicas, psicológicas e sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Multiprofissionalidade é um mecanismo utilizado pelo Sistema Único de Saúde para tratar o ser humano de maneira integral, visando não somente a saúde como ausência da doença, mas, também, todas as esferas em que o indivíduo está inserido, sendo elas, a social, a psicológica, a religiosa e a familiar. Não obstante, a plenitude desse serviço só é possível com a interdisciplinaridade. Dessa forma, é válido ressaltar que o paciente tem a oportunidade de ser tratado por diversos olhares e de maneira singular.

Além disso, em consonância com VILELA (2005), interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. "É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária para unitária do ser humano". Está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novos papéis.

Contudo, apesar dos avanços na saúde, que insere os conceitos de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, durante a experiência no eixo, foi possível notar que ainda há mazelas no sistema de saúde. Isso porque, conforme o depoimento da paciente, a quantidade de profissionais ainda é escassa. Outro agravante são as condições sociais em que a paciente está inserida, visto que apesar de possuir um sistema eficiente na teoria, foram observadas algumas falhas na demanda dos serviços. Por exemplo, a paciente relatada não possui transporte adequado, pois a mesma faz uso de motocicleta, fato que, devido às condições climáticas, agravam o seu quadro clínico.

REFERÊNCIAS

BERBET, A. L. C. V.; MANTESE, S. A. de O. **Lúpus eritematoso cutâneo - Aspectos clínicos e laboratoriais**. Anais Brasileiros Dermatologia, Uberlândia/MG, vol. 80, pp. 119-131, Setembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 62, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. _____. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, nº 78, 26 de Abril de 2016. Seção 1, pp.33-38.

CARDOSO, J. P., *et al.* **Formação Interdisciplinar: Efetivando propostas de promoção à saúde no SUS**. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, Jequié/BA, vol. 20, pp. 252-258, Outubro de 2007.

KLEJNBERG, Tatiana; MORAES JR, Haroldo Vieira. **Alterações oculares nos pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico em acompanhamento ambulatorial**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, Rio de Janeiro/RJ, vol. 69, pp. 233-237, Novembro de 2005.

PINHO, M. C. de G. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidade de ação eficaz**. Ciências e Cognição, Rio de Janeiro/RJ, vol. 08, pp. 68-87, Agosto de 2006.

SILVA, E. P., *et al.* **Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde**. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, João Pessoa/PB, vol. 17, pp. 197-202, Outubro de 2013.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11, nº 04, Ribeirão Preto/SP, Julho/Agosto de 2003.

**VIVENCIANDO A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO-
APRENDIZAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE DIABÉTICO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**EXPERIENCING HOME VISIT AS A TEACHING-LEARNING STRATEGY IN CARING
FOR DIABETIC PATIENTS: AN EXPERIENCE REPORT**

Alice Amorim¹
Andreson Assunção¹
Hugo da Silva Costa Costa¹
Júlio Cezar Martins Frazão¹
Laila De Castro Araujo¹
Marta Raquel Silva do Carmo²
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araújo Bastos Teixeira³
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi descrever a experiência dos acadêmicos de Medicina da Universidade Ceuma do Campus Imperatriz-MA frente a um paciente portador de diabetes mellitus na realização de visitas domiciliares. Neste trabalho foi destacada a importância da vivência dos acadêmicos diante das complexidades sociais do processo saúde-doença durante os atendimentos realizados nas visitas domiciliares para o cuidado com o paciente diabético em acompanhamento da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família Bom Sucesso, localizado na Vila Mariana, no município de Imperatriz. Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de integrar conhecimentos teóricos e práticos na solidificação de uma aprendizagem profissional de caráter humanizado. Foram feitas três visitas ao paciente EMS, sexo masculino, 47 anos, deficiente visual, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II há 10 anos, mora com a esposa, antecedentes familiares pai e mãe com histórico de diabetes. O trabalho possibilitou aos estudantes envolvidos a oportunidade de experimentar uma formação acadêmica e profissional na linha da

integralidade da atenção e do cuidado especial a um paciente diabético em condição de vulnerabilidade pela deficiência visual.

Palavras-chave: Educação de graduação em medicina. Diabetes mellitus. Visitas domiciliares.

ABSTRACT

The aims this work is to describe the experience of the medical students of the Ceuma University of the Imperatriz-MA Campus in front of a patient with diabetes mellitus in home visits. This study emphasized the importance of the experience of academics in the face of the social complexities of the health-disease process during home visits to care for the diabetic patient in follow-up of the health team of the Bom Sucesso Family Health Unit located in Vila Mariana, in the municipality of Imperatriz. This is a descriptive work, of the experience type, with the purpose of integrating theoretical and practical knowledge in the solidification of a humanized professional learning. Three visits were made to the EMS patient, male, 47 years old, visually impaired, diagnosed with type II diabetes mellitus 10 years ago, living with his wife, a family history of father and mother with a history of diabetes. The work allowed the students involved the opportunity to experience an academic and professional education in the line of integrality of attention and special care to a diabetic patient in a condition of vulnerability due to visual impairment.

Keywords: Medical education; Diabetes mellitus; Home visits.

INTRODUÇÃO

A visita domiciliar tem sua história ligada a própria evolução da saúde pública nacional e dos recentes esforços em direção a um atendimento de saúde mais humanizado. No Brasil, atualmente, tem-se investido na medicina centrada na pessoa, com o modelo biopsicossocial, e o trabalho nas habilidades de comunicação, com destaque para a humanização no atendimento dentro do modelo de Atenção Básica à saúde (BRASIL, 2005).

Frente a isso, a visita domiciliar — prática realizada pelas equipes de saúde das Estratégias de Saúde da Família da Atenção Básica de Saúde— cuida não só do indivíduo que precisa de auxílio em seu problema de saúde mas também trabalha a sua família e o seu contexto social ao prestar um serviço de saúde sistematizado, com objetivos definidos no acompanhamento do paciente, possibilitando a solução de demandas existentes (CANHESTRO et al., 2005).

Em suma, compreende-se que as orientações realizadas por profissionais de saúde dentro das residências, ressalta uma ideia de comprometimento maior, havendo uma confiança mútua entre o profissional e o usuário, e quando a equipe é multidisciplinar, essas visitas tornam-se ainda

mais valiosas, devido aos conhecimentos diversificados e integrados, em busca da resolutividade (BRUM, et al., 2012).

Nessa perspectiva, Marques e Freitas (2009) afirmam que este serviço de saúde realizado no domicílio do paciente deve ser assumido pela equipe de saúde, pela família e pelo próprio usuário, em formato de co-responsabilização. Assim, a responsabilidade de cuidar do processo saúde-doença apresenta-se dividida. No ato da visita muitas dúvidas do paciente são sanadas de forma a construir os pilares da humanização no atendimento, estabelecendo vínculos de confiança entre paciente/família e o serviço de saúde, o que é de fundamental importância para a garantia de boa qualidade de vida dos envolvidos.

Para tais habilidades, as equipes de saúde e a equipe de estudante que participa das visitas domiciliares, necessitam de saberes e atitudes para uma interação, observação e comunicação que funcionem no contexto em que vivem esses pacientes, a fim de discernirem as necessidades de saúde existentes. Esta compreensão coerente do paciente é diretriz do SUS, que preconiza o entendimento integral do usuário em sua cultura, nível escolar, profissão, condição social e econômica para então intervir de forma efetiva e educativa para que este usuário realize seu tratamento de forma eficaz sem aumento de agravos e a diminuição de internações hospitalares (LOPES, SAUPE, MASSAROLI, 2008).

Diante desta temática da visita domiciliar, o presente trabalho tem como finalidade descrever a experiência de acadêmicos de medicina na realização de visitas à residência de um paciente com diabetes mellitus do tipo 2 que atualmente se configura em situação de Populações Especiais pois trata-se de uma pessoa com sofreu perda de visão devido a doença.

A respeito desse agravo de saúde endêmico, o Diabetes Mellitus está entre as principais doenças da atualidade e o número de pessoas atingidas cresce a índices alarmantes, fazendo de seus impactos um grave problema de saúde pública. (MELINSKI, 2014) Esta doença acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. (MAGALHÃES et al., 2012). No entanto, aproximadamente, 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24%, reconhecidamente portadores de diabetes, não fazem qualquer tipo de tratamento.

As complicações crônicas da doença são as principais responsáveis pela morbimortalidade desses pacientes (ALVES, 2006).

O diabetes mellitus está entre as 5 doenças com maior morbidade no Brasil e no mundo, chegando cada ano mais rápido ao topo da lista. Pelo menos 245 milhões de pessoas no planeta têm diabetes e um alto percentual vive em países em desenvolvimento. Em 30 anos, este número deve chegar a 380 milhões. No Brasil, cerca de 10 milhões de pessoas tem a doença e 500 novos casos surgem a cada dia. É uma doença metabólica em que há uma produção insuficiente ou nula

do pâncreas em produzir insulina. Em alguns casos, é caracterizada a resistência à insulina, o que acarreta num aumento anormal de glicose (açúcar) no sangue. Embora ainda não haja uma cura definitiva, há vários tratamentos e comportamentos que podem melhorar a qualidade de vida do paciente. (BRASIL, 2013)

Por isso, a preocupação dos gestores de saúde é em combater as causas e atenuar os prejuízos da progressão dessa desordem, que resulta no desenvolvimento de complicações vasculares e neurológicas. O diabetes mellitus pode ser diferenciado em quatro subclasses: no tipo 1 ocorre a destruição de células pancreáticas e consequente deficiência de produção de insulina; no tipo 2, o mais comum, há resistência à insulina e/ou deficiência relativa da produção desta, ocorrendo, geralmente, em pessoas com mais de 30 anos. (FENLEY et al, 2009; BRASIL, 2013).

É de grande importância levantar os impactos físico, mental e social do portador de diabetes para o planejamento de uma política de saúde pública mais humanizada, que considere o ser humano em suas várias dimensões. Algumas deformidades físicas são consideradas incapacitantes, pois atingem partes do corpo muito envolvidas em atividades laborais, como olhos, mãos e pés. Outras deformidades causam danos psicossociais interferindo na obtenção de um quadro saudável, segundo o conceito da Organização Mundial de Saúde, que compreende o completo bem-estar físico, mental e social (SCLIAR, 2007).

O paciente portador de diabetes sofre de várias complicações decorrentes da evolução da doença, uma vez que é de natureza plurimetabólica, afetando diversos sistemas do organismo. Nessa direção, vários estudiosos de saúde preconizam que, para qualificar o cuidado ao paciente diabético, há necessidade de buscar estratégias efetivas mediante uma abordagem integral, envolvendo avaliação nutricional, odontológica, médica, psicológica e realização de grupos operacionais para ensinar o auto-cuidado. Assim, a abordagem holística do paciente diabético é uma das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, pois a Estratégia Saúde da família é o principal programa para prevenção de doenças e promoção da saúde em âmbito nacional (OCHOA, VIGO K, 2005).

OBJETIVO

O objetivo desse Relato de Experiência foi descrever a vivência de seis estudantes do curso de medicina da Universidade Ceuma, que através do Eixo Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG), puderam participar de visitas domiciliares a um paciente cego portador de diabetes mellitus tipo 2. Tal debruçamento nesta experiência serviu como facilitador

em suas formações profissionais futuras, de maneira que foram levados a refletir sobre os aspectos potencializadores e dificultadores do cotidiano da Estratégia de Saúde da Família.

Tendo em vista o cumprimento das regulamentações propostas pelas DCNs por meio da matriz curricular do Curso de Medicina, a integração do Eixo de Humanidades Médicas (HM), Eixo de Iniciação Científica (IC) e o Eixo Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) firmou-se nesse Relato de Experiência pela atividade prática da visita domiciliar ao paciente em questão portador de diabetes para observação e avaliação do quadro de saúde deste, por parte dos estudantes.

Teve-se como objetivo com esta narrativa aproximar os estudantes do paciente, ao observarem as condições de saúde, contextos socioeconômicos, culturais, ambientais deste indivíduo e de sua família. Foi trazido para cerne das discussões temas explorados em sala de aula no Eixo de Humanidades Médicas (HM), tais como Atendimento a Populações Especiais, Vulnerabilidade, Atuação Multiprofissional, Humanização do Atendimento e Visita Domiciliar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho é um Relato de Experiência das vivências de seis alunos de medicina da Universidade Ceuma no contexto da Unidade Básica de Saúde do Bairro Bom Sucesso no município de Imperatriz-MA. Trata-se de um trabalho retrospectivo e descritivo que narra como os estudantes que vivenciaram ativamente o Eixo IESCG, obtiveram uma aprendizagem significativa na perspectiva da Humanização através de visitas domiciliares ao paciente em condição de vulnerabilidade.

Uma pesquisa foi realizada por meio de um levantamento bibliográfico em bases eletrônicas de dados (SciELO) com a finalidade de se obter uma fundamentação teórica sobre a temática das contribuições da visita domiciliar no cuidado ao paciente diabético e a respeito também da diabetes. O relato foi narrado de acordo com os encontros com o paciente E.M.S., primeiramente na Unidade Básica de Saúde e posteriormente em sua residência no bairro em que está adscrito no Bom Sucesso. Em seguida os alunos tiveram discussões junto a preceptora e agentes comunitárias de saúde, que transmitiram conhecimentos e saberes cotidianos a respeito da comunidade onde a Estratégia de Saúde da Família está inserida.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram realizadas três visitas domiciliares ao paciente E.M.S., no período de outubro a novembro de 2017.

Verificou-se na prática que o aprendizado na área de saúde não se limita a tornar o indivíduo adaptado à realidade mas inclui criar um sujeito ativo, capaz de transformá-la e intervir sobre ela, recriando-a. (FREIRE, 2002).

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Após a inicial familiaridade dos estudantes com o assunto de diabetes por meio de pesquisas bibliográficas para o Eixo IESCG, viemos a conhecer na Unidade Básica de Saúde Bom Sucesso, localizado na Vila Mariana do município de Imperatriz-MA, um paciente diabético masculino, 47 anos, identificado como E.M.S. Surgiu nesse encontro o interesse em explorar o tema da visita domiciliar ao paciente portador de diabetes.

O nosso primeiro contato com o E.M.S, foi no dia 18 de Outubro de 2017, na Unidade Básica de Saúde Bom Sucesso. Em primeiro instante foi realizado uma anamnese com E.M.S juntamente com nossa preceptora Nazaré Margalho que nos auxiliou nos procedimentos. O paciente relatou sobre suas condições de vida, a forma como estava tratando o diabetes e como a doença prejudicou a sua visão até a progressão de cegueira. E.M.S. mora com a esposa na Vila Mariana, esta trabalha fora e E.M.S

No segundo encontro, em uma visita domiciliar juntamente com nossa preceptora, a enfermeira Nazaré Margalho, datando 25 de outubro de 2017, foi realizada outra anamnese, na qual foi verificado que o paciente estava abatido, em virtude de sua perda da visão. Paciente referiu que não realizava mais seus passeios matinais, sentindo-se assim incapaz de ter praticar uma atividade física e usufruir de seu benefício. O grupo notou também que no ambiente de sua residência não havia adaptações necessárias para sua fácil locomoção independente. Além disso, pela manhã, geralmente, ele nos contou que costuma ficar em casa sozinho e sem auxílio de qualquer pessoa, o que possibilita possíveis acidentes. Um outro fator notório foi o fato dele possuir o pé diabético e feridas na pele, e não estar tratando de forma correta. Esta condição de saúde é bastante problemática e prejudica a vida de E.M.S. de diversas formas.

Na terceira visita, no dia 1º de novembro, o grupo realizou uma palestra acerca do Câncer de Próstata em campanha pelo Novembro Azul da saúde do Homem. E.M.S. compareceu e participou ativamente da palestra, fazendo perguntas e tirando suas dúvidas, pois, em uma visita que fizemos anteriormente, ele já havia mencionado problemas ao urinar, motivo de grande preocupação a ele. No decorrer da palestra, E.M.S. se identificou com alguns dos sintomas mencionados pelos e procurou se informar mais sobre o câncer de próstata. O grupo, então, o questionou se ele já havia realizado o exame de próstata e ele comentou que nunca tinha se preocupado em realizar o exame, porém, mediante o que ouviu na palestra e em comum aos seus sintomas relatados, que foi a dificuldade de urinar e o problema no jato da urina, resolveu se informar na Unidade Básica de Saúde ao final da palestra sobre como efetuar o exame e conseguiu encaminhamento para uma consulta com Urologista nas semanas seguintes.

O grupo concluiu no decorrer dessas semanas em que E.M.S foi acompanhado, que ele necessita de cuidados especiais com os seus pés e com a forma que ele aplica insulina, visto que ele mencionou que era ele mesmo que aplicava as injeções diariamente, o que deixou o grupo receoso, em virtude da ausência visual. Além disso, foi verificada a ausência de ajuda do governo na sua renda, pois, ele apenas recebe um benefício pequeno que não condiz com sua deficiência, cujo valor é bastante inferior ao salário mínimo. Em suma, é necessário que E.M.S seja acompanhado por uma equipe Multiprofissional que o auxilie na aplicação de sua medicação e que faça sempre a sondagem de como está a saúde de seu pé diabético.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a experiência acumulada, percebeu-se a importância de integrar o ensino teórico à prática, assim como desenvolver um olhar crítico para a saúde e fortalecer a formação humanizados futuros profissionais médicos tendo perfil para atuar no SUS, como recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais.

A integração do Eixo de Humanidades Médicas (HM), Eixo de Iniciação Científica (IC) e o Eixo Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) firmou-se como uma experiência enriquecedora para os estudantes envolvidos neste trabalho, pois, além de possibilitar o aprendizado mediante teorizações e discussões, com o desenvolvimento de diversas habilidades, também engajou paciente EMS e sua família na intervenção do processo saúde-doença.

É fundamental que essa interação entre a teoria e a prática vivenciada respalde a atuação do estudante e promova um espaço de construção, produção e troca de conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. L. S. et al. **Criação de um web site para enfermeiros sobre Pé Diabético**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.19, n.1, p. 56-61. 2006. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/w7fv45>> Acesso em 11 nov 2017.

BATISTA, F.; PINZUR, M.; MONTEIRO, A.; et al. **Educação em pé diabético**. Revista Einstein; vol.7, n.1, pág. 24-7, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília; 2004. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br>> Acesso em 11 nov 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda**. Brasília, 2005

CANHESTRO, M. R. et al., **A visita domiciliar como estratégia assistencial no cuidado de doentes crônicos**. REME – Rev. Min. Enf. 2005, v. 9, n. 3, p. 260-266.

FENLEY, J. C. et al. **Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes**. Acta Fisiátrica, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 14-18, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa**. Cienc. Cuid. Saude, 2008, v. 7, n. 2, p. 241-247.

MAGALHÃES, G. I; MUNDIM, A. V; OLIVEIRA, C, M, De; JUNIOR, C. A. M. **Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C**. HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 361-367, jul./set. 2012

MARQUES, G. Q; FREITAS, I. B. A. **Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde Porto Alegre, Brasil**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, v. 43, n. 4, p. 825-832.

MELINSKI, M. C.; GIRARDI, D. R. **Diabetes e Hanseníase: Estigma e Cura, análise por meio de Redes Bayesianas**. Caderno de Iniciação Científica - FAE Business School , v. 15, p. 187-194, 2014.

MENEZES, T.L.S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. **O processo de educação em saúde na prevenção e controle do pé diabético: implicações para o enfermeiro no processo de atenção básica**. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.1.p.04-06, 2009.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A.E. **Pé diabético: estratégias para prevenção**. Acta Paulista de Enfermagem; vol.18, n.1, pág.100-109, 2005.

OLIVEIRA, R.F. **Diabetes dia-a-dia: guia para o diabético, seus familiares, amigos e membros das equipes de saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Physis: Revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

**PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE DO HOMEM: UM RELATO DE
EXPERIENCIA**
MEN'S HEALTH PROMOTION AND PREVENTION: AN EXPERIENCE REPORT

Nády Lys Ferreira Aguiar¹
Antonio Zandre Moreira Lopes¹
Rodrigo da Silva Plácido¹
Nayana Nazaré Pessoa Sousa Ximenes¹
Bruno Russo Porchera¹
Bruno Nunes Arruda¹
Gabriel Varão da Silva¹
Marta Raquel Silva do Carmo²
Carla Araújo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência em uma ação do Novembro Azul, desenvolvido pelo grupo de acadêmicos de medicina da Universidade CEUMA, com a população atendida na Unidade Básica de Saúde Maria Aragão. O objetivo do trabalho foi descrever a experiência vivenciada acerca do trabalho em equipe frente à proposta de promover a promoção e prevenção do câncer de pênis e de próstata em uma comunidade adscrita de Imperatriz- MA. A intervenção foi realizada em 1 de novembro de 2017 na sala de espera da UBS Maria Aragão, os ouvintes foram formados, na sua maioria, por homens. Foram levantadas as principais dúvidas que os ouvintes tinham sobre o câncer de próstata e de pênis, que foram esclarecidas no decorrer da ação, por meio de uma palestra educativa, com auxílio de peças anatômicas do órgão genital masculino. Buscou-se com esse estudo integrar o universo masculino, permitindo adotar práticas que servem de alerta e clarificar sobre as principais enfermidades que possam acometê-los. A experiência vivenciada contribuiu para fortalecer o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade na Unidade Básica de Saúde, assim como, o incentivo para criação de políticas de saúde, para o enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde.

Palavras-chaves: Câncer de próstata; Educação em saúde; População masculina; Prevenção; Promoção.

ABSTRACT

This article is an experience report of an action of the Blue November developed by the group of medical students of the CEUMA University, with the population attended at Maria Aragão Public Health Service. The aim of this study was to describe the experience of teamwork in relation to the proposal to promote the promotion and prevention of penile and prostate cancer in a community of Imperatriz-MA. The intervention was performed on November 1, 2017 in the waiting room of the Maria Aragão Public Health Service, the participants were formed mostly by men. The main doubts that the participants had about prostate and penile cancer were raised, which were clarified during the action, through an educational lecture, with the help of male genital anatomical pieces. This study aimed to integrate the masculine universe, allowing to adopt practices that serve as an alert and to clarify about the main diseases that can affect them. The lived experience contributed to strengthen the bond of the health professionals with the community at Public Health Service, as well as, the incentive to create health policies, to face different realities of life and health.

Keywords: Prostate cancer; Health education; Male population; Prevention; Promotion.

INTRODUÇÃO

O homem apresenta um conjunto de características próprias, que são mantidas desde o período primitivo, onde a força, a invulnerabilidade, virilidade, trabalho e ser chefe de família se tornaram um dos fatores responsáveis pela desvalorização do seu autocuidado (SILVA et al., 2010; SILVA, 2010). Observa-se que os homens necessitam de políticas de atenção à saúde, as quais objetivam a promoção e prevenção em prol de uma atenção mais significativa das ações de saúde específicas ao homem e seu reconhecimento nas condições sociais, tornando-se consciente a vulnerabilidade de adquirir patologias propensas ao homem (NEVES, 2010).

Segundo Carrara et al., (2009), a proposta inclusiva dos homens em ações de saúde é desafiadora, por não terem reconhecimento do cuidado e valorização do corpo no propósito da saúde como questões sociais. O preconceito existente em relação ao gênero masculino é evidente, pois é pouco discutida e abordada, além de haver uma escassez de conhecimentos nas campanhas de saúde pública que não são voltadas a este segmento da população (ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2010).

A Unidade Básica de Saúde é o melhor local para educar e estimular a comunidade masculina a adotar hábitos preventivos. A prevenção é veiculada a uma ação orientada, cuja finalidade é não permitir que o indivíduo adoça, e assim, possa ter melhor qualidade de vida. E

para a prevenção e promoção da saúde da população masculina é necessário o envolvimento com informações importantes, buscando a incorporação de hábitos preventivos (SILVA et al., 2010).

Em vista disso, em decorrência do dia 17 de novembro protagonizar o dia do câncer de próstata, determinou-se que, no mês de novembro, seria realizado o “Novembro Azul”, uma campanha de conscientização dirigida à sociedade e, em especial, aos homens, para conscientização a respeito de doenças masculinas, com ênfase na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de próstata e alertando sobre o câncer de pênis que, segundo o Instituto Nacional do Câncer, estimou mais de 4.600 casos de câncer de pênis no Brasil, sendo a região Nordeste, a mais prevalente (INCA, 2010).

Refletindo sobre isso, decidiu-se promover uma palestra de conscientização para alertar, tanto a população masculina, quanto a comunidade em geral, quanto a prevenção, promoção e adesão do homem ao serviço primário de saúde, e o conhecimento da população masculina sobre os fatores de risco do câncer de próstata e de pênis. E ainda, reduzir no sistema público de saúde as taxas de morbidade e mortalidade.

O presente estudo teve como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de medicina acerca do trabalho em equipe frente à proposta de promover a promoção e prevenção do câncer de pênis e de próstata em uma comunidade adstrita de Imperatriz- MA.

MATERIAL E MÉTODOS:

O presente estudo é um relato de experiência, com caráter observacional da experiência vivida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria Aragão, que abrange as microáreas: Alvorada I, Alvorada II e Vilinha no Município de Imperatriz-MA. Foi organizado um evento com proposta de educação em saúde do homem, em prol da campanha novembro azul, o movimento comemorado em todo o mundo, quando teve início o Movember, movimento cujo nome surgiu da junção das palavras moustache (bigode, em inglês) e november (novembro em inglês), na Austrália.

A iniciativa se alastrou, sendo adotada por vários países, inclusive o Brasil, como forma de chamar a atenção dos homens para a importância da prevenção do câncer de próstata. Hoje, o movimento já atinge mais de 1,1 milhões de pessoas em campanhas formais em países como Austrália, Nova Zelândia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Finlândia, Holanda, Espanha, África do Sul e Irlanda. Seu objetivo principal é mudar os hábitos e atitudes do público masculino em relação a sua saúde e seu corpo, incentivando assim, o diagnóstico precoce de doenças como o câncer de próstata (BRASIL, 2016).

Os participantes foram formados, na sua maioria, por homens que se encontravam no local, por livre demanda e/ou agendamento; e por mulheres que também se interessaram sobre o assunto com o intuito de repassar para seus companheiros e familiares.

Como recurso para promoção e prevenção da saúde do homem foi realizado uma palestra educativa sobre a prevenção do câncer de próstata e de pênis e demonstrado a anatomia do órgão genital masculino onde foram utilizadas peças anatômicas artificiais fornecidas pela instituição de ensino UNICEUMA, para a correta orientação da lavagem do pênis e a utilização de preservativos (masculinos) e também a distribuição de panfletos educativos, lacinhos azuis e preservativos masculinos. A duração da palestra foi de 50 minutos, e em seguida o tempo foi destinado a sanar as dúvidas e perguntas dos ouvintes.

Em seguida foi oferecido um café da manhã com objetivo de criar um maior vínculo entre profissionais da saúde e comunidade.

No mesmo evento, a comunidade também foi convidada a participar de aferição de pressão arterial e teste de glicemia como forma de promoção e prevenção de doenças cardiovasculares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram coletadas, somente para fins de *feedback*, com a equipe de acadêmicos de medicina, 20 respostas de homens que participaram da palestra Novembro Azul: um toque pela vida. Com relação à pergunta “O que você achou da palestra?“, 100% dos ouvintes responderam que foi bom, muito bom ou excelente. No item seguinte, “Quanto à programação apresentada (palestras e avaliação do nível glicêmico e pressão arterial), você acha que foi proveitoso?“, novamente a maioria (97,3%) dos ouvintes respondeu que sim e (2,7%) responderam que não foi proveitoso.

Quanto ao ambiente e tempo de duração das apresentações feitas na sala de espera de atendimento da UBS, a maioria (83,9%) respondeu como sendo adequado e (16,1%) como não adequado. Um dos ouvintes da palestra, que não achou adequado o local da palestra, relatou que o ambiente era muito “barulhento”, tornando as informações de difícil compreensão.

A maioria (95,5%) aprovou os materiais disponibilizados no evento. Nos comentários foram feitas várias observações sobre a atividade. Uma sugestão frequente foi a realização de mais palestras. Outra sugestão importante foi a de incluir, nas visitas domiciliares, mais informações sobre como são feitos os exames. A maioria dos comentários destacou que estes eventos são momentos acadêmicos que devem servir para aproximar a comunidade dos estudantes e eles com os profissionais de saúde, demonstrando uma boa aceitação dos acadêmicos por parte dos usuários e mostram suas opiniões e perspectivas de que a ação desenvolvida pelos acadêmicos contribui na melhoria da qualidade do serviço prestado na Unidade Básica de Saúde. A percepção da realidade

das pessoas, das suas condições de vida, cultura e costumes enriquece a concepção do processo saúde-doença, na qual compreendem os determinantes e as relações das doenças com o modo de vida e trabalho das pessoas. Essa concepção possibilita uma mudança no cuidado à saúde dos usuários, família e comunidade, a qual permite um cuidado mais voltado para as ações de vigilância à saúde, o que leva à integralidade no cuidado do paciente, aprimorando, assim, as ações de atenção à saúde (FERREIRA, SILVA, AGUER, 2016).

Uma questão levantada por vários alunos é da necessidade da ativação do auditório existente na UBS. Porém, se encontra inativo devido à falta de infraestrutura e investimento de recursos e pessoas. Com relação à distribuição dos panfletos, lacinhos azuis e preservativos comentaram que foi muito boa como sendo um meio de divulgação pela comunidade. Nos comentários gerais sobre a palestra, os ouvintes destacaram a importância de conhecer os sinais e sintomas e as medidas necessárias para a prevenção e tratamento. Vários ouvintes agradeceram e parabenizaram pelas atividades. A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença. Esse compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços (ALVES, 2015). As opiniões dos usuários indicam que a maioria dos discentes reconhece a importância da valorização dos saberes da comunidade, já que, por meio do diálogo e da troca de conhecimentos, favorece-se o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada contribuiu para fortalecer o vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade na UBS, assim como o incentivo para a criação de políticas de saúde voltadas para a comunidade local, induzindo o provimento e favorecendo uma futura fixação de profissionais da saúde capazes de estabelecer a promoção, prevenção, adequando o enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde desenvolvidos na atenção básica dentro da estratégia de saúde da família. A palestra teve seu objetivo alcançado, visto que, a resposta da comunidade ao evento foi satisfatória para os pesquisadores, com a participação da população, seja com questionamentos e com relatos de vivências, somado a isso, se tem a satisfação dos pesquisadores, que se fizeram por entendido em suas explanações e puderam com conhecimento adquirido previamente em pesquisas bibliográficas responder as perguntas feitas pela comunidade, podendo esclarecer dúvidas e transferir a importância da prevenção das doenças do aparelho reprodutor masculino, dando ênfase ao câncer de próstata e de pênis.

REFERÊNCIAS

ALBANO, B.R.; BASÍLIO, M.C.; NEVES, J.B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, 2010;

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*. 2005 Fev; 9 (16): 39-52. [on-line]. [citado 2015 Mar 14]. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832005000100004&lng=en&nr m=iso

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer, 2016.

CARRARA, S; RUSSO A. Jane; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2009;

FERREIRA, RC, SILVA, RF, AGUER, CB. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2016;

INCA. **ABC do Câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

SILVA, M.E.D.C.; ALVARENGA, W.A.; SILVA, S.S.; BARBOSA, L.D.C.S.; ROCHA, S.S. Resistência do homem às ações de saúde: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista Interdisciplinar**, v.3, n.3, 2010;

**O PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE:
RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
THE PRINCIPLE OF UNIVERSALITY IN ACCESS TO HEALTH SERVICES: REPORT OF
EXPERIENCE IN A BASIC HEALTH UNIT**

Gabriella Ferreira Salani¹
Maria Eduarda Coelho Oliveira¹
Pâmella Sanglard Oliveira Moraes¹
Pedro Ricardo Ferreira De Oliveira¹
Priscila Anne Monteiro Guimarães¹
Nilcelete dos Santos Vieira²
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

A universalidade baseia-se no fato legal de que todos os cidadãos brasileiros têm direito à saúde. O Estado é o provedor dos serviços e responsável em garantir o acesso às ações necessárias para a manutenção da saúde da população brasileira de forma igualitária, visando a redução dos riscos no processo saúde-doença, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O presente trabalho é um relato de experiência, cujo objetivo é caracterizar o princípio da universalidade que rege o Sistema Único de Saúde, bem como analisar sua aplicabilidade no atendimento aos pacientes na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Nova no Município de Imperatriz-MA. A base metodológica utilizada foi a observação do atendimento a pacientes na atenção primária. Houve análise quantitativa, baseada em dados fornecidos pela UBS Vila Nova, referente aos atendimentos realizadas no período de agosto a outubro de 2017. Constatou-se que a população do bairro é de aproximadamente 7.990 pessoas, e apenas 5.676 são cadastradas na Estratégia Saúde da Família. Assim, foi observado que acesso à saúde é limitado. Dessa forma, através dessa análise, verificamos que o princípio da universalidade não é aplicado de forma eficiente.

Palavras-Chave: Atenção primária. Universalidade. Saúde pública.

ABSTRACT

The universality is based on the legal fact that all Brazilian citizens have the right to healthcare. The State is the provider of services and responsible for ensuring access to the actions necessary for the maintenance of the health of the Brazilian population in an egalitarian manner, aiming at reducing risks in the health-disease process, as well as universal and equal access to actions and services promotion, protection and recovery of health. The present work is an experience report, whose objective is to characterize the principle of universality that governs the Unified Health System, as well as to analyze its applicability in the care of patients in the Basic Health Unit (UBS) Vila Nova in the Municipality of Imperatriz-MA. The methodological basis used was the observation of care to patients in primary care. There was a quantitative analysis, based on data provided by UBS Vila Nova, referring to the visits performed in the period from August to October 2017. It was verified that the population of the neighborhood is approximately 7.990 people, and only 5.676 are registered in the Family Health Strategy. Thus, it was observed that access to health is limited. Thus, through this analysis, we verify that the principle of universality is not applied efficiently.

Keywords: Primary care; Universality; Public health.

INTRODUÇÃO

A conquista da saúde como direito impresso na Constituição de 1988 trouxe, dentre os princípios, a universalidade do acesso (SOUSA, 2014). Inicialmente, este princípio teve como função romper a linha divisória que existiu ao longo da história da saúde no Brasil, na qual havia um direito restrito a assistência médica individual, exercido pelos trabalhadores que tinham emprego formal e contribuía diretamente com a previdência social. Segundo Sousa, 2014, os que não conseguiam entrar no mercado de trabalho eram tratados como indigentes, dependentes de ações das organizações filantrópicas e submetidos às práticas clientelistas.

Com a Reforma Sanitária e a aprovação da Constituição Federal de 1988, a universalidade ganha duas dimensões: uma ampla, que é a legal, de garantia da saúde para todas as pessoas sem distinção; e uma restrita, que é a real, a qual se reflete na negação desse direito, seja por falta de vagas no atendimento em função da crescente demanda, seja pela falta de estrutura, de recursos ou de profissionais habilitados e que se veem obrigados a recorrer ao mercado, contribuindo com a ampliação do setor privado (SOUSA, 2014).

Nessa perspectiva, o Sistema Único de Saúde – SUS, é formulado. Resultando de uma proposta de instituição, como um sistema universal, no qual todos tivessem acesso à saúde. Ao longo de sua existência construiu uma base jurídico e institucional legal concorrendo com o

sistema privado. Na concepção Sousa, 2014, o SUS foi inspirado em experiências universalistas do Estado de bem-estar europeu e se constituiu em um legado de crenças democráticas e socialistas que fizeram parte do processo de redemocratização do país, na década de 1980. Entretanto, não se transformou em um modelo redistributivo, público, universal e integral em sua totalidade.

Para Mosegui, 2012, o SUS deve ser entendido como um processo em marcha de produção social da saúde, que não se iniciou em 1988, com a sua inclusão na Constituição Federal, nem tampouco tem um momento definido para ser concluído. Ao contrário, como expressa Aguiar, 2011, resulta de propostas defendidas ao longo de muitos anos pelo conjunto da sociedade e por muitos anos ainda estará sujeito a aprimoramentos.

Segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (APM, 2008).

O acesso universal, expresso pelo princípio da universalidade - um dos princípios finalísticos do SUS - significa que, ao SUS compete atender a toda população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços privados conveniados ou contratados com o poder público (MOIAMAZ, 2010).

Assim, a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, o SUS foi regulamentado com base em diretrizes e princípios que visam garantir o acesso integral, universal e gratuito para toda população do país, como está previsto no Artigo 5º da Constituição Brasileira (AGUIAR, 2010).

De acordo com Solha, 2014, o conceito de universalidade baseia-se no fato legal de que todos os cidadãos brasileiros têm direito à saúde, sendo o Estado o provedor dos serviços. Assim, o Estado deve garantir o acesso aos serviços e ações necessárias para a manutenção da saúde da população brasileira de forma igualitária, sem discriminações de quaisquer origens.

Atualmente, espera-se que este princípio seja cumprido, de acordo com o proposto pelas Políticas Públicas de Saúde, por todos os envolvidos nos serviços prestados pelo SUS, para fins de melhoria nas condições de vida e saúde da população brasileira. Entretanto, quase trinta anos após a criação do Sistema Único de Saúde, ainda se enfrentam muitos problemas relacionados à prática dos seus princípios, dentre eles: o não cumprimento de forma eficaz do princípio da universalidade nos locais públicos de saúde (MOIAMAZ, 2010).

Diante da importância de sua aplicabilidade nos serviços de saúde do país, o presente trabalho tem como objetivo descrever um relato de experiência, contemplando a reflexão efetuada

por acadêmicos do 1º período de Medicina da Universidade CEUMA campus Imperatriz/MA, demonstrando a percepção dos alunos diante da qualidade dos serviços prestados na atenção primária do SUS, no atendimento aos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, no bairro Vila Nova em Imperatriz MA, com ênfase na aplicação do princípio da universalidade.

A atividade foi desenvolvida para contemplar os eixos de Humanidades Médicas - HM, Iniciação Científica - IC e Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão – IESCG, visando a formação crítica dos acadêmicos de medicina, com base em um saber científico e com vistas à obtenção de profissionais mais qualificados e humanizados, aptos para atuação no sistema público de saúde do país.

MATERIAL

O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Imperatriz/MA, no bairro Vila Nova.

O trabalho foi desenvolvido pela formação de um grupo de 5 (cinco) acadêmicos do primeiro período do curso de Medicina da Universidade CEUMA – Campus Imperatriz/MA e supervisionado por professores da universidade CEUMA dos eixos IC - Iniciação Científica, HM -Humanidades Médicas e IESCG – Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão, disciplinas que compõem a grade curricular do curso de medicina, responsáveis pela orientação do grupo e estabelecimento de vínculos entre os alunos e os serviços de Atenção Primária.

A experiência na UBS, foi desenvolvida durante o período de estágio no eixo IESCG orientado pela preceptora e Enfermeira que atua na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS, tendo como função o acompanhamento dos discentes e sua inserção nas unidades.

MÉTODOS

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, acerca das observações no atendimento a usuários do serviço público de saúde, com a respectiva análise de dados quantitativos referentes a atendimentos e consultas realizadas na UBS do bairro Vila Nova, no período de agosto de 2017 a outubro de 2017.

A partir das observações realizadas pelos discentes, tendo em vista o conhecimento adquirido sobre o princípio da universalidade, foram realizadas discussões e reflexões sobre os processos de atendimento aos usuários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é:

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL 1988).

O Sistema Único de Saúde - SUS foi definido pela Constituição de 1988, através de diretrizes previstas no artigo 198, e regulamentado em 19 de setembro de 1990, por meio da Lei 8.080, a qual definiu o seu modelo operacional, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. (AGUIAR, 2011).

Dentre os princípios instituídos pelo SUS, podemos ressaltar o princípio da universalidade, objeto de discussão do presente trabalho, que segundo Aguiar, 2011, determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito, de forma gratuita, ao acesso às ações e serviços de saúde.

Contudo, na prática, verificamos que a prestação de serviços da saúde não é usufruída por todos os cidadãos, em virtude de inúmeros fatores como a quantidade insuficiente de profissionais para atender a grande demanda de pessoas, estrutura física insuficiente para oferecer atendimento de qualidade, aplicação das verbas públicas destinadas à saúde de forma inadequada.

Atualmente, tal situação torna-se recorrente nos diversos níveis de complexidade da Unidade Básica de Saúde (UBS), fazendo com que muitas pessoas que necessitam da prestação de serviços de saúde, fiquem sem atendimento, quando na verdade tal atendimento deveria ser prestado de forma universal, conforme previsão na Carta Magna. (MOIAMAZ, 2010).

Esse é o atual quadro que observamos na UBS em Imperatriz/MA. A UBS conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos sistemas de referência e contrarreferência.

Segundo dados adquiridos na UBS, a população estimada do bairro Vila Nova totaliza, aproximadamente, 7.990 pessoas, e 5.676 são cadastradas na ESF. Diante de tais informações, podemos constatar que grande parcela de habitantes desse bairro não são assistidos pela ESF, conforme Tabela 1.

É frequente a formação de filas pela população, ao redor da UBS em busca de vagas para atendimento. Porém, esse objetivo não é atingido por todos, haja vista que os atendimentos são limitados, pela quantidade deficiente de profissionais, acarretando que muitos fiquem sem atendimento e acompanhamento. Verifica-se, portanto, que existe uma desproporcionalidade entre a quantidade de profissionais da saúde e a quantidade de pessoas a serem atendidas.

Outro problema enfrentado é a escassez de equipamentos, medicamentos, materiais, bem como salas para acolher todos que necessitam da prestação dos serviços de saúde, o que inviabiliza a aplicação do princípio da universalidade.

De acordo com Mosegui, 2012, a deficiência no repasse de verbas pelo governo federal é outro obstáculo enfrentado para a implantação de melhorias na saúde, para a melhoria na estrutura dos estabelecimentos hospitalares e das UBSs, para a contratação de mais profissionais para atendimento e, conseqüentemente, para a aplicação do princípio da universalidade, previsto constitucionalmente e objeto do presente trabalho. Cabe ainda salientar, nesse contexto, a aplicação inadequada de tais verbas pelos governos municipais.

Percebemos que, das famílias cadastradas, os atendimentos e consultas efetivadas, ficam aquém do que é necessário para suprir as necessidades da população, demonstrado através da Tabela 2.

Com base em tais dados, o grupo de alunos pôde comprovar que o acesso à saúde não é possível a todos e que o princípio da universalidade não é aplicado de forma eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de experiência enriqueceu os nossos conhecimentos como alunos do curso de Medicina, no sentido de refletirmos sobre a importância de nos tornarmos médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos diante da aplicação de princípios fundamentais que regem o SUS.

Observamos de maneira prática, que apesar de o direito à saúde ser fundamental à toda a população, bem como os princípios e diretrizes do SUS estarem previstos em Constituição e regulamentado na lei federal nº. 8080/90, a realidade diferencia-se do esperado.

Através de uma análise observacional e quantitativa na UBS em Imperatriz/MA, pudemos verificar que o princípio da universalidade, não é aplicado de forma eficiente.

Diante dos dados apresentados, observamos que os atendimentos e consultas não são suficientes para toda a população que deve ser assistida pela UBS, e mesmo as famílias cadastradas para serem atendidas pela UBS, estão abaixo do número estimado da população.

Através de observações da dinâmica da UBS, também foi constatado a formação de filas de pacientes, em busca de atendimento, identificada como grande dificuldade, e a necessidade de chegar de madrugada para obter acesso ao serviço. Constatamos que várias são as causas para essa realidade, quais sejam: desproporcionalidade entre quantidade de profissionais contratados e o número de pessoas que precisam ser atendidas, deficiência na estrutura física da UBS e aplicação irregular de verbas públicas na saúde, para que assim, haja uma estrutura adequada.

Diante do exposto, constata-se que, para o princípio da universalidade ser aplicado de forma adequada e eficiente, considerando a saúde como um direito e garantia fundamental, muito

deve ser feito, a saber uma formação profissional humanista e profissionais empenhados no bem-estar do cidadão. Assim, muitos pacientes passarão a ter acesso à saúde de qualidade e o princípio da universalidade se aproximará do ideal pretendido.

Tabela 1 – População do bairro Vila Nova

	Cadastrada	Estimada
ESF - Vila Nova 1	2.688	3.810
ESF - Vila Nova 2	2.988	4.180
Total	5.676	7.990

Tabela 2 – Atendimentos realizados agosto de 2017 a outubro de 2017

	Agosto	Setembro	Outubro
Dermatologia	173	120	278
Clínica Médica	277	300	443
Consulta de Enfermagem	170	112	83
Pré-Natal	15	20	10
Total	635	552	814

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS (Sistema Único de Saúde)**. São Paulo: Martinari, 2011.

APM, Associação Paulista de Medicina. **O que Você Precisa Saber Sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2008.

ASENSI, Felipe Dutra. Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%ABlico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf?sequence=1> > Acessado em: 05/11/2017

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

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba, et al. **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 20, 2010.

MOSEGUI, Gabriela B. G. **O Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e lógica organizativa, Avanços e Desafios.** Universidade Federal Fluminense, 2012. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Aula_3_SUS.pdf.> Acessado em: 05/11/2017.

SOLHA, Raphaela K. T. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas.** 1. ed. São Paulo: Érica, 2014.

SOUSA, Aione Maria da Costa. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos.** *Rev. Katálysis*. Santa Catarina, vol. 17, n. 2, 2014.

**VISITA DOMICILIAR COMO FORMA DE APRENDIZAGEM NO AUXÍLIO AO
PACIENTE DIAGNOSTICADO COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: RELATO
DE EXPERIENCIA DE ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE CEUMA –
IMPERATRIZ**

**HOME VISIT AS A LEARNING FORM IN THE AID TO THE PATIENT DIAGNOSED
WITH SYSTEMIC LUPUS ERITEMATOSO: EXPERIENCE REPORT OF CEUMA -
IMPERATRIZ UNIVERSITY MEDICINE STUDENTS**

Antonia Eduarda Moreira Ferreira¹
Iohana Gabriela Silva Pereira¹
Lara Carolline Guidi¹
Maria Eduarda Dos Passos Carvalho¹
Maria Vitoria Rodrigues Passarinho¹
Mauricio Nascimento Ribeiro Filho¹
Tamyres Vieira Costa²
Marcelo Hubner Moreira³
Carla Araujo Bastos Teixeira³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Estudo descritivo, com objetivo de relatar a experiência vivenciada na Unidade Básica de Saúde AIRTON SENNA pelos estudantes da Universidade CEUMA, do primeiro período do curso de Medicina, de Imperatriz-MA. As atividades de visita domiciliar ao adolescente portador de Lúpus foram realizadas pelos alunos e a equipe da UBS, durante os meses de agosto de 2017 a novembro de 2017. Foram executadas atividades nas quais caracterizam a visita domiciliar, como as condições psicossociais em que o paciente se encontra. Além disso, foram observadas as mudanças que ocorreram no decorrer do tempo causado pela patologia. Tal atividade contribuiu para a construção e aprimoramento da humanização médica e melhora médico-paciente-família.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Humanização; Atenção básica; Lúpus.

ABSTRACT

Descriptive study, with the objective of reporting the experience lived in the Basic Health Unit AIRTON SENNA by the students of the CEUMA University, from the first period of the Medicine course, in Imperatriz-MA. The home visit activities for the adolescent with Lupus were carried out

by the students and the UBS team, from August 2017 to November 2017. Activities were carried out in which the home visit is characterized, such as the psychosocial conditions in which the patient is found. In addition, changes that occurred over time caused by the pathology were observed. Such activity contributed to the construction and improvement of medical humanization and improvement of doctor-patient-family.

Keywords: Home visit; Humanization; Basic care; Lupus.

INTRODUÇÃO

O Lúpus é uma patologia autoimune rara, caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. Os sintomas podem surgir em diversos órgãos, de forma lenta e progressiva, pode se desenvolver em meses ou semanas e variam com fases de atividade e de remissão. Nessa patologia, o sistema imunológico produz anticorpos, podendo atacar um órgão não necessariamente infectado, o considerando corpo estranho. Essa reação pode gerar falência de órgãos, sendo mais comum em rins, pulmões, pele e articulações. Tal doença não possui um modo de prevenção, e apesar de não haver cura, um tratamento adequado pode assegurar uma vida razoável ao paciente (FREIRE, 2011).

Para que os cuidados básicos ao paciente portador da patologia sejam feitos adequadamente, é primordial que sejam realizadas ações de integração dos profissionais da saúde, como também familiares e os pacientes, com a intenção de controlar o agravo da doença, não esquecendo de levar em consideração as condições e necessidades do paciente, como também suas limitações, incluindo suas incapacidades físicas e mentais (PINHO, 2006).

A atenção básica visa contemplar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Dessa forma, a articulação de meios que correlacionem educação e saúde, objetiva a promoção da conscientização do paciente na escolha dos hábitos de vida que favoreçam a minimização de riscos e possibilitem um amparo maior da população com relação à saúde, possibilitando uma vida mais saudável. Além disso, visa a sensibilização e humanização do médico, objetivando a melhor relação médico-paciente-família (BRASIL, 2017).

Outrossim, teve como foco a relação familiar e social com o paciente, analisando os aspectos que poderiam ser prejudiciais ou benéficos ao mesmo. Diante disso, observamos que a doença física, associada aos fatores psicossociais, podem afetar o paciente de uma maneira preocupante, trazendo maiores complicações no seu processo de recuperação. Assim, ponderamos o quanto são importantes a visão holística e a humanização que é proposta ao profissional pelo

SUS no tratamento ao indivíduo que necessita, não somente do cuidado físico, mas também psíquico.

Ademais, o objetivo principal do relato foi analisar o trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS) com relação a atender as necessidades do paciente de acordo com suas limitações causadas, ou não, pela patologia apresentada. Tal ação, conta com a atuação da equipe multiprofissional que compõe a estratégia de saúde da família com o auxílio principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde, que trabalham em prol da aproximação do médico ao paciente e vice-versa. Encontram-se residindo na comunidade na qual representam para que seja melhor entendido as necessidades de cada paciente, prezando pela proximidade e equidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

O eixo integração, ensino, serviço e comunidade e gestão (IESCG), juntamente com a Universidade CEUMA, campus Imperatriz, leva em consideração ações como visitas domiciliares, a fim de avaliar pacientes portadores de diversas patologias. Entretanto, especificamente neste relato, foi realizado o acompanhamento de um paciente acometido por lúpus eritematoso sistêmico.

Trata-se de um relato de experiência, realizado por alunos do curso de medicina do primeiro período da Universidade CEUMA. Para a realização do presente relato, foi utilizado a técnica de visita domiciliar, ecomapa, genograma e acompanhamento com a equipe do Núcleo de Assistência e Saúde à Família (NASF) ao paciente, com o qual foram realizados três encontros, no período de agosto a novembro de 2017.

A coleta de materiais para o relato de experiência foi realizada no domicílio, cuja condições não eram desfavoráveis, pois as relações familiares eram conflituosas e acredita-se que poderiam agravar o quadro do mesmo.

Em todas as visitas domiciliares foi evidenciada a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional proposta pelo SUS, que tem por finalidade atuar nos diversos setores que possam comprometer a saúde do paciente. Neste caso, em especial, a participação de um nutricionista, concomitante a de um psicólogo, poderiam dar resultados significativos de melhora do caso.

O uso do familiograma foi um método de destaque, pois pôde-se estabelecer e classificar as relações dentro da própria família, além de relacionar fatos que poderiam agravar a doença, ou ainda poderia estar sendo prejudicado dentro de sua própria moradia pela própria família.

O ecomapa foi de extrema relevância, pois apontava como o paciente reagia às suas relações extrafamiliares, como a influência da suspensão à ida na escola mudou o seu comportamento, como a mudança da feição do rosto devido à expansão e manifestação da doença

poderia vir a afetar as suas relações. Nestes casos que há uma demanda da psicologia para que o enfermo possa lidar com situações adversas que venham a acontecer no cotidiano.

Todos os dados foram coletados para a apresentação desse relato que tem por finalidade descrever as experiências vivenciadas pelos estudantes, juntos com a preceptora e agentes comunitárias de saúde, nas visitas domiciliares, que são realizadas mensalmente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após estudos e experiências adquiridas pelos alunos a respeito do lúpus, e o que a patologia pode causar ao indivíduo, percebemos o quanto o acompanhamento da equipe do NASF e da UBS são importantes para a recuperação do paciente.

O NASF é uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de saúde da família, das equipes da Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade delas (VILELA, 2003).

Durante o acompanhamento, o trabalho de um fisioterapeuta e uma psicóloga da equipe, trouxeram melhora significativa tanto na parte física quanto familiar. Além disso, a UBS faz um papel importante, já que promove a saúde, previne os agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação da mesma e autonomia das pessoas e no que determina e condiciona a saúde de uma forma geral (SCLIAR, 2007). Nesse sentido, o resultado de um tratamento mais eficaz é visível.

Vale lembrar que a responsabilidade e a humanização são necessárias na prestação da assistência técnico-científica, pois permitem a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder as demandas do usuário e, conseqüentemente, reduzem a centralização do atendimento nas consultas médicas, além de melhor utilizar o trabalho dos demais profissionais que atuam na UBS, cenário este que é possível perceber na UBS AIRTON SENNA, em Imperatriz-MA.

Observamos também que nem todas as pessoas manifestam o lúpus da mesma maneira, pois os sintomas variam de acordo com a fase em que a enfermidade se encontra e o local no qual existe a inflação. Ademais, por ser uma doença crônica, o lúpus não tem cura. Desse modo, só é possível controlá-lo com medicamentos e adoção de hábitos como a prática de atividade física na fase em que a doença não estiver ativa, prevenir de infecções e evitar a exposição ao sol, medidas estas que foram passadas ao paciente no momento das visitas domiciliares (BERBET, 2006).

Como resultado, percebemos a melhora do paciente referente à comunicação com os alunos, menos timidez e vergonha a cada encontro. No primeiro contato o mesmo se encontrava

deitado em uma cama, chorando, não conversava e não queria se levantar. Após instruções de membros da UBS, foi evidente a melhora a cada visita realizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que os cuidados ao paciente nem sempre é realizado como os profissionais de saúde esperam. Além disso, é de extrema importância a participação não só da equipe multiprofissional, mas principalmente da família do paciente, pois são as pessoas que possuem mais proximidade, colocando assim em prática os devidos cuidados indicados pelos profissionais da unidade básica de saúde (VILELA, 2003).

Diante deste relato, percebe-se que o acompanhamento de pacientes que possuem Lúpus demanda profissionais comprometidos, que possuam capacidade para tratar o paciente de acordo com suas necessidades e limitações, fazendo com que ocorra um tratamento de qualidade para com o mesmo (PINHO, 2006). Assim, todas as ações devem atender às especificidades de cada paciente, respeitando crenças e valores culturais.

Com base na experiência vivida pelo grupo, constatou-se que é importante as diretrizes do SUS serem colocadas em prática no cotidiano de atendimento dos pacientes da estratégia de saúde da família. Sendo assim, pode-se aprimorar a formação de profissionais mais comprometidos e humanizados para com a população que necessita dos cuidados básicos de saúde. Ademais, este trabalho, proposto pelos três eixos, foi de grande valia não só para um maior aprimoramento do aprendizado dos estudantes envolvidos neste relato, como também contribuiu para a população, que recebeu melhoras significativa desde então.

REFERÊNCIAS:

BERBET, A. L. C. V.; MANTESE, S. A. de O. Lúpus eritematoso cutâneo - Aspectos clínicos e laboratoriais. Anais Brasileiros Dermatologia, Uberlândia/MG, vol. 80, pp. 119-131, Setembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br>> Acesso em 11 nov 2017.

FREIRE, Eutília Andrade Medeiros; SOUTO, Laís Medeiros; CICONELLI, Rozana Mesquita. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. **Rev Bras Reumatol**, v. 51, n. 1, p. 70-80, 2011.

PINHO, M. C. de G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidade de ação eficaz. Ciências e Cognição, Rio de Janeiro/RJ, vol. 08, pp. 68-87, Agosto de 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11, no 04, Ribeirão Preto/SP, Julho/Agosto de 2003.

**O IMPACTO PSICOSSOCIAL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA OBSERVADO
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO CONJUNTO VITÓRIA**
THE PSYCHOSOCIAL IMPACT OF PREGNANCY ON ADOLESCENCE OBSERVED IN
THE BASIC HEALTH UNIT OF THE VICTORY SET

Isla Giovanna Melo De Andrade¹
Leandro Henrique Pereira Perpétuo¹
Marcela Feitosa de Oliveira¹
Rodrigo Sevilla Noletto¹
Tamyres da Costa Vieira²
Marcelo Hubner Moreira³
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Araújo Bastos Teixeira³
Patrícia dos Santos Silva Queiroz³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

Em nosso cotidiano de campo, como acadêmicos de medicina, observamos um alto índice gestacional entre as jovens adolescentes residentes na área acobertada pela Unidade Básica de Saúde do Conjunto Vitória. Nesse sentido, ressalta-se fatores externos e internos entrelaçados ao cotidiano dessas jovens e futuras mães. Realizamos então, acompanhamentos por intermédio de visitas domiciliares e consultas de pré-natal, além de conversas com profissionais da área da saúde. Outrossim, conversamos também com os familiares das jovens gestantes para melhor compreendermos como se deu a descoberta, como foi a aceitação deles sobre a gestação em questão, e quais medidas foram tomadas desde então.

Palavras-chave: Adolescência. Gravidez. sexualidade.

ABSTRACT

In our daily in field work, as medical students, we observed a high index of pregnancy between teenagers resident in the area covered up by the Health's Basic Unit of Conjunto Vitória. In this sense, it should be emphasized interlinked external and internal factors of this young future

mothers. We then realized prenatal care through home visits, in addition to conversations with other health professionals. Also, we talked to the parents of the young pregnant girls for a better understanding of how was the pregnancy discovery, how was their acceptance, and which was the actions taken since then.

Keywords: Teenage; Pregnancy; Sexuality.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de intenso desenvolvimento caracterizada por grandes transformações psicológicas e físicas, além de mudanças nas relações familiares. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência começa aos 10 e termina aos 19 anos. No Brasil, a Lei 8.069/90 conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2º). Durante esse período, o corpo muda e as ideias também. Como é tudo ao mesmo tempo, é normal que aconteçam conflitos internos e externos.

O período de indefinição entre criança e adulto gera alguns enfrentamentos psicológicos. Os pais perdem a característica de benfeitores e viram educadores, fontes de ordens, tarefas e exigências. Com a capacidade de raciocínio mais desenvolvida, o adolescente ganha novas responsabilidades e papéis, tornando-se um novo ser social. Em casa, a hora de lazer pode se transformar em tarefas adultas. Na escola, é preciso escolher sua futura carreira. Na sociedade, há de se conquistar um emprego. Nos relacionamentos, é preciso buscar parceiros (as). Nessa fase ocorre também a puberdade, ou seja, o amadurecimento sexual.

A sexualidade faz parte do bem-estar do ser humano, do começo ao fim da vida, estando ligada ao sexo, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução. Além da explosão de desejos que ocorre na fase da adolescência, surgem também os medos e a insegurança com os novos horizontes. Ainda mais hoje, onde os jovens estão cada vez mais precoces em suas atitudes, como, por exemplo, o namoro que está começando cada vez mais cedo e, conseqüentemente, o relacionamento sexual. Nessa fase surgem dúvidas em relação ao ato sexual, sobre quando é o momento certo para a sua realização, dúvidas em relação à gravidez e orientação sexual. Em pleno século XXI, a questão do sexo na adolescência vive uma total incoerência por parte de alguns indivíduos. Atualmente as pessoas conversam muito mais abertamente sobre o sexo do que antigamente, porém ainda vivemos sobre estereótipos e condutas antigas.

Cabe ressaltar que a incidência de adolescentes grávidas vem aumentando no Brasil e no mundo. A gravidez poderia expressar aparentemente a liberdade do exercício precoce, bem como causas sociais, psíquicas e econômicas que estão envolvidas no universo adolescente. A iniciação

sexual precoce entre os adolescentes tem acarretado uma preocupação cada vez maior entre profissionais de saúde, pais e professores em decorrência da falta de conhecimentos sobre a concepção e uso de contraceptivos. O início da atividade sexual com envolvimento genital acontece, em geral, durante a adolescência e, na atualidade, têm ocorrido em idades mais precoces, o que pode resultar em gestações não esperadas e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Fatores biológicos, psíquicos, sociais, entre outros, interferem na sexualidade. A baixa idade da menarca/semenarca também pode favorecer a antecipação do primeiro coito, já que os hormônios pubertários intensificam o desejo sexual. Em relação ao desenvolvimento psíquico, a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual, em que há experimentação e variabilidade de parceiros.

Para que os adolescentes sejam sexualmente responsáveis e felizes, precisam do apoio e da orientação isenta de julgamentos dos adultos, principalmente dos pais. Precisam que sejam colocados ao seu alcance os conhecimentos e meios que os ajudem a crescer e a amadurecer emocional e sexualmente. A educação e aconselhamento sexual conduzem a um início mais tardio da vida sexual, a uma maior utilização de contraceptivos, a um menor número de parceiros, a uma menor probabilidade de gravidez precoce e a um maior conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis e noções de fertilidade.

Assim, está nas mãos de pais e educadores capacitar os/as adolescentes e jovens para que assumam as suas próprias responsabilidades e atuem em conformidade, dando resposta às suas necessidades e procurando a sua resolução. É desta forma que se torna mais fácil ajudar e apoiar a população jovem, pois aumentando o seu grau de autonomia ajudamo-los a crescer e a tornarem-se capazes de tomar decisões sobre o que querem fazer.

OBJETIVOS

Este presente relato objetiva a descrição sobre a experiência vivida em campo pelos acadêmicos de medicina da Universidade Ceuma - Campus Imperatriz, em que se observou o crescente grupo de adolescentes grávidas nas áreas cobertas pela Unidade Básica de Saúde do Conjunto Vitória. Ademais, o mesmo foi desenvolvido com metodologia participativa, na qual procurou-se preservar a identidade social e cultural das componentes do grupo em questão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Materiais

- Folha de roteiro;
- Caneta;

Métodos

Realizamos uma visita domiciliar, acompanhados de uma ACS da área coberta e a enfermeira da Unidade Básica de Saúde Conjunto Vitória, fizemos uma entrevista com uma adolescente grávida, e utilizamos a anamnese para realizar a entrevista com a jovem.

Durante a abordagem da visita domiciliar buscamos:

- Conhecer o domicílio e suas características ambientais, identificando as condições socioeconômicas e culturais.
- Verificar a estrutura e a dinâmica familiar, identificando os fatores de risco individuais e familiares.
- Promover ações de promoção e prevenção de saúde da gestante e do feto, incentivando as mudanças nos hábitos de vida e alimentação, para uma gestação mais tranquila e sem agravos.
- Interferir precocemente na adesão ao pré-natal para evitar complicações e propiciar uma gestação e um parto tranquilo. Estimular a independência e a autonomia do indivíduo, incentivando práticas de autocuidado.

RESULTADOS

O conteúdo deste material baseou-se em experiências vivenciadas nas áreas acobertadas pela Unidade Básica de Saúde do Conjunto Vitória, e nesse sentido, pela presente junção dos eixos de Iniciação Científica, Humanidades Médicas e Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão; podemos observar que nos períodos correspondentes de Agosto a Novembro de 2017, ocorreram diversos acompanhamentos as jovens gestantes da comunidade, esses realizaram-se por intermédio da visita domiciliar e das consultas de pré-natal, sempre adjunto as Agentes Comunitárias de Saúde e a profissional da Enfermagem, ambas devidamente capacitadas e receptivas.

Outrossim, vale ressaltar a importância dessa união dos vários âmbitos da saúde, seja o equilíbrio psicológico da futura mãe, o bem-estar de todo um corpo que se reestrutura para gerar e nutrir o feto em desenvolvimento, a resolução de todas as dúvidas e os maus hábitos que afetarão mãe e filho; e por fim, devido a falha do planejamento familiar presente na maioria dos casos observados, o embate maior advém da negação dos companheiros das adolescentes gestantes e das mães dessas jovens.

Sendo assim, as impressões vivenciadas nessa problemática giram entorno da necessidade de um bom planejamento familiar, seja para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, seja para evitar uma gravidez indesejada e seja para a geração de uma nova vida com toda a importância que ela necessita.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de gravidez na adolescência, deixou claro o quão é necessário e indispensável o diálogo precoce com os adolescentes sobre a vida sexual, tendo em vista que cada vez mais cedo estão tendo relações sexuais.

A adolescência, que abrange dos 10 aos 19 anos, é o período marcado por diversas mudanças, tanto biológicas, como psicológicas e sociais. É a fase que as pessoas começam a ter maior curiosidade sobre o seu próprio corpo, além de ser biologicamente a fase de pico da produção hormonal. Juntamente com essas mudanças, vem a curiosidade da relação sexual.

A prática precoce da sexualidade é influenciada por diversos fatores, como: o poder aquisitivo; meio social; relação cultural, moral, religiosa e familiar; dentre outras. Entretanto, o ato sexual sem o uso de métodos contraceptivos ou preservativos podem gerar inúmeras consequências, dentre elas, a gravidez na adolescência.

Concluiu-se que vários são os motivos da ocorrência da gravidez na adolescência, como: a falta de informação sobre os métodos contraceptivos ou de como usá-los; a dificuldade de obtê-los ou ausência de conhecimento de como adquiri-los gratuitamente; vergonha de compra-los ou solicita-los em postos de saúde, por acreditar que a sociedade a criminalizaria por praticar o ato sexual; medo dos pais encontrarem contraceptivos nos seus pertencem e assim descobrirem que já possui vida sexual ativa; acreditarem que o ato sexual sem uso de preservativo é uma prova de amor para com o seu parceiro, ou mesmo terem vergonha ou receio de negociar o uso com os mesmo e; desejo de autonomia e visualizarem a maternidade como uma forma de obterem a independência.

Observou-se ainda que várias são as consequências da gravidez precoce. Além de ser biologicamente considerada uma gravidez de risco, transtornos psicológicos são bastante perceptíveis, como o medo da mudança do estilo de vida, insegurança do futuro, receio da discriminação social, dentre outros.

Com esses fatores, fica claro que a informação sobre a existência e forma de prevenção, é indispensável, porém não é o suficiente, tendo em vista que muitas grávidas adolescentes até tinham conhecimento sobre como se prevenir, mas que por algum motivo o dispensaram, como

por exemplo, por acreditarem que tal fato jamais aconteceria com elas ou até mesmo por desejar tal gravidez, desconhecendo os fatores negativos de uma gravidez na adolescência.

Assim, informações sobre sexualidade e contracepção devem ser intensificadas em escolas e faculdades, assim como elaboração de programas, destinados a pais e adolescentes, com a ação conjunta dos docentes e dos profissionais multidisciplinares dos Postos de Saúde, ginecologistas, obstetras, psicólogos e sexólogos, com o objetivo de elucidar os fatores negativos da gravidez na adolescência, tipos e formas de uso dos contraceptivos, assim como, transpor que o diálogo entre pais e filhos, é uma das melhores ferramentas a combater esse quadro.

Por fim, conclui-se ainda que as equipes de saúde tanto da UBS, como do NASF, devem agir conjuntamente na tomada de medidas com enfoque na promoção da saúde sexual e a prevenção da gravidez precoce, devendo ambos encarar esse quadro, como um problema de saúde pública. A Estratégia da Saúde da Família deve promover ações de educação sexual, abrindo espaço para discursões e debates. Esses grupos de profissionais devem ainda orientar e acompanhar as jovens gestantes e suas respectivas famílias, utilizando como principal ferramenta as visitas domiciliares, por meio das Agentes Comunitárias de Saúde, para um acompanhamento mais pessoal, direto e efetivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, Cristiane Albuquerque C. dos & NOGUEIRA, Kátia Telles. Gravidez na adolescência: falta de informação. **Adolescência&Saúde**, v.6, n.1, abril, 2009.

Vivências e relatos sobre a gravidez em adolescentes: Uma aproximação aos fatores culturais, sociais e emocionais a partir de um estudo em seis países da região. UNICEF Disponível em: <www.unicef.org/lac/UNICEF_PLAN_gravidez_em_adolescentes_2015.PDF>. Acesso em 13 de novembro de 2017.

TAQUETTE, Stella R.; VILHENA, Marília Mello de. **Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência.** Psicologia em estudo, Maringá, v.13, n.1, p.105-117, jan/mar, 2008.

**“OUTUBRO ROSA COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO DE CÂNCER E
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”**

**“PINK OCTOBER AS A TOOL FOR CANCER PREVENTION AND PROMOTION OF
WOMEN'S HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN EXPERIENCE
REPORT”**

Isaac Gonçalves Macedo¹
Andressa Gomes Machado¹
Karoline Viana Logrado¹
Victória Santos Pessoa¹
Tamyres da Costa Vieira²
Marcelo Hubner Moreira³
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Araújo Bastos Teixeira³
Patrícia dos Santos Silva Queiroz³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, é a ferramenta mais aprimorada de organização da atenção básica no Brasil. O presente estudo teve como objetivo descrever a Campanha do Outubro Rosa como uma ferramenta viável para prevenção do câncer e promoção da saúde da mulher no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Os discentes se engajaram na organização de uma intervenção no bairro Ayrton Senna, adscrito da Unidade Básica de Saúde que os recebe para a preceptoria. A temática do evento seguiu um enfoque na campanha do Outubro Rosa e foi utilizada como oportunidade para o ensino de hábitos de prevenção e para promover a saúde feminina. A experiência proporcionou aos alunos um contato maior com a comunidade, além de oportunizar a prática dos ensinamentos aprendidos no eixo Humanidades Médicas. Nesse interim, a intervenção rendeu bons frutos às mulheres participantes, que foram conscientizadas sobre a importância da prevenção para o combate dos cânceres que acometem o público feminino e aos alunos que vivenciaram essa prática enriquecedora no eixo Interação Ensino, Comunidade, Serviço e Gestão.

Palavras-chave: Outubro Rosa; Câncer; Prevenção e promoção; Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS), in accordance with the National Basic Care Policy of 2012, is the most improved tool for organizing primary care in Brazil. This study aimed to describe the Pink October Campaign as a viable tool for cancer prevention and to promote women's health within the scope of the Family's Health Strategy. The students together have organized an intervention at the Ayrton Senna neighborhood, covered by the Ayrton Senna's Basic Health Unit, that receives them for preceptory. The intervention focused on the October Pink Campaign as an teaching opportunity for prevention habits and promotion of women health care. The experience resulted in up close contact with the community's people, as well as enabled practicing topics from Medical Humanities area. The intervention was also noticeably good as both a participation tool for the women who are needed to be aware of prevention habits to properly fight against all female-related types of cancer, and also as a student's perception experience while practicing topics related to the Interaction Teaching, Community, Service and Management axis.

Keywords: Pink October; Cancer; Prevention and Promotion; Health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, é a ferramenta mais aprimorada de organização da atenção básica no Brasil. Para isso, é necessária que essa estruturação esteja orientada pelos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, a equipe de saúde da família, multiprofissional, visa um atendimento que abranja tais preceitos, o que culmina em ótimas ações curativas para os pacientes, bem como em prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que acolhem as eSF (equipes de saúde de família), utilizam de diversas ferramentas para alcançar os diferentes públicos que integram a totalidade de usuários do SUS. Muito mais do que tratar doenças, os objetivos da ESF são identificar, através da vigilância em saúde, os diferentes problemas biopsicossociais que afetam os diferentes territórios e, a partir disso, elaborar planos, campanhas e metas que priorizem tais mazelas. Nesse sentido, cumprem-se os objetivos emergenciais da Atenção Primária, que além de ofertar medidas curativas e de tratamento, ocupa-se em promover e prevenir a saúde (Ministério da Saúde, 2012).

Nessa seara, a Campanha do Outubro Rosa, tem sido importante ferramenta de prevenção e combate ao câncer de mama e os diferentes cânceres que afetam primordialmente o público feminino.

O câncer mamário ou câncer de seio é uma das neoplasias mais comuns em todo o mundo, sendo muito frequente inclusive entre as mulheres brasileiras, chegando a superar até os inúmeros casos de câncer do colo uterino e dos ovários (QUADROS, 2002). Ainda de acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer, 28% do total de tumores em mulheres ocorre em mamas sendo que a estimativa, em 2016, foi de aproximadamente 60 mil novos casos, e em 2014, foram aproximadamente 15 mil mortes, alcançando mulheres com idade cada vez menos avançada (INCA, 2016).

Por sua vez, o câncer de colo uterino é um tipo de neoplasia muito comum, que acomete mulheres no mundo todo. Essa patologia, que é endêmica no Brasil, possui desenvolvimento lento, que pode evoluir sem sintomas em fases primárias e evoluir para sangramento vaginal intermitente, secreção vaginal anormal e dores abdominais em casos mais avançados (INCA, 2015). De acordo com levantamento do Instituto Nacional do Câncer, essa patologia acometeu, em 2016, o *quantum* aproximado de 16 mil mulheres, com uma incidência de 15,85 a cada 100 mil mulheres (INCA, 2017).

Essas patologias estão associadas a certos fatores, que podem contribuir para o seu aparecimento. A cartilha sobre o câncer de mama de 2016, do Instituto Nacional de Câncer, aduz que os fatores de risco estão associados a fatores comportamentais e ambientais, dentre eles: obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo, etilismo, tabagismo, exposição frequente a radiações ionizantes (raio x, mamografia, tomografia), assim como também os fatores hereditários, que necessitam serem averiguados pelo médico no momento da anamnese (INCA, 2016).

Os dados do Ministério da Saúde informam que, quando descobertos ainda em fase inicial, os cânceres supracitados possuem, em sua maioria, um bom prognóstico, o que indica a importância da realização periódica de exames preventivos (BRASIL, 2017).

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no local do evento de conscientização do Outubro Rosa, em uma igreja católica do Bairro Ayrton Senna, na cidade de Imperatriz-MA. Em relação aos critérios de inclusão deste relato, foram de mulheres maiores de 18 anos moradoras do Bairro Ayrton Senna, na cidade de Imperatriz-MA.

Foi aplicado um questionário objetivo, com perguntas de respostas com múltipla escolha e a submissão de um termo de consentimento livre esclarecido a cada mulher.

O grupo, composto quatro alunos do curso de medicina e uma preceptora do eixo Interação Ensino, Saúde, Comunidade e Gestão (IESCG), juntamente com a ESF da Unidade Básica de Saúde Ayrton Senna, realizou, em 31 de outubro de 2017, uma manhã de conscientização quanto a saúde feminina, bem como a importância da autoestima no processo de prevenção.

O evento abordou temas como prevenção do câncer de mama e do colo uterino, mediante apresentação de uma minipalestra com a utilização de slides, bem como interações individuais com as participantes, momento no qual os alunos tiraram dúvidas e enfatizaram a importância de prevenir essas doenças.

Após o momento de conscientização, a equipe multiprofissional proporcionou cuidados estéticos com o fito de mostrar a importância de cuidar da autoestima, tendo em vista que o SUS considera como saúde aspectos não apenas relacionados à ausência de doenças, mas todos os fatores biopsicossociais que permeiam a sociedade.

Em consonância com os assuntos abordados, o presente estudo teve como objetivo descrever a Campanha do Outubro Rosa como uma ferramenta viável para prevenção do câncer e promoção da saúde da mulher, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

No Curso de Medicina da Universidade CEUMA, de Imperatriz, existe um eixo de ensino chamado Interação Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG), que é uma estratégia metodológica para gerar uma integração entre o ensino teórico e a prática, o que estimula o aluno a desenvolver uma consciência crítica sobre a realidade e a desenvolver o viés criativo ao trabalhar para gerar soluções para problemáticas vivenciadas no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde.

Nesse eixo, os alunos são acolhidos em preceptorias, em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Imperatriz (Maranhão), no qual são instigados a assumirem uma postura em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. Isso contribui para a formação de um profissional com “formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença” (art. 3º, *caput*, da DCN do Curso de Graduação em Medicina, 2014).

Diante das situações vivenciadas na Unidade Básica de Saúde da Vila Ayrton Senna e da alta demanda de atendimentos femininos que são realizados diariamente, foi proposto pela

enfermeira preceptora aos alunos do grupo A7 a realização de uma intervenção na comunidade, que envolvessem as mulheres do bairro em atividades referentes à campanha do Outubro Rosa.

A decisão de realizar uma programação voltada à saúde feminina contempla a Norma Operacional da Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/2001) que pontua como uma das responsabilidades bases da atenção básica à saúde da mulher. Foi levado em consideração também que na contemporaneidade, as mulheres, ainda mais as pertencentes às classes menos abastadas, encontram-se em situação de vulnerabilidade e, portanto, necessitam de um olhar diferenciado sobre suas necessidades.

Dado o desafio, os alunos elaboraram um roteiro de atividades para a manhã do dia 31 de Outubro de 2017 e foram auxiliados pelas Agentes Comunitárias de Saúde e pela enfermeira da UBS. Nesse contexto, a parceria com a própria comunidade foi importante, pois através desta obteve-se o local para a realização da programação, o espaço de eventos de uma igreja católica localizada no próprio bairro.

Durante a intervenção Outubro Rosa realizada pelo grupo A7 na Igreja Católica da Vila Ayrton Senna, que integra o território da UBS, foi promovida uma “Manhã da Beleza”, na qual foram oferecidos serviços de limpeza e esfoliação de pele, design de sobrancelhas e corte de cabelo. Esses serviços, oferecidos graças à parceria com a turma do curso técnico de estética da Escola Técnica Alvorada, compuseram um momento de enaltecimento e valorização da figura feminina, abordando não apenas os aspectos da beleza externa, mas também da construção da autoestima. Todavia, a maior motivação da intervenção supramencionada foi oportunizar uma manhã de conhecimento, conscientização, promoção e prevenção da saúde feminina.

Na ocasião, foi reunida uma equipe multiprofissional, composta pelos técnicos em estética, pela enfermeira da UBS Ayrton Senna, pelas agentes comunitárias de saúde, pelos acadêmicos de Medicina da UNICEUMA (integrantes do grupo A7 do eixo IESCG), pela coordenadora municipal de saúde da mulher da cidade de Imperatriz e por um cabeleireiro integrante e representante da ONG Patrícia Fios de Esperança. Essa reunião multiprofissional permitiu ao evento uma abordagem integralizada das participantes moradoras da comunidade em questão e ainda possibilitou um enfoque humanizado sobre um assunto tão delicado, que é o câncer.

A intervenção se iniciou com a acolhida do público-alvo, e posteriormente foi anunciada uma breve palestra sobre o significado e importância da Campanha Outubro Rosa. Na palestra, foram apresentados conceitos, históricos e marcos importantes sobre a temática acima abordada, bem como foi dado uma atenção específica para os assuntos relacionados ao câncer. Os acadêmicos, que figuraram como palestrantes, falaram sobre o câncer de mama e de colo do útero.

Os assuntos acima foram apresentados em linguagem acessível, todavia, houve a preocupação em fazer um alerta em relação aos dados epidemiológicos dos tipos de cânceres que mais afetam as mulheres, assim como também foram explanadas as formas de prevenção, como por exemplo o autoexame da mama, exames de mamografia, exame preventivo do câncer de colo uterino, visitas regulares à UBS que cobrem suas áreas e ida regular ao ginecologista. Para a palestra foi utilizado apresentação em slides, com imagens referentes ao conteúdo, datashow e notebook.

Após a breve explanação, teve a palavra a coordenadora municipal de saúde da mulher, que explicou de forma rápida a atuação da Secretaria de Saúde de Imperatriz durante as programações desenvolvidas em prol do Outubro Rosa e relatou sobre a importância das parcerias que envolvem a esfera gestão em saúde e instituições acadêmicas, que rendem bons frutos.

Em seguida, o cabeleireiro representante da ONG Patrícia Fios de Esperança relatou os desafios das mulheres que, ao se descobrirem doentes, necessitam enfrentar os impactos de cirurgias, quimioterapias e radioterapias sobre sua saúde física, emocional e psicológica. O público presente foi sensibilizado sobre a importância da doação de cabelos para a confecção de perucas para mulheres que ficam carecas em decorrência dos tratamentos. O cabeleireiro explicou ainda que aquelas que quisessem cortar o cabelo naquela manhã teriam seus fios doados à ONG, para que fossem confeccionadas mais perucas.

Encerradas as apresentações, foi oferecido um café da manhã para todos, e simultaneamente a equipe de esteticistas, parceiros do evento, iniciaram suas atividades de limpeza e esfoliação de pele, design de sobrancelhas e corte de cabelo.

Nesse momento, os alunos do curso de Medicina da UNICEUMA, realizaram abordagens individuais com as mulheres que esperavam por sua vez nos tratamentos estéticos. Os alunos aplicaram um questionário com o objetivo de compreender a realidade da saúde das participantes, bem como também aproveitaram para esclarecer dúvidas, conscientizar e promover a saúde através de dicas de hábitos saudáveis de vida.

O objetivo principal do questionário foi obter informações acerca de hábitos nas mulheres participantes, que podem colaborar na prevenção de câncer de mama e de colo do útero. Para a confecção do questionário foi levado em conta, além de aspectos patológicos, os aspectos biopsicossociais, como família, ocupação profissional e moradia. Também foi levado em consideração a regularidade com a qual as mulheres realizam consultas médicas, de caráter preventivo ou exames regulares, como o preventivo de câncer do colo uterino e mamografia, assim como foi verificado se elas possuíam conhecimento a respeito da campanha do Outubro Rosa.

Por fim, durante os momentos interativos, foi realizado um sorteio de brindes, dentre eles tratamento em salão de cabeleireiro, exames preventivos de câncer do colo uterino, produtos estéticos, bolsas e acessórios. O objetivo do sorteio, além de gerar um momento de descontração, foi de despertar nas participantes o senso de cuidados pessoais. Nesse caso, sortear exames preventivos em laboratório particular instiga o senso de prevenção e estimula as demais a assumirem uma postura crítico-reflexiva sobre o seu estado de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização da intervenção Outubro Rosa na manhã de 31/10/2017, foi aplicada às participantes um questionário durante a consulta, com o objetivo de realizar um levantamento sobre como se comportam as mulheres do bairro Ayrton Senna em relação a aspectos que interferem na sua saúde. Pelo questionário, com informações pessoais, constatou-se que a faixa etária do público participante variou entre 25 e 72 anos. Ao todo, 20 mulheres responderam ao questionário.

Com relação à ocupação profissional, 80% das mulheres relataram serem donas de casa, sendo que o restante (20%) declararam serem aposentadas. Em relação à maternidade, 100% responderam já serem mães de 1 ou mais filhos.

No item que perguntava se “Possui algum problema de saúde?” apenas 30% declararam não possuírem doença ou limitação, todavia, 70% relataram problemas de saúde, sendo que entre este montante 90% possui hipertensão arterial e nenhuma possui nenhum dos tipos de diabetes.

Foi verificado se as participantes fazem uso regular dos serviços oferecidos pela UBS, e foi constatado que 100% se beneficiam com ao menos um dos serviços que são oferecidos na UBS Ayrton Senna, dentre estes, pode-se citar consultas com médico e enfermeiro, serviços odontológicos e farmácia. Todavia, de forma discrepante, foi constatado no item que averigua “Quando realizou a última mamografia” que 5% realiza o exame anualmente, ou seja, apenas uma das participantes. Outras 85% relataram terem realizado o exame há mais de dois anos, e 10% ainda não realizou por não estar na idade de risco para o câncer de mama.

Por conseguinte, ao se questionar “Quando realizou o último exame preventivo de câncer de colo uterino” um total de 65% informou realizar o PCCU anualmente, contudo, 25% revelaram não fazerem o exame há mais de dois anos, enquanto 5% revelou nunca ter feito. Quanto a isto, faz-se necessário o esclarecimento ao paciente quanto aos protocolos existentes.

Ao se investigar sobre hábitos de vida, 75% afirmaram não possuírem alimentação balanceada, 100% afirmaram não praticar nenhuma atividade física, nenhuma relatou ter momentos de lazer, 5% afirmou ser etilista, 5% afirmou tabagismo, nenhuma das entrevistadas

relataram fatores de estresse na sua rotina e, por fim, 40% declararam serem participantes de algum segmento religioso.

Quando questionadas se possuíam algum conhecimento sobre o significado da Campanha Outubro Rosa apenas 5%, informou ter consciência sobre o conteúdo da campanha.

O objetivo geral do questionário foi realizar um levantamento geral e ter uma noção de como ainda é o imaginário popular a respeito de tais temáticas. Infelizmente, muitas das participantes da intervenção relataram que deixam de realizar os exames preventivos em razão da demora na entrega dos resultados que ficam a cargo de laboratórios.

É interessante observar que dentre as participantes há presença de fatores de risco, como quando se verifica que a maioria possui hipertensão arterial, não praticam atividades físicas e não possuem alimentação balanceada. Mas o principal fator de risco, nesse caso, ainda é a falta de prevenção.

Pelas respostas, detrai-se que ainda impera um certo descaso em relação às medidas preventivas. Seja por motivos externos, como atraso na entrega dos resultados de exames ou pelo medo de encontrar “algo errado”, é importante que o profissional tenha o tato de trabalhar de forma estratégica com os diferentes públicos, que no caso em comento, é feminino.

Urge ainda não responsabilizar apenas o Estado pelo encargo de gerar canais de consciência, mas tomar para si tais atribuições, seja no dia a dia, nos lugares onde se frequenta, ou profissionalmente, elaborando estratégias e metas para alcançar essas mulheres que ainda carecem de informação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O evento acima relatado comprova que a parceria dos profissionais da saúde, dos acadêmicos do curso de Medicina e da própria comunidade é capaz de propiciar um ambiente seguro para disseminar informação, ensinar hábitos preventivos e promover a saúde de forma integral e humanizada.

Através das singelas atividades realizadas nessa intervenção, estabeleceu-se vínculos mais íntimos com as participantes, o que possibilitou uma maior interação entre a equipe e as participantes. Nesse ínterim, foi possível conhecer as histórias de forma individual, bem como foi possível ver que as participantes além de elogiarem a mobilização, se sentiram valorizadas ao receberem os tratamentos estéticos e os ensinamentos pontuados durante o período.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133/2001, aprovado em 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. [legislação na Internet]. Brasília; 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/113301EnfMedNutr.pdf>. Acesso em 13 de novembro 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 44 p.

CESTARI, W. *et al.* A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. Revista Brasileira de Enfermagem. Ipatinga, Minas Gerais. V. 2, N. 2. 13f. Dezembro de 2009.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade, v. 13, n.2, p. 20-31, mai./ago. 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>. Acesso em 13 de novembro 2017.

_____. Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: é preciso falar disso. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Inca, 2016.

QUADROS, Luis Gerck de Azevedo. Grupo de Apoio às Pacientes com Câncer de Mama. Departamento de Ginecologia UNIFESP/EPM. Jan. 2002. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dgineco/mama.htm>. Acesso em 13 de novembro 2017.

SOUZA, G.G. *A importância de ações educativas para prevenção do câncer de colo uterino no contexto da Estratégia de Saúde da Família.* 2011. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni, Minas Gerais.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>. Acesso em 13 de novembro 2017.

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada; **“OUTUBRO ROSA COMO FERRAMENTA PARA PREVENÇÃO DE CÂNCER E PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA”**, conduzida por Isaac Gonçalves Macedo. Este estudo tem por objetivo conhecer a percepção das mulheres do Bairro Ayrton Senna em relação à medidas preventivas para a saúde da mulher.

Você foi selecionada por critério de ser do sexo feminino e ser usuária dos serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde Ayrton Senna. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Esta pesquisa não possui riscos maiores aos participantes, sendo possível como único risco o de haver algum constrangimento durante a resolução do questionário. É importante que fique claro que a sua participação não é remunerada e nem lhe implicará em gastos para a realização da mesma.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao questionário aplicado com duração de aproximadamente 10 minutos, o qual será empregue pelos pesquisadores. O presente questionário possui perguntas a respeito da sua vivência com as práticas preventivas relacionadas à saúde da mulher.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Isaac Gonçalves Macedo, acadêmico do curso de Medicina da Universidade CEUMA. Endereço postal: Rua Henrique Dias, 319, Bairro Bacuri. Endereço eletrônico: isaacmaddock@gmail.com. Telefone para contato: (99) 98182-2913.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Imperatriz, MA, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

<p>Nome: _____ Idade: _____</p> <p>Estado Civil _____ Profissão: _____</p> <p>Possui filhos? _____ Quantas pessoas na família: _____</p> <p>• Possui algum problema de saúde? Sim () Não ()</p> <p>Se sim: Hipertensão () Diabetes ()</p> <p>Outros: _____</p> <p>• Faz uso regularmente dos serviços ofertados pela UBS? Sim () Não ()</p> <p>Se sim: Consulta médica () Consultas com Enfermeira () Odontologia () Farmácia ()</p> <p>Outros: _____</p> <p>• Quando realizou última mamografia: Há mais de 6 meses () Há mais de um ano () Há mais de dois anos () Nunca () Outro: _____</p> <p>• Quando realizou última prevenção (PCCU – Colo do útero): Há mais de 6 meses () Há mais de um ano () Há mais de dois anos () Nunca () Outro: _____</p> <p>• Seus hábitos de vida incluem quais itens abaixo:</p> <p>Alimentação balanceada () Exercício Físico () Lazer ()</p> <p>Álcool () Cigarro () Alto nível de estresse () Religião ()</p>
--

**O NOVEMBRO AZUL MUITO ALÉM DA PRÓSTATA: A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE
DO HOMEM – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**THE BLUE NOVEMBER BEYOND THE PROSTATE: THE HUMANIZATION OF MAN'S
HEALTH – AN EXPERIENCE REPORT**

Isabela Hergert Xavier
Marcos Davi Pereira Alves Silva
Rafaella Pereira Marinho
Elizarbio Carneiro De Oliveira
Yuri Nascimento Froes
Patrícia dos Santos Silva Queiroz²
Marcelo Hubner Moreira²
Adriana Ramos Leite Matalobos²
Carla Araújo Bastos Teixeira²
Janine Silva Ribeiro Godoy²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, contribui em toda a hierarquia do SUS com o fito de impactá-las e potencializar a qualidade de atenção ofertada pelo sistema. A PNH tem como principal objetivo pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Foram determinados princípios para implementar a humanização, dentre eles a transversalidade, autonomia e protagonismo dos sujeitos. Assim, norteando trabalhadores, pacientes e gestores em uma caminhada conjunta na atuação da saúde.

Tal como fora determinado princípios, também se estabeleceu diretrizes que consistem em estratégias que objetivam a implementação da PNH frente a cada nível de atenção. Dentre elas o acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalho e defesa dos direitos dos usuários orientam essa prática. A cada nível de saúde se faz necessário a criação de métodos ainda mais específicos. A título de exemplo, para a atenção básica incentivar práticas promocionais a saúde, já em locais de urgência e pronto-socorro um artifício eficaz seria definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e

respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito. Dessa forma obedecendo as particularidades de cada esfera da saúde.

Este relato de experiência está inserido na atenção básica e aborda práticas de promoção a saúde. Para a realização dessas metas, diversas prioridades já foram definidas, tais como, promoção de hábitos alimentares saudáveis e atividade física, cessação e prevenção do tabagismo, redução da morbimortalidade devida ao abuso de álcool e outras drogas, prevenção de acidentes de trânsito e promoção do desenvolvimento sustentável e de uma “cultura de paz” (IVO CARVALHO, 2008).

Eventos podem ser utilizados para a complementação da PNH, uma vez que contempla as suas diretrizes, na qual afirma que o usuário tem o direito de ser informado sobre sua saúde além de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social. Com o advento do dia internacional do câncer de próstata no dia 17 de novembro criou-se a campanha novembro azul, que tem o objetivo principal o combate ao câncer de próstata. Desse modo, a campanha pode ser usada como forma de instruir os homens da comunidade a respeito de práticas no cotidiano que preservarão sua saúde.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (NARDI, 2007). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. (FIGUEIREDO, 2005). Infere-se, portanto, a relevância da criação de estratégias que atraiam o público masculino a buscar medidas de prevenção primária evitando inúmeras complicações na vitalidade do homem.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de acadêmicos de medicina, direcionados pela Política Nacional de Humanização, na realização de atividades educativas visando conscientizar os homens do bairro Vila Nova a respeito do câncer de próstata e de pênis durante o evento do Novembro Azul.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo é um relato de experiência com caráter observacional da experiência vivida pelos alunos de medicina na atenção básica, na qual foi organizado um evento com proposta de educação em Saúde do homem, em prol da campanha novembro realizado na Unidade Básica de Saúde do bairro Vila Nova. Os participantes da oficina foram formados na sua maioria de

homens e mulheres com interesse no assunto, todos convidados através das Agente Comunitário de Saúde (ACS) de suas respectivas microáreas.

O evento teve como objetivo utilizar da educação como estratégia para a promoção de mudanças comportamentais indispensáveis para incentivar uma cultura de prevenção na rotina de todos os indivíduos. Inicialmente, com a presença de um Educador Físico da equipe do NASF foi realizado uma série de alongamentos, com o intuito de ensinar exercícios simples, que uma vez realizados diariamente melhoram o desempenho do organismo. Posterior a isso, como recurso para promoção da saúde do homem, foi realizado uma palestra educativa acerca da prevenção do câncer de próstata e de pênis. Para melhor compreensão do assunto foi utilizado como recurso imagens ilustrando a anatomia do órgão genital masculino, mostradas fotos por meio de slides e banners. Após a apresentação e demonstração da palestra, foi aberto um espaço para perguntas e discussões resultando em uma troca de experiências entre o público e os discentes de medicina.

Em um segundo momento, foi servido um café da manhã com frutas, bolos e sucos naturais, com o objetivo de não somente atrair o público-alvo, como criar um vínculo entre profissionais da saúde e os usuários.

RESULTADOS

A experiência vivenciada pelo grupo de discentes de medicina da UBS (Unidade Básica de Saúde) Villa Nova na cidade de Imperatriz, teve como resultado a implementação de um dos princípios básicos do SUS, a humanização da rede de atenção básica à saúde. “Muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

Muitos são os desafios que aceitamos enfrentar quando estamos lidando com a defesa da vida, com a garantia do direito à saúde (PNH, 2004)”, em consonância com o Programa Nacional de Humanização, o grupo promoveu uma ação social com a finalidade de informar sobre a importância da prevenção do câncer de próstata e de pênis na comunidade abrangida pela atenção básica. A programação do Novembro Azul teve seu local de realização na igreja Assembleia de Deus com a adesão de 20 homens, a baixa quantidade de homens que aderiram à programação se reflete também em nível nacional, uma vez que Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer.

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos,

uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – Ministério da Saúde)

Esse quadro apenas será minimizado com a prevenção e informação. Desta forma, afim de promover uma saúde mais humanizada e próxima da comunidade local os acadêmicos iniciaram o evento com a aferição da pressão arterial dos homens presentes, que se encontravam em grande maioria senhores acima de 50 anos, que apresentavam algumas irregularidades no estado geral.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem considera fundamental a formulação de estratégias e ações para integrar o homem em eventos de saúde dentre elas:

A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;

Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, etc;

Finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas. (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Para seguir os métodos das políticas de saúde do homem os alunos contaram com a ajuda da equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) com a presença de um educador físico, este ensinou alguns exercícios simples que podem ser realizados em casa, atentando para a prática de atividades físicas na prevenção do câncer de próstata e para uma melhor qualidade de vida. O grupo se dispôs a promover uma palestra apresentada por dois acadêmicos, foram explanadas informações sobre o que é o câncer de próstata, a importância do diagnóstico precoce e como esse diagnóstico pode ser feito, também foi falado sobre a prevenção do câncer de pênis, utilizando-se em todo tempo de uma linguagem mais próxima da realidade social vivenciada pelas pessoas da comunidade. Sendo assim, procurou-se desmistificar alguns mitos sobre a realização do exame do toque e combater o machismo que envolve as questões sexuais tanto do acesso retal à próstata como da lavagem adequada do pênis. Com isso, seguiu-se para o esclarecimento de dúvidas dos presentes na palestra podendo ser percebido questionamentos sobre os riscos de impotência sexual provocada pelo câncer e, o porquê da dificuldade de micção que alguns apresentaram ao diagnosticar o câncer de próstata.

Todas as perguntas foram respondidas pelos acadêmicos palestrantes e com a ajuda das preceptoras, foi esclarecido que o câncer de próstata não causa impotência, e que ela está relacionada aos hábitos adquiridos durante a vida do indivíduo podendo se agravar com o câncer. Após a palestra e depois que todos os questionamentos foram esclarecidos, um café da manhã foi servido com frutas e sucos naturais. O evento do novembro azul foi uma forma que os acadêmicos de medicina encontraram para praticar o princípio da Humanização, fugindo do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e levando a saúde de encontro com o indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da experiência relatada pelo grupo de acadêmicos de medicina pôde se concluir que a humanização da saúde na atenção básica deve ser feita de forma a integrar o indivíduo no processo de prevenção das doenças endêmicas de determinados grupos sociais, gêneros e sujeitos às mais diversas epidemiologias. “Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (PNH,2004) é uma das políticas transversais de humanização do SUS, e embasados nessa política que os acadêmicos de medicina se dispuseram a realizar o Novembro Azul, com o intuito de promover saúde e formar sujeitos conscientes da importância da prevenção e diagnóstico precoce tanto do câncer de próstata como do câncer de pênis, multiplicando assim indivíduos com capacidade de propagar tais informações adquiridas com as ações realizadas no evento.

Apesar da baixa adesão à campanha, pode-se concluir que a humanização foi um importante meio de chegar ao objetivo final da programação, o de promover saúde e prevenir doenças. A unidade de saúde garantiu “gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores” (PNH), desse modo, tanto os usuários da rede da UBS como os que trabalham na mesma puderam participar da ação e aprender mais sobre os cânceres que mais acometem homens. Fica nítido, portanto, que o evento promoveu a Humanização da saúde e a mesma foi responsável pela integração da comunidade com sua UBS, revelando assim um caráter de aproximação e criação de laços entre comunidade e o SUS para melhor promoção da saúde.

O Novembro Azul realizado na comunidade abrangida pela UBS da Vila Nova, teve como ações principais a aferição de pressão arterial, o apoio do NASF com a participação de um educador físico e a palestra sobre os cânceres de próstata e pênis, com isso, o princípio da humanização foi implementado e relatado por meio da experiência vivenciada pelos estudantes de medicina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** gestão e formação nos processos de trabalho. Brasília, DF, 2004a.

INCA. **ABC do Câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização:** HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de Políticas de Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** Princípios e Diretrizes, Brasília, 2008.

HANSENIASE - O ACOLHIMENTO COMO BOA PRÁTICA EM QUADROS CLÍNICOS PRECURSORES DE PRECONCEITO

HANSENIASE - WELCOMING AS GOOD PRACTICE IN PRE-PRECISE PRECURSION
CLINICAL FRAMEWORKS

Natália Murad Schmitt¹

Francis Aiala de Araújo Ferreira¹

Ingrid Lima Cardoso¹

Bianca Lorena Ferreira¹

Marcelo Hubner Moreira²

Patrícia dos Santos Silva Queiroz²

Marluce Sampaio Nobre Barbosa²

Adriana Ramos Leite Matalobos²

Carla Araújo Bastos Teixeira²

Janine Silva Ribeiro Godoy²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

No Brasil, a Hanseníase é um problema relevante de saúde pública, e segundo o Ministério da Saúde (1999), “em todas as unidades federadas, com exceção dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, as taxas de prevalência são consideradas como de alta e média endemicidade, com um preocupante incremento na taxa de detecção nos últimos 10 anos”, no entanto, além dos obstáculos enfrentados pela doença, o indivíduo com o quadro de hanseníase ainda é alvo de preconceito e discriminação da sociedade, dos profissionais de saúde, da família e de si próprio, e o principal motivo é devido à falta de informação sobre a doença e sobre os direitos humanos. Por meio da observação e embasamento teórico, este relato de experiência vem contemplar que o acolhimento pode ser uma boa prática em quadros clínicos precursores de preconceitos, começando, em primeiro lugar, pelo profissional da saúde.

Palavras-chave: Hanseníase; Detecção; Preconceito; Direitos humanos.

ABSTRACT

In Brazil, the leprosy is a relevant public health problem, according to the Ministry of Health (1999), "in all the federated units, except for the states of Rio Grande do Sul and Santa Catarina, as prevalence rates are considered high and the average of endemicity, with a special weight in the detection rate in the last 10 years ", however, in addition to the obstacles faced by disease, the individual with the background, is a target of prejudice and discrimination of society, health, family and good, the main reason and lack of information about a disease and about human rights. Through the observation and theoretical basis, this experience report comes to contemplate that the reception can be a good practice in preconceived clinical frames, starting first, by the health professional.

Keywords: Leprosy; Detection; Preconception; Human rights.

INTRODUÇÃO

No Brasil a doença é um problema relevante de saúde pública, segundo o Ministério da Saúde (1999), “em todas as unidades federadas, com exceção dos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, as taxas de prevalência são consideradas como de alta e média endemicidade, com um preocupante incremento na taxa de detecção nos últimos 10 anos”, no entanto, além dos obstáculos enfrentados pela doença, o indivíduo com o quadro de hanseníase ainda é alvo de preconceito e discriminação da sociedade, dos profissionais de saúde, da família e de si próprio, e o principal motivo é devido à falta de informação sobre a doença e sobre os direitos humanos. Por meio da observação e embasamento teórico, este relato de experiência vem contemplar que o acolhimento pode ser uma boa prática em quadros clínicos percursores de preconceitos, começando em primeiro lugar, pelo profissional da saúde.

Após a leitura de Coura (2013), pode-se dizer que hanseníase é uma doença sistêmica infectocontagiosa crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, bactéria com tropismo pelos filetes nervosos periféricos. Afeta a pele, os nervos periféricos, as mucosas das vias respiratórias superiores, os olhos, as vísceras abdominais, linfonodos, medula óssea, testículos e ovários. Apesar de ser conhecida desde as antigas civilizações, China, Egito e Índia, das referências do acometimento dos nervos periféricos desde 1847 e de ser seu agente etiológico o primeiro patógeno associado a uma doença no ser humano, persiste até os dias atuais com inúmeros questionamentos e desafios em muitas áreas das ciências biomédicas. A inexistência de meio de cultura para o *M. leprae* é, sem dúvida, responsável por muitos destes questionamentos.

“A doença afeta indistintamente ambos os sexos e a faixa etária mais acometida é o adulto jovem. O período de incubação é longo, em média de 3 a 1 anos, e a transmissão ocorre somente

entre os seres humanos. Admite-se que o contágio se realize pelo aparelho respiratório” relata Coura (2013), p.1411.

A partir da leitura de CID (2011), o modelo da descentralização da gestão da assistência à saúde da população, atualmente em vigência no Brasil, integra as atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase nas demais ações da Atenção Básica. Esta política é resultante de uma das mais importantes estratégias para alcançar a meta da eliminação (taxa de prevalência de 1 paciente para 10.000 habitantes) prevista para a próxima década. Para alcançar esta meta são fundamentais o diagnóstico precoce e a utilização dos esquemas poliquimioterápicos com duração fixa preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, no ano de 2003, foi diagnosticado um total 49.026 casos novos de hanseníase, com taxa de detecção de 2,77 pacientes para 10.000 habitantes. Embora o Brasil, como um todo, seja endêmico, a distribuição dos casos é diferente nas macrorregiões e entre os estados. A taxa de detecção varia de 0,22 pacientes para 10.000 habitantes no Rio Grande do Sul a 12,02 pacientes para 10.000 habitantes no Mato Grosso (COURA, 2017).

Para o Ministério da Saúde (2003), pode-se dizer que a taxa de prevalência no Brasil é de 4,52 pacientes para 10.000 habitantes. Estes números colocam o Brasil em primeiro lugar do mundo em taxa de prevalência e em segundo em número de casos novos. Além disto, entre os casos novos diagnosticados, 5% apresentavam incapacidades, 49% foram classificados como MB (multibacilares) e 8% dos pacientes tinham menos de 15 anos de idade. Estudos de coortes apontam para um percentual significativo de abandono de tratamento, 26%, sendo 15% destes classificados como MB.

DADOS DE IMPERATRIZ – MARANHÃO

No ano de 2015, Figueiredo (2017), relata que foram notificados 186 casos de hanseníase, sendo (57%) masculino e (43%) feminino, quanto a faixa etária, indivíduos com idade entre 20 e 24 anos apresentaram maior percentual, sendo (29,5%), em relação a cura das duas categorias o percentual corresponde a (70%). O autor conclui que existe uma predominância da alta taxa de detecção de casos de hanseníase no município de Imperatriz. Esses dados correlacionam-se com a taxa de detecção nacional, no qual o Maranhão está entre os estados com maior prevalência de casos, à medida que aumenta a taxa de detecção nacional, conseqüentemente aumenta no Maranhão.

OBJETIVO

Descrever a experiência de acadêmicos de Medicina, quanto à compreensão do preconceito que envolve a hanseníase, visando o impacto do acolhimento como uma boa prática terapêutica, no processo de cuidar.

MATERIAIS

A observação feita durante as consultas espontâneas na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Inês, na cidade de Imperatriz – MA, a qual dispôs de recursos humanos e tecnológicos. Os recursos humanos utilizados se configuraram no voluntariado de acadêmicos de medicina, e na parceria entre o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), enfermeiros, preceptora e Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) da Unidade Básica de Saúde já citada. No que tange ao tecnológico, foi utilizado computador durante o atendimento para realização das consultas a partir do prontuário eletrônico, além do preenchimento do prontuário de forma manual.

MÉTODOS

O presente estudo é um relato de experiência com caráter observacional da experiência vivida pelos alunos de medicina na atenção básica, na qual foi feito atendimento de demanda espontânea e que permitiu a observação de atendimentos variados.

A revisão bibliográfica foi feita através de pesquisas em livros e textos, pelos quais foram obtidos dados importantes, assim como a pesquisa documental, visto que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não. Quanto a análise descritiva, o ambiente natural é a própria fonte para coleta de dados, relacionados ao relato de experiência.

Foi realizado um estudo bibliográfico a partir da observação, em acompanhamento de consultas, onde a equipe de estudantes teve a oportunidade de participar com questionamentos e perguntas diretas ao paciente.

A partir da observação é possível vislumbrar os fatos em tempo real, reconhecer um problema e formular perguntas. Já o estudo bibliográfico, permite à equipe reunir o máximo de informações sobre o tema, o que causa uma boa discussão.

Os dados foram coletados em duas datas diferentes, caracterizadas como consultas e com duração, aproximada, de 40 minutos cada.

RESULTADOS

No dia 23 de agosto de 2017, um paciente identificado como JVS, portador de Hanseníase, foi recebido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Santa Inês pelos alunos de Medicina e

a preceptora que os acompanha. O paciente veio em busca da terceira dose do tratamento a que estava submetido, o qual se iniciou no dia 26 de junho de 2017, quando compareceu no posto de saúde encaminhado com diagnóstico de hanseníase, apresentando manchas em placas na região lombar e escapular, e também se queixava de coceira em alguns locais. Após o atendimento foi feito acompanhamento da dose supervisionada e então recebeu a primeira cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio.

Esse retorno do paciente a cada 28 dias, se faz necessário pois segundo o Ministério da Saúde (1999), “esta oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos, agendar o exame clínico e a vacinação do contato”. Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada, o Ministério da Saúde (1999), afirma que estes “deverão ser visitados, dentro de no máximo 30 dias, em seus domicílios, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono”.

Durante o atendimento, o paciente relatou ainda à equipe como era seu dia a dia, mencionou que mora sozinho e sente dificuldade com certas tarefas como cozinhar, sente falta de companhia ao chegar do trabalho, trabalha em obras, com isso durante o dia veste blusas de manga comprida para se proteger contra o sol e também para evitar que as lesões fiquem visíveis. Percebeu-se um quadro depressivo, além de certo receio em compartilhar com outras pessoas seu quadro clínico, preferindo não se expor.

“Na hanseníase, a depressão se destaca por ser o transtorno psiquiátrico mais comum entre os pacientes”, relata Correa (2013), portanto é fundamental o acolhimento ao se tratar de pacientes suscetíveis à depressão, principalmente quando o quadro envolve doenças contagiosas, podendo gerar preconceito dentro da comunidade, dentro de casa, no âmbito hospitalar e principalmente preconceito consigo mesmo.

No dia 20 de setembro de 2017, o paciente compareceu na UBS para sua quarta dose da medicação. Chega de blusa de manga comprida novamente, cabisbaixo, relata as mesmas dificuldades, percebe-se um quadro mais depressivo quando ele diz que morar sozinho não era muito bom, pois ao chegar em casa não tem ninguém para conversar, que a sensação de estar sozinho, era ruim. Chegou apresentando tosse acompanhada de gripe, pele hidratada, apesar de não fazer uso de protetor solar, e não teve alteração de peso.

Após o atendimento foi feito acompanhamento da dose supervisionada e então recebeu a quarta cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio.

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e

problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. (MINISTERIO DA SAUDE, 2001, p.4).

Diante do exposto, vale a pena ressaltar que é perceptível que o estigma e preconceito existe e não pode ser negligenciado, portanto, o acolhimento ao portador da hanseníase deve começar pelo profissional que o atende, seguido de orientações aos familiares e ao próprio paciente.

No dia 10 de outubro de 2017, comparece na UBS para sua quinta dose da medicação, mais uma vez vestido com camisa de mangas longas, aparência normal apesar de não dar muita abertura para conversas, não se queixa, porém ainda apresenta rachaduras no calcanhar direito e nas mãos, e por fim, foi orientado quanto ao uso de protetor solar.

Após o atendimento foi feito acompanhamento da dose supervisionada e então recebeu a quinta cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio.

Após esse episódio foi indicado uma visita domiciliar para averiguar o que está acontecendo, pois o paciente abandonou o tratamento.

DISCUSSÃO

Brêtas e Gambar (2006) relatam que a hanseníase é uma doença infecciosa bacteriana de evolução muito lenta, e é predominante no adulto. Também afirmam que atinge a pele e os troncos nervosos, principalmente aqueles que têm inserção mais periférica, ou seja, passam mais próximos à pele. As incapacidades por lesões de nervos podem ocorrer nos olhos e nos membros superiores e inferiores. É uma doença curável, no entanto, quanto mais tardios forem o diagnóstico e o tratamento, maior o potencial incapacitante decorrente do comprometimento das fibras nervosas sensoriais, autonômicas e motoras, como também afirma o MS

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001, p. 7).

Filho e Gomes (2014), ressaltam que o estigma é um atributo que produz um descrédito amplo na vida de um indivíduo, estabelecendo uma relação com o outro impessoal, despersonalizante. Origina-se, geralmente, de situações fora dos padrões sociais aceitos como normais, sendo que um indivíduo estigmatizado costuma sofrer rejeição, levando inclusive à depressão.

A hanseníase carrega uma importante carga de preconceitos acumulados, que ocorrem a partir de construções sociais relacionadas com mitos e credences

tradicionais, originados na desinformação e no desconhecimento. O estigma é figura central do impacto social da hanseníase. Seu longo alcance leva à exclusão social do doente, à evasão dos serviços, à deterioração da saúde individual e do *status* socioeconômico, à redução da qualidade e da eficácia dos programas voltados ao seu controle. O estigma não é um fenômeno único, possui vários componentes: o autoestigma (vergonha, baixa autoestima pelo portador da doença), o estigma público (por exemplo, o preconceito do público em geral), que também está associado à restrição da participação social e da discriminação da pessoa infectada. (FILHO E GOMES, 2014, p. 154).

Tendo em vista que o termo “qualidade de vida” engloba componentes físicos, afetivos, cognitivos, comportamentais e circunstanciais e que a depressão é uma doença que afeta precisamente essas mesmas dimensões da vida do paciente, Diniz (2013), relata que “é possível compreender o que determina que indivíduos deprimidos tenham indicadores de qualidade de vida pior do que aqueles portadores de uma série de outras doenças clínicas”.

Particularmente danosa para o funcionamento global de qualquer pessoa, a depressão vem sendo apontada como um dos problemas de saúde que mais prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos. Isso se deve não só à sua altíssima prevalência na atualidade, mas também ao fato de ser uma doença que acomete e distorce precisamente o modo como o doente se autoavalia e sua maneira de enxergar o mundo. (DINIZ, 2013. p. 154).

Mastrososa (2014) relata que os sintomas da depressão que estão relacionados aos episódios depressivos estão centrados na função psíquica da afetividade e do humor. Sendo assim, os prejuízos sofridos pelo paciente com depressão acabam afetando muito sua qualidade de vida, pois perdem a capacidade de experimentar o prazer e mostram-se profundamente tristes.

Filho e Gomes (2014), estabelecem que a carência de conhecimentos e a persistência do preconceito em nível profissional, que deveria deter informações em hanseníase e interagir de maneira não preconceituosa com o paciente, é grande. A desinformação e a desigualdade social alimentam o preconceito. O profissional de saúde deve estar consciente da importância do seu papel no processo de tratamento e cura da hanseníase, prestando assistência humanizada a esses usuários, para que possa ser oferecido tratamento de forma integral, garantindo cura e reabilitação, e encorajando a comunidade a participar de ações coletivas que visem ao esclarecimento acerca da doença.

O preconceito existe principalmente devido à carência de conhecimento da população sobre a doença, tratamento e cura, e principalmente pelo estigma criado na antiguidade, pois era uma doença que causava total exclusão social, o portador deveria ser confinado em hospitais-colônia, em que era afastado completamente de familiares e amigos. A hanseníase tem uma terrível imagem na história e na memória das pessoas como uma doença muito contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição ao doente, e originando sua exclusão da sociedade. (CID, et al, 2011, p. 6).

Ainda segundo Filho e Gomes (2014), os pacientes de hanseníase, em sua maioria, vêm dos estratos mais pobres da sociedade, parcelas populacionais de menor acesso ao sistema público de saúde. A isso são acrescidas as dificuldades da baixa escolaridade e do estigma, do acolhimento, tratamento, acompanhamento e reinserção social do hanseniano. O profissional de saúde, quando age de maneira preconceituosa e despreparada, contribui para a persistência de um agravo cuja existência é injustificável. Por fim, vale a pena ressaltar que, identificar o predomínio de sintomas depressivos em pacientes com doenças físicas é uma tarefa difícil e exige cautela dos profissionais de saúde, uma vez que muitos sinais e sintomas importantes da depressão podem ser confundidos com as características da própria doença física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do trabalho percebe-se a preocupação de alguns autores em relação ao modo de como lidar com pacientes com quadro de hanseníase, pois a ansiedade, a depressão e o preconceito gerado pelo paciente, em determinado momento se refletirá em seu comportamento. Dependendo do grau de ansiedade, esse efeito pode ser positivo ou negativo e o acolhimento aqui citado e insistido como prática durante o tratamento, implica na vivência e no grau de envolvimento do indivíduo com o mesmo.

Brêtas e Gambar (2006), frisam que a educação em saúde deve ser inerente a todas as ações no controle da hanseníase, envolvendo profissionais, familiares, comunicantes, serviço de saúde e população. Deve, ainda, desenvolver busca ativa de casos, diagnóstico precoce, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e manutenção do doente no convívio social.

Investigar e interagir com os comunicantes significa realizar a busca sistemática de novos casos entre as pessoas que convivem com o hanseniano, para adotar medidas de prevenção e educação em saúde: diagnóstico precoce (exame dermatoneurológico), informações sobre a doença, realização de grupos de discussão sobre a hanseníase e os cuidados para diminuir os danos aos doentes. (BRÊTAS e GAMBAR, 2006. p. 212).

Portanto, frente ao contexto, o profissional de saúde deve estar consciente da importância do seu papel no processo de tratamento e cura da hanseníase, prestando assistência humanizada a esses usuários, para que possa ser oferecido tratamento de forma integral, garantindo cura e reabilitação, e encorajando a comunidade a participar de ações coletivas que visem o esclarecimento acerca da doença.

Diante do que foi exposto no relato de experiência, a equipe de alunos de Medicina teve a oportunidade de observar e vivenciar o processo de tratamento do paciente, permitindo-se, desde já, uma futura prática profissional, a qual se resguarda os direitos humanos.

REFERÊNCIAS

BRÊTAS, Passarella; GAMBAR, Mônica Antar. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri, SP: Manole, 2006.

CID, Renata Dias de Souza. Et al, **Percepção de Usuários sobre o preconceito da Hanseníase**. Reverene: Revista da rede de enfermagem do Nordeste. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1158/pdf>> Acesso em: 15/10/2018

CORRÊA, Bruna. *et al.* **Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase**. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=528> Acesso em: 15/10/2018

COURA, José Rodrigues. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias** – 2º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

DINIZ, Denise Pará. **Guia de qualidade de vida: saúde e trabalho**. 2º edição. Barueri, SP: Manole, 2013.

FIGUEIREDO, Aline Santana. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Imperatriz do Maranhão**. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/mpct2017/44954-perfil-epidemiologico-da-hanseníase-em-imperatriz-maranhao> > Acesso em: 16/10/2018

MASTROSA, Fernanda Micheleti. **Enfermagem em clínica psiquiátrica**. 1º edição. São Paulo: Érica, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da Hanseníase na Atenção Básica, Guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N°125, de 26 de março de 2009. **Define ações de controle da hanseníase**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html> Acesso em: 15/10/2018

**VISITA DOMICILIAR A PACIENTE COM RESTRIÇÃO LOCOMOTIVA
ACOMPANHADA POR ALUNOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**HOME VISIT TO PATIENTS WITH LOCOMOTIVE RESTRICTION ACCOMPANIED BY
GRADUATE STUDENTS IN MEDICINE: AN EXPERIENCE REPORT**

Bruno Rafael Soares de Medeiros Silva¹
Carolina Simari Teixeira Cezafar¹
Danilo José Everton Lopes¹
Felipe Antonio Alves Albarelli Leda¹
Leonardo Martins Penna¹
Rafael Venturim Neto¹
Gizele Cristine S. Campos Ferreira²
Adriana Ramos Leite Matalobos³
Carla Araujo Teixeira Bastos³
Janine Silva Ribeiro Godoy³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

O ensino da medicina se modificou bastante ao longo do tempo, os métodos de aprendizagem foram evoluindo, buscando sempre melhorar a qualidade da formação do profissional médico. Desse modo, a grade curricular do curso de medicina da Universidade CEUMA de Imperatriz tem como um de seus eixos educacionais o IESCG (Interação Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão), que implanta, já no primeiro período, os alunos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se realiza visitas domiciliares a pacientes incapazes de se locomover até o posto de saúde. O relato de experiência a seguir foi baseado em uma dessas visitas, na qual a paciente alvo apresenta deficiência visual causada por glaucoma, além de outras patologias médicas diversas a serem apresentadas na descrição da experiência. Porém, apesar da dificuldade enfrentada por todos os deficientes visuais, a paciente em questão apresenta extrema familiaridade com sua rotina e suas atividades diárias, sendo capaz de levar uma vida equilibrada e, de certa forma, normal.

Palavras-chave: Métodos; Profissional; Visita domiciliar; Deficiente visual.

ABSTRACT

The teaching of medicine has changed a lot over time, the methods of learning have evolved, always seeking to improve the quality of the training of medical professionals. Thus, the curriculum of the medical course at the CEUMA University of Imperatriz has as one of its educational axes the IESCG (Interaction between Teaching, Service, Community and Management), which deploys students in Basic Health Units in the first period (BHU), where home visits are made to patients unable to move to the health center. The following experience report was based on one of these visits, in which the target patient has visual impairment caused by glaucoma, in addition to other diverse medical pathologies to be presented in the description of the experience. However, despite the difficulty faced by all visually impaired people, the patient in question is extremely familiar with her routine and daily activities, being able to lead a balanced and, in a way, normal life.

Keywords: Methods; Professional; Home visit; Visually impaired.

INTRODUÇÃO

A complexidade e a diversidade de atuação profissional no campo da saúde vêm exigindo mudanças no processo de formação para a área, o que envolve novas perspectivas de relação entre docentes, estudantes e Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade, desta forma o eixo do IESCG têm com intuito atender a demanda desta nova atuação profissional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção, com base no rigor técnico e científico (MATTOS, 2008).

Nesse sentido, desde 2002 encontram-se vigentes as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Medicina a serem observadas na organização curricular das IES do Brasil (BRASIL, 2002).

As diretrizes definem o objetivo do curso de Medicina e o currículo de base nacional comum a ser complementado com uma parte diversificada capaz de refletir a experiência de cada instituição e os condicionantes do quadro regional em que ela se situa. Além disso, as DCN sinalizam uma mudança paradigmática na formação, de um profissional crítico, capaz de aprender a aprender, de trabalhar em equipe e de levar em conta a realidade social.

Nessa perspectiva, a formação do passa a contemplar o sistema de saúde vigente no país, preparando, em especial, para o trabalho na Atenção Básica em Saúde, bem como para a atuação em outros níveis de atenção dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência. Com relação à instituição formadora, essa deve estar aberta às demandas sociais,

ser capaz de produzir conhecimento relevante e útil. Nessa lógica, é priorizada a atenção universal à saúde, com qualidade e ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças (MORITA; HADDAD, 2008).

Na Atenção Básica à Saúde através do IESCG o estudante trabalha com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2007).

As demandas singulares de cada comunidade apresentam-se como um desafio constante: desenvolver a habilidade de diagnóstico precoce e identificar estratégias de intervenção coletivas e individuais comprovadamente efetivas, incorporando a cultura, tanto quanto possível, ao manejo das condições daquela população (STEIN, 2007).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011).

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistematicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira aberta ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados à pressão sobe (SBC, 2016).

A pressão alta ataca os vasos, coração, rins e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, entupir ou romper. Quando o entupimento de um vaso acontece no coração, causa a angina que pode ocasionar um infarto. No cérebro, o entupimento ou rompimento de um vaso, leva ao "derrame cerebral" ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. Todas essas situações são muito graves e podem ser evitadas com o tratamento adequado, bem conduzido por médicos (SBC, 2016)

Pressão alta é uma doença "democrática". Ataca homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros. A Hipertensão é muito comum, acomete uma em cada quatro pessoas adultas. Assim, estima-se que atinja em torno de, no mínimo, 25 % da

população brasileira adulta, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. É responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão (SBC, 2016).

O Glaucoma é uma doença que resulta principalmente do aumento da pressão intraocular que lesa o nervo óptico e conduz a perda progressiva da visão. É uma das principais causas de cegueira que poderia ser evitada com diagnóstico precoce através de exames oftalmológicos periódicos e controle da pressão intraocular. A frequência com que ocorre a doença, e a dificuldade no diagnóstico precoce, faz do glaucoma um importante problema de saúde pública. O glaucoma não tem cura, mas pode ser controlado com tratamento adequado e contínuo. Outro aspecto relevante do glaucoma é que, mesmo nos países mais desenvolvidos, apenas 50% dos doentes são efetivamente diagnosticados, considerando-se que em países pobres ou em vias de desenvolvimento esta percentagem seja muito inferior (ABRAG, 2004).

OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada pelos alunos da Universidade CEUMA do curso de medicina, descrevendo com detalhes a visita domiciliar a uma paciente com deficiência visual.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

É papel preponderante do aluno de medicina envolver-se em atividades alusivas à promoção da saúde durante o período em que está sendo preparado para aplicação profissional futura, e sendo alunos do primeiro período, o acompanhamento às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que realizam visitas domiciliares é um dos principais focos de aprendizado, já que possibilita o acesso ao trabalho multiprofissional realizado no seio do ambiente familiar e diante das reais necessidades de cada paciente acompanhado.

Segundo Mazza, (2008) “a ESF surge como instrumento para atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua”. De acordo com o Ministério da Saúde, “uma das atividades intrínsecas à ESF é a visitadomiciliar, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas e potencialidades”.

As visitas domiciliares são realizadas como parte do cuidado continuado aos pacientes cadastrados Unidade Básica de Saúde (UBS) que necessitam de acompanhamento contínuo e apresentam dificuldade em ir até o posto físico. Em sua grande maioria são idosos incluídos no

sistema epidemiológico Hiperdia, relativo aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, já que estes necessitam de acompanhamento contínuo devido à cronicidade de suas patologias, e por muitos serem ainda portadores de necessidades especiais decorrentes de sequelas. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde, “atuar sobre as causas das deficiências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não-governamentais e as empresas privadas, as universidades, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos”.

A equipe de acompanhamento pode ser composta basicamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, ou compreender especialidades diversas disponibilizadas através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, homeopatas, acupunturistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, e afins, que complementem a necessidade de cada paciente, desde que o objetivo de melhoria da qualidade de vida, recuperação e/ou evolução do quadro sejam atendidos. Segundo Sakata, “a visita domiciliar é considerada essencial para a Estratégia Saúde da Família, sendo uma atividade desenvolvida para além das estruturas físicas das unidades de saúde, porém composta pela mesma equipe multiprofissional e pelos agentes comunitários da saúde (ACS). Um dos aspectos relevantes desta ação é o seu potencial de promover maior interação entre equipe de saúde e população”.

Diante o exposto, o caso escolhido para ser aqui relatado foi o da Sra. R.A.V., idosa com 74 anos de idade, incluída no Hiperdia por ser hipertensa. Ela é portadora de deficiência visual total e irreversível provocada por glaucoma, e é acompanhada há mais de dez anos pela equipe de ESF da UBS Santa Rita. É preconizado pelo Ministério da Saúde que “as pessoas com deficiência não devem ser consideradas doentes, mas sim vivendo em situações especiais, que a sociedade e os governos têm a obrigação de considerar no sentido de igualar as oportunidades de convivência”.

Durante a visita à sua residência, pudemos notar o quão à vontade a paciente se sente junto à equipe que lhe acompanha, e que essa proximidade é fundamental para a estabilização de seu estado de saúde. O conhecer o outro, além dos sentidos primários do ser humano, é uma barreira que deve ser transponibilizada por uma equipe humanizada. “É importante frisar que a acessibilidade não está associada apenas a ambientes físicos e mobiliários adequados, mas também ao acolhimento humanizado nos serviços públicos”, complementa o Ministério da Saúde em suas recomendações.

O Censo 2000 identificou que 24,5 milhões de pessoas (14,5% da população brasileira) têm algum tipo de deficiência, sendo que destas, 48% de pessoas têm deficiência visual. “No Brasil, cerca de 1,5% a 2% das pessoas acima dos 40 anos são portadores de glaucoma. A doença é crônica, incurável e seus portadores devem ser tratados por toda a vida”, de acordo com dados

do Ministério da Saúde. Isso significa que casos semelhantes ao da Sra. R.A.V. repetem-se corriqueiramente no dia a dia das equipes de ESF Brasil afora. Complementando ainda esse cenário, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que o município de Imperatriz possui uma população atual estimada em cerca de 255 mil pessoas, sendo que destas, no censo de 2010, 582 pessoas se disseram impossibilitadas de enxergar de modo algum e mais de 9 mil pessoas se disseram com grande grau de dificuldade de enxergar.

Para esses pacientes, o atendimento individualizado, em preceito aos princípios do SUS, é fundamental, já que eles possuem limitação sensorial extensa que se amplia para a mobilidade, confiança e dificuldade de adaptação. O Ministério da Saúde orienta que “as sociedades e seus governos devem assegurar aos seus cidadãos a igualdade de oportunidades em todas as situações de vida, para que eles possam desenvolver seus potenciais, incluindo cuidados especiais para com aquelas pessoas que apresentam mais dificuldades”.

A visita domiciliar incluiu anamnese, exame clínico e monitoramento de sinais vitais. O quadro clínico da paciente mostrou-se estável, com a aferição da pressão arterial (PA) normal, pulso normal e sem variação no peso e circunferência abdominal. Foi receitado para ela a medicação habitual para controle da hipertensão arterial, além de medicamento para indigestão e vitaminas para melhoria da vitalidade.

Toda a comunicação direta foi feita inicialmente para a paciente. As receitas aviadas foram explicadas para ela, que demonstrou ser uma mulher independente em seu ambiente residencial, conhecedora dos cômodos e locais de manejo, incluindo as medicações que toma. Cada remédio fica posicionado da mesma forma e a paciente conhece os horários e posologias, cuidando ela mesma das tomadas. Possui limitação em ingerir medicamento líquido, já que não poderia estabelecer a dosagem correta sem auxílio de terceiros. Mas como esse fato já é conhecido pela equipe, o médico sempre opta por medicação apresentada em comprimido ou cápsulas.

A postura de atendimento individualizado é ato primário em situações especiais, conforme exposto por Savassi quando diz que “os profissionais realizam as orientações, o atendimento e acompanhamento conforme as situações apresentadas, viabilizando e agilizando o cuidado a estas pessoas e aos seus familiares”, através do “desenvolvimento e a ampla utilização das linguagens acessíveis que facilitam a comunicação das pessoas que apresentam deficiência intelectual, visual e/ou auditiva”, complementa Mozza (2009).

“A identificação do cuidador nas visitas domiciliares facilita as orientações da assistência no domicílio”, conforme exposto por Mendes, por isso seguidamente ao primeiro cuidado, todas as recomendações foram repassadas ao filho presente, que cumpre o papel de cuidador, responsável por auxiliar a mãe na organização dos itens e obtenção de auxílio, sempre que necessário.

Nos relatos explicita-se a relevância da abordagem no ambiente domiciliar, em especial o ‘saber ouvir’, como forma de ampliar o potencial da visita domiciliar para o processo de saúde. Esta habilidade na comunicação desperta o sentimento de confiança, estabelece relacionamento interpessoal da equipe multiprofissional/pacientes e familiares, permitindo assim despertar confiança, segurança e satisfação neste processo dialógico. O ‘saber ouvir’ tem como propósito compreender o outro e também ser compreendido, considerando o ouvir um processo ativo, que requer muita energia e esforço na atenção às situações relacionais”, explora Stefanelli, e diz ainda que “a comunicação no âmbito da saúde precisa ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e desta forma favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia na abordagem familiar”. O uso da comunicação terapêutica nesta prática é relevante, pois a visita é um mecanismo que permite a criação de vínculo com oportunidade de conhecer o modo de vida e relações intra-familiares”, complementa Sakata.

A visita domiciliar como um processo continuado a ser realizado pela mesma equipe de saúde acaba sendo, assim, mais que um bem, e sim um direito fundamental para pacientes enquadrados em situação semelhante à relatada. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) é composta por cinquenta artigos que tratam dos diversos direitos das pessoas com deficiência, e que as definem, em seu artigo 1º, como: Aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Sendo assim, é papel dos agentes promotores de saúde atuarem no avanço dessas barreiras pelas pessoas que estão impossibilitadas de alcançar por si só os serviços disponibilizados pelo SUS a todos os cidadãos brasileiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este relato de experiência, percebemos que a relação saúde/doença atrelada a interação médico/paciente evoluiu junto aos mecanismos utilizados para obter um acompanhamento satisfatório no âmbito conhecido por ser o nível 1 (um) do SUS, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde.

A experiência relatada diz respeito à importância da Visita Domiciliar no acompanhamento do paciente em questão. Como dito anteriormente, o caso escolhido para ser retratado foi o da Sra. R.A.V, que, apesar de demonstrar total força de vontade ao não permitir que sua deficiência visual afete sua vida consideravelmente, é acompanhada a mais de dez anos pela equipe de ESF da UBS Santa Rita. Tal acompanhamento gera uma aproximação de caráter humanista e profissional para com o paciente.

Tratando-se de algo tão importante como a essência humana, o acompanhamento em domicílio acaba por se tornar a melhor opção, e quanto antes for praticado, melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAG. Associação brasileira de glaucoma. **Exercícios aeróbicos podem ajudar a reduzir a pressão intraocular**, 2004. Disponível em http://www.abrag.com.br/paginas/informativo_7.htm. Acesso em: 13.11.17.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe Saúde + Ano VI. Nº 162** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe162>>. Acessado em: 15.11.17.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema único de Saúde – SUS**. Brasília, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº3/2002, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 04 mar, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sgtes>>. Acessado em: 13.11.17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/PNAB.pdf>> Acessado em: 13.11.17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília; 2005.

MATTOS, D. A integração curricular na odontologia e a incorporação do princípio da integralidade em saúde: encontros ou desencontros? In: MACAU, M, G. L. **Saúde bucal coletiva**: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

MAZZA, Verônica de Azevedo et al. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar**. Rev. Cogitare Enferm. Curitiba, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16380/10861>>. Acessado em: 12.11.17.

Mendes AO, Oliveira AF. **Visita domiciliares pela equipe de saúde da família: reflexão para um olhar ampliado do profissional**. Rev BrasMed da Fam e Com, 2008. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/64/55>>. Acessado em: 15.11.17.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de saúde da família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Coords.). **Saúde bucal das famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, 2006. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onuconvencao-dos-direitos-das-pessoas-com-deficiencia/>>. Acessado em: 14.11.17.

Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. **Concepções da equipe saúde da família sobre a visita domiciliares**. Rev Bras Enferm, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/07.pdf>>. Acessado em: 13.11.17.

Savassi LCM, Dias MF. **Visita domiciliar. grupo de estudos em saúde da família**. AMMFC. Belo Horizonte, 2006. Disponível: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm> Acessado em: 14.11.17

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL>. Acessado em: 15.11.17.

Stefanelli CM. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. São Paulo:USP; 1993.

STEIN, A. **Os desafios do ensino da Atenção Básica. Práticas clínicas ressignificadas na atenção básica** (Clinical strategies in primary care). Brasília, 2007.

**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NA FORMATAÇÃO DO
FAMILIOGRAMA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

**THE IMPORTANCE OF HOME VISIT IN FORMATING THE FAMILIOGRAM IN BASIC
HEALTH CARE: AN EXPERIENCE REPORT**

Caio Rodrigo Santana Marques¹
Eduarda de Aguiar Lisboa¹
Vanessa Goedel¹
Virna Vitoria Lima Brauna Cunha¹
William Hafemann Castro¹
Marluce Sampaio Nobre Barbosa²
Adriana Ramos Leite Matalobos²
Carla Araújo Bastos Teixeira²
Janine Silva Ribeiro Godoy²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: janine.silva@ceuma.br

RESUMO

A Atenção Primária tem a estratégia saúde da família como prioritária para a sua organização, tendo o indivíduo como um ser portador de peculiaridades e vulnerabilidades, que está inserido num meio social que o faz ser único e indissociável, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Este trabalho visa relatar a experiência ocorrida no eixo de Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão - IESCG em campo de prática do curso de Medicina da Universidade CEUMA, no que se refere às atividades desenvolvidas por cinco discentes com a finalidade de adquirir conhecimentos e compreender a importância da visita domiciliar (VD) para estabelecer contato direto com a família e para produção do familiograma. Apresentar a experiência dos estudantes de Medicina no âmbito da Unidade Básica de Saúde do Parque São José. Os alunos realizaram uma VD com o fito de praticar a anamnese e montar o familiograma da família escolhida; utilizaram-se canetas e cadernos para anotações acerca da abordagem. Foi possível elencar os principais desafios vivenciados pelos residentes no domicílio acerca de problemas relacionados a saúde. Assim sendo, com a ajuda do familiograma, colocou-se em evidência, sobretudo, os males psicossociais advindos de certas relações conturbadas ocasionadas, principalmente, pelos “filhos” — na “ponta” do fluxograma — da família. Foi gratificante a experiência, uma vez que a boa receptividade encontrada naquela família revelou a importância da boa relação médico-paciente para conhecer e reconhecer as necessidades de cada membro.

Assim, podendo intervir no processo saúde-doença na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde destes indivíduos.

Palavras-chave: Atenção Primária; Visita domiciliar; Familiograma.

ABSTRACT

Primary care has the family health strategy as a priority for its organization, with the individual as a being with peculiarities and vulnerabilities, which is inserted in a social environment that makes him unique and inseparable, according to the precepts of the Unified System. This work aims to report the experience that took place in the Integration of teaching, service, community and management – IESCG field of practice of the medicine course at the CEUMA University, with regard to the activities developed by five students with the purpose of acquiring knowledge and understand the importance of home visits (HV) to establish direct contact with the family and to produce the famiogram. To present the experience of medical students in the scope of the Basic Health Unit of Parque São José. The students performed a VD in order to practice the anamnesis and set up the famiogram of the chosen family; pens and notebooks were used for notes on the approach. It was possible to list the main challenges experienced by residents at home regarding health-related problems. Therefore, with the help of the famiogram, the psychosocial evils arising from certain troubled relationships caused, mainly, by the “children”- at the “end” of the flow chart – of the family, were highlighted. The experience was gratifying, since the good receptivity found in that family revealed the importance of a good doctor-patient relationship to know and recognize the needs of each member. Thus, being able to intervene in the health-disease process in the promotion, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of the health of these individuals.

Keywords: Primary Care; Home visit; Familiogram.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária tem a saúde da família como estratégia prioritária para a sua organização tendo o indivíduo como um ser portador de peculiaridades e vulnerabilidades que está inserido num meio social que o faz ser único e indissociável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse contexto, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), a visita domiciliar faz parte de um leque de opções para que o profissional consiga adentrar às particularidades do paciente, assim, conseguindo abordá-lo de maneira integral, fomentando, também a equidade. Isto é, tratando aqueles que, muitas vezes, possuem condições biológicas, psíquicas, sociais, econômicas ou espirituais que impedem a sua chegada à porta de entrada do SUS: a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Este trabalho visa relatar a experiência ocorrida no eixo de Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) em campo de aula prática do curso de Medicina da Universidade CEUMA, no que se refere às atividades desenvolvidas por cinco discentes com a finalidade de adquirir conhecimentos e compreender a importância da visita domiciliar para estabelecer contato direto com a família, com objetivo de promover a interação entre acadêmicos de medicina e a comunidade da área adscrita, para assim estabelecer um vínculo, ferramenta de suma importância para o trabalho de equipe em saúde domiciliar, possibilitando aplicar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao decorrer do curso. Trata-se de um relato de experiência construído a partir de algumas visitas domiciliares (VDs) na UBS do Parque São José, Imperatriz- MA, que contou com a supervisão da preceptora Mayerle e a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da respectiva microárea.

Foi coletado dados dos membros da família 22 e 23 utilizando a anamnese como ferramenta principal e também a partir do familiograma, tendo a matriarca da família e alguns outros membros como os informantes dos dados. Percebeu-se no desenvolvimento do trabalho que o acolhimento aos usuários e a família soma-se a interatividade e confiança pré-estabelecida para assim colher dados importantes para o diagnóstico situacional e compartilhamento de conhecimentos, esclarecendo dúvidas e auxiliando nas diversas atividades que o médico desempenha em sua atuação com a comunidade.

O relacionamento entre a equipe acadêmica e o local foi harmonioso, o que tornou a prática agradável e engrandecedora. Foi perceptível que para atuar em saúde da família o profissional médico precisa de conhecimentos prévios amplos, tanto teóricos quanto práticos. Assim, concluiu-se que o eixo IESCG proporcionou uma experiência enriquecedora para a formação profissional discente no curso de graduação de medicina do CEUMA.

OBJETIVOS

Este relato tem por objetivo apresentar a experiência dos estudantes de Medicina no âmbito da Unidade Básica de Saúde do Parque São José com a interação entre acadêmicos de medicina, família e comunidade ao desenhar a família através do familiograma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Materiais

Foram utilizados canetas e cadernos para anotações acerca da família abordada.

Métodos

A fim de elucidar os detalhes envolvendo o familiograma, de maneira detalhada, foi feito um planejamento e, em seguida, uma visita ao domicílio a fim de efetuar entrevistas com alguns dos membros da família em questão. Uma vez que, a visita domiciliar é uma ferramenta de suma importância para o trabalho de equipe na Atenção Primária da Saúde na coleta de dados podendo observar o indivíduo como um ser holístico. Nessa linha de raciocínio, foi feita uma abordagem descontraída e acolhedora a fim de detectar e colher as mais intrínsecas particularidades presentes naquele recinto domiciliar.

RESULTADOS

No decorrer das aulas ministradas em campo do eixo IESCG foi possível aplicar conhecimentos teóricos adquiridos em explanações durante as diversas disciplinas vistas nos três meses do curso de medicina. Uma vez que, todo e qualquer conhecimento agrega valores e saberes diferentes.

No dia 8 de novembro de 2017, foi realizada uma visita domiciliar no território da Unidade Básica de Saúde Parque São José, na cidade de Imperatriz- MA. Alunos do curso de medicina do 1º período junto a preceptora/enfermeira Mayerle e a agente comunitária de saúde correspondente a microárea abordada foram a duas residências com núcleos familiares distintos. Porém, a primeira família visitada (família 22) chamou mais atenção pela situação atual que se encontrara.

Segundo Albuquerque e Bosi (2009), para a Estratégia de Saúde em Família, a visita domiciliar é uma ferramenta tecnológica 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.

Ao chegar na residência da visita programada os discentes foram acolhidos pela matriarca da família. A usuária entrevistada relatou sobre a realidade atual do seu grupo familiar e as informações importantes sobre os membros.

As visitas devem ser agendadas antecipadamente e rotineiramente pela equipe de saúde da família, devendo a seleção do indivíduo e/ou das famílias a ser definidos conforme os critérios das prioridades, por conta de especificidades individuais ou familiares. Sendo estas: situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituem risco à saúde (morte súbita

do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica, etc.); problema crônico agravado; situação de urgência; problemas de imobilidade e/ou incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde (BORBA, OLIVEIRA e SAMPAIO, 2007).

Durante a anamnese, baseada em um roteiro prévio, foi possível identificar o quantitativo de membros que ali residem. Trata-se de uma família extensa com três gerações, um casal com 4 filhos, sem nenhum aborto ou natimorto. Sendo a matriarca aposentada, devido a problemas de saúde e o patriarca desempregado e com quadro de ansiedade intenso em decorrência da situação financeira e da perda recente do seu terceiro filho. O primogênito é casado e tem um casal de filhos com sua esposa, a qual tem uma filha do relacionamento anterior. A segunda filha é separada, mora em outro município, tem 2 filhos, sendo que o caçula reside com a avó materna. O terceiro filho, falecido há 3 meses, deixou uma filha de 5 anos que reside com a mãe biológica. E a última, portadora de transtorno mental (depressão) em tratamento desde os 11 anos de idade. Os dados colhidos nos levaram a desenhar um genograma familiar.

Genograma é um eficiente instrumento para obter-se informações a respeito da história familiar, seu padrão de relacionamentos, estrutura e funcionamento, constituindo um mapa relacional do paciente e sua família. Auxilia aos profissionais de saúde na detecção de situações psicossociais e padrões de comportamento que estejam influenciando no processo saúde e adoecimento (MUNIZ, EISENSTEIN, 2009).

A estrutura familiar é entendida como a quantidade de pessoas que moram na casa e suas respectivas funções, o fato de os progenitores estarem vivos ou não, divorciados, separados ou dividindo moradia com outros parceiros, dentre outras características. A partir da estrutura familiar levantam-se dados relevantes para compreender a funcionalidade familiar quais os pontos “fortes” e “fracos” da família para o cuidado domiciliar, onde a família pode cooperar e onde o profissional deverá trabalhar com a família para a melhor assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Durante a visita domiciliar foi possível perceber sinais de apatia e desânimo do patriarca. No momento da aferição da pressão arterial foi identificado uma mancha parda com alteração de sensibilidade na região abdominal. Seguido da suspeita de hanseníase, o paciente teve uma consulta médica agendada para 10/11/2017 onde foi feito o diagnóstico de hanseníase multibacilar. Diante da exposição dos problemas, percebe-se a presença da harmonia e união dos membros mesmo diante de todas as dificuldades referidas. Foram relatos de pessoas humildes, mas com uma riqueza de amor ao próximo que acalma as dores e faz seguir em frente acreditando serem indissociáveis e únicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência possibilitou aos discentes do curso de medicina uma experiência no campo da atenção primária através da visita domiciliar, uma vez que viabilizou a aproximação com a comunidade do Parque São José e um grupo familiar nela inserido. Nesse sentido, foi possível perceber a importância do contato direto com a família em seu ambiente domiciliar, assim a permitir uma maior interatividade com os membros e observar de perto suas características e necessidades.

Vale ressaltar que, o acolhimento foi uma ferramenta valiosa para a realização da anamnese, pois possibilitou a construção do familiograma para um melhor entendimento das relações intra e extrafamiliares e a estrutura e dinâmica dos membros envolvidos no desenho.

Por fim, foi gratificante a experiência em campo, uma vez que a boa receptividade encontrada naquela família revelou a importância do bom vínculo entre o profissional médico e cliente para conhecer e reconhecer as necessidades de cada membro, para assim poder intervir no processo saúde-doença na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde destes indivíduos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A. B. B.; BOSI, M. L. M. **Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública. Fortaleza, 2009.

BORBA, P. C.; OLIVEIRA, R. S; SAMPAIO, Y. P. C. C. **O PSF na prática: organizando o serviço.** Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

BORBA, P. C.; OLIVEIRA, R. S; SAMPAIO, Y. P. C. C. **Organização de visitas domiciliares.** Anais do VI Congresso Brasileiro. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção familiar.** Volume 2. Brasília, 2012.

JAHODA, M. **Empleo y desempleo: un análisis sociopsicológico.** Madrid: Morata, 1987.

MUNIZ, J. R.; EISENSTEIN, E. **Genograma: informações sobre família na (in)formação médica.** REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Rio de Janeiro, 2009.

**A IMPORTÂNCIA DO COACHING NO DESENVOLVIMENTO DO
AUTODIDATISMO EM ALUNOS DE CURSO DE MEDICINA COM
METODOLOGIAS ATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

THE IMPORTANCE OF COACHING IN THE DEVELOPMENT OF AUTODIDACTISM IN
MEDICINE COURSE STUDENTS WITH ACTIVE METHODOLOGIES: AN EXPERIENCE
REPORT

Paula Alexandra Trindade Mota¹

Janine Silva Ribeiro Godoy²

Marcelo Hubner Moreira³

Romulo Dayan Camelo Salgado⁴

Carla Araujo Bastos Teixeira⁵

¹ Pedagoga. Especialista em psicopedagogia Clínica e Institucional. Especialista em Educação Infantil. Universidade CEUMA Imperatriz-MA/Brasil

² Farmacêutica Bioquímica. Doutora em Biotecnologia pelo Programa de Biociências e Fisiopatologia. Docente do curso de medicina da Universidade CEUMA Imperatriz-MA/Brasil

³ Enfermeiro Obstetra. Doutor em Nanobiotecnologia pela FIOCRUZ-RO/BIONORTE. Docente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz-MA/Brasil

⁴ Fisioterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins. Docente do curso de medicina da Universidade CEUMA Imperatriz-MA/Brasil

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo-USP. Docente do curso de medicina da Universidade CEUMA Imperatriz-MA/Brasil

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência realizado com alunos ingressantes do curso de medicina em universidade privada da região tocantina, desenvolvido a partir de estratégias de *coaching* pedagógico. Objetivo: Descrever contribuições do *coaching* no desenvolvimento do autodidatismo dos alunos em uso de metodologias ativas. O estudo foi sistematizado conforme os passos: pesquisa bibliográfica, bases teóricas, descrição da experiência e discussão dos dados. Utilizou-se abordagem qualitativa descritiva. A experiência ocorreu no 2º semestre de 2017 durante atendimentos do Núcleo de Apoio Pedagógico. Resultados e discussão: Os alunos apresentaram dificuldades de adaptação diretamente relacionadas ao uso de metodologia tradicional durante a formação básica. Dessa forma, o aluno se depara com novo modelo de aprendizagem ao ingressar na IES. Considerações finais: Reconheceu-se a importância do *coaching* pedagógico no desenvolvimento do autodidatismo, autonomia e planejamento de estudo, facilitando o desenvolvimento de habilidades e competências.

Palavras-chave: *Coaching*; Metodologia ativa; Medicina; Relato de Experiência.

ABSTRACT

This paper reports on the experience with students of the first semester medical course at a private university in the south of Maranhão, developed by the Nucleus of Psychopedagogical Support - NPS. Objective: to understand the contributions of coaching techniques and tools in the development of self-learning for undergraduate students in medicine using active methodologies. The study was organized according to the following order: bibliographic research on the theme, definition of the theoretical bases, explanation of the experience and discussion of the data. The study was organized according to the following order: bibliographic research on the theme, definition of the theoretical bases, explanation of the experience and discussion of the data. Textbooks and coaching tools were used that favored students' self-learning. Results and discussion: Incoming students presented difficulties adapting to the active methodologies used by the teaching staff of the institution. This difficulty was primarily due to the use of traditional methodology from primary to pre-college. Having the student adapt to an entirely different learning style when entering higher education. Final considerations: It was recognized the importance of coaching work in the development of self-learning, autonomy and study planning. It was concluded that the coaching tools have potential for awakening and development of skills and competences, including the self-learning necessary to the teaching-learning process when using active methodologies.

Keywords: Coaching; Active methodology; Medicine; Experience Report.

INTRODUÇÃO

A metodologia de ensino nas escolas de educação básica, nos dias de hoje, ainda é caracterizada de forma tradicional, na qual tem como figura principal e mais utilizada, o professor, sendo o centro do ensino-aprendizagem, falando e o aluno ouvindo, o ensinante ativo e o aprendente passivo, sem distinção, tanto em escolas públicas quanto em escolas particulares (MOURÃO, 2010). Esse método prevalece em pequenas escalas e sua raiz tem uma força tão grande que mantém as influências no processo educativo, aparecendo com maior evidência quando o estudante chega na universidade e se depara com as metodologias ativas do curso de medicina, onde o protagonista na busca pelo conhecimento é o próprio aluno (MOURÃO, 2010).

Com a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de medicina em 2014, no capítulo I, seção III, art. 7º na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social, ao tempo em que se compromete com a formação das futuras gerações de profissionais de saúde, e o estímulo à mobilidade acadêmica e profissional,

objetivando: aprender a aprender (BRASIL, 2014). No art. 29, parágrafo II das DCNs “A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão” (BRASIL, 2014).

O novo perfil do aluno de medicina requer um aluno autodidata, que seja autônomo e responsável por seu processo de aprendizagem, característica essa cerne da metodologia ativa-PBL (Problem Based Learning), ABP no português (Aprendizagem Baseada em Problemas). No entanto, devido ao formato do ensino médio e a metodologia utilizada, com o professor ainda como o detentor do conhecimento e o aluno passivo e receptor dos conteúdos, esse aprendiz chega na universidade e sente muita dificuldade para adaptar-se à metodologia ativa, onde ele deve buscar o conhecimento ativamente. Pensando nesse desafio, propomos a atuação de um profissional *coaching* para fazer um trabalho com esse aluno, aumentando os resultados positivos por meio de metodologias, ferramentas e técnicas cientificamente validadas, e aplicadas por um profissional habilitado (MATTA, 2016), tornando-se assim relevante a proposta de implementação do apoio de um *coach* pedagógico como orientador para mudança de comportamento, estabelecimento de metas e foco no planejamento de estudo, equilíbrio e aprimoramento da aprendizagem.

Segundo Chiavenato (2002, p.41) “*Coaching* é um tipo de relacionamento no qual o *coach* se compromete a apoiar e ajudar o aprendiz para que este possa atingir determinado resultado ou seguir determinado caminho”. Nesse sentido, esse profissional ajudará esse aluno em busca da autonomia, planejamento de metas e organização de estudo, diminuindo a ansiedade e melhorando sua atuação nessa nova metodologia, e sabendo que o *coaching* oferece um meio para se chegar a um fim, um processo de aprendizagem acelerada, desenvolvimento e autodesenvolvimento (MELO, 2012).

No modelo pedagógico norteado pela ABP, busca-se, principalmente, fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis, tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender pelo resto da vida profissional. Nesse modelo, em que o foco do processo educativo está centrado no estudante, estimula-se a capacidade de autoformação, fomentada pela busca ativa de informações. O estudante é estimulado a construir ativamente sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, para a resolução de problemas selecionados para o estudo, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida (GOMES, 2009).

Atualmente, a palavra *coaching* refere-se a um processo estimulante e criativo, que tem por objetivo inspirar pessoas a maximizar seu potencial de modo a fazer transformações significativas

em suas vidas e atingir resultados extraordinários, desenvolvendo habilidades e competências de acordo com a necessidade de cada indivíduo (FEITOSA, 2013).

O trabalho com o profissional *coaching* inicia-se normalmente pela definição dos objetivos visados pelo cliente, no caso o aluno, que podem abranger áreas tão diversas como a gestão do tempo, o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, a motivação outras. As questões ou temas serão de origem pessoal pensando no desenvolvimento de habilidades, competências e organização de perfil de estudo, enfim, que contribuam para o desenvolvimento do aluno. É importante fazer uma análise do que auxilia ou obstrui o alcance da meta, seja por parte do aluno e/ou do cenário em que está inserido (VIEL, 2010).

Então, para que se inicie o processo, as metas devem ser definidas antes do Plano de Ações, deve-se definir um plano que permita alcançar os resultados desejados. Coletar as informações facilita a definição das fases desse Plano de Ações, com evidências claras de atingimento, prazo determinado, recursos necessários e o comprometimento do aluno frente ao desafio.

O objetivo deste estudo teórico é relatar a experiência vivenciada por um profissional pedagogo com alunos provindos de metodologia tradicional para metodologia ativa, em atendimento pelo Núcleo de Apoio Psicopedagógico - NAP, compreendendo como o *coaching* pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades e de competências para que os alunos do curso de medicina possam desempenhar suas funções como alunos e futuros médicos, pensando nas novas abordagens e metodologias aplicadas nas atividades de cada eixo.

EXPLICITAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O estudo foi organizado com a seguinte ordem: pesquisa bibliográfica sobre a temática, definição das bases teóricas, explicitação da experiência e discussão dos dados. Foi utilizada a metodologia de relato de experiência com abordagem qualitativa. A experiência ocorreu no segundo semestre de 2017 durante os atendimentos do NAP aos alunos de graduação. Foram utilizados textos e ferramentas *coaching* que favoreceram ao autodidatismo dos alunos.

Em 2017 realizou-se o vestibular de uma universidade particular da região Tocantina para o curso de Medicina. Formando duas turmas de 50 alunos, compostas por alunos de diferentes faixas etárias, variando entre 16 e 40 anos, alguns ingressando no ensino superior pela primeira vez e outros já graduados em outros cursos, sendo todos vindos de metodologias tradicionais.

No período de matrícula, os calouros receberam um questionário socioeconômico, preparado pelo Núcleo Pedagógico, para que pudéssemos conhecê-los e os organizássemos de forma sistematizada. Durante a análise dos questionários, percebemos que os alunos eram oriundos de vários estados do país, dentre eles, o Pará, o Maranhão, sendo de Imperatriz, do Piauí, do

Tocantins, do Ceará. Para o acontecimento das sessões tutoriais, os alunos foram divididos em grupos de 10, os quais ficariam juntos até o final do semestre, sendo mesclados novamente a cada novo início de semestre. Então decidimos utilizar o questionário socioeconômico para fazer a divisão, pensando na idade, no gênero e na graduação. Neste contexto, cada grupo seria composto por graduados, alunos iniciantes no ensino superior e gênero masculino e feminino.

Para as aulas no LMF (Laboratório Morfofuncional) os alunos foram divididos em grupos de 25, porém de forma aleatória, bem como para os outros Eixos de Humanidades Médicas, Habilidades Clínicas e Iniciação Científica. Para o Eixo IESCG (Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão) os grupos foram de apenas 5 alunos que ficariam juntos durante os primeiros quatro anos do curso.

Assim que o semestre iniciou, foi proporcionado aos alunos a semana de acolhimento, onde os mesmos puderam conhecer todo o curso, como iriam acontecer os eixos de estudo, quem seriam seus professores, a forma de avaliação, o funcionamento da IES e da biblioteca virtual e física.

Nesta mesma semana, de acolhimento, foi apresentado aos alunos o NAP - Núcleo de Apoio Psicopedagógico, que tem como objetivo acompanhar e orientar as práticas psicopedagógicas do curso de Medicina, em conformidade com o Projeto Pedagógico do Curso (PPC), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as Portarias do ENADE e ANASEM e as Políticas Institucionais da Universidade CEUMA. É composto por uma pedagoga, uma psicóloga, o coordenador e docentes do curso, no intuito de atender os alunos e professores em suas necessidades pedagógicas, planejamentos, metodologias, projetos, entre outras atividades.

Os alunos participaram de uma oficina de Hábitos de Estudo realizada pela pedagoga do NAP. Foram apresentadas as várias formas de estudo e seus objetivos, dentre elas: grifar, reler, associar por imagens, mapas, infográficos, tabelas mentais, resumir, interrogar-se, auto explicação, intercalar assuntos, distribuir a prática e praticar testes. No segundo momento os alunos receberam uma planilha de planejamento de estudo para preencher com todos os seus horários, organizando assim sua trajetória universitária.

As atividades pensadas neste semestre, no intuito de desenvolver habilidades e competências dos alunos egressos do curso de medicina que apresentaram dificuldades de adaptação com as metodologias ativas, foram elaboradas de acordo com os objetivos do NAP. Neste contexto, foram proporcionados aos alunos ferramentas para organização de horários, gestão de tempo, perfil de estudo, elaboração de metas de estudo e planejamentos.

As demandas e dificuldades foram surgindo no decorrer do curso, bem como as solicitações. Os alunos vieram a procura de auxílio com o planejamento de estudo que não estava funcionando, o que prejudicava o aprendizado significativo, deixando-os ansiosos e

completamente perdidos, acreditando que a metodologia não era boa e pensavam que não iriam aprender sem aulas aplicadas pelos professores.

Então, fizemos a análise da situação apresentada até o momento e buscamos orientá-los na organização do preenchimento da planilha de forma adequada, pensando nas dificuldades apresentadas. Percebeu-se que o problema não era só o planejamento de estudo, mas sim a forma de estudar, que não estava atendendo aos objetivos de aprendizagem, bem como a gestão do tempo, e problemas que acabavam ocasionando outros problemas.

A partir dessas situações, percebemos que precisávamos utilizar ferramentas mais eficazes para sanar as dificuldades que estavam prejudicando os alunos. Para isso precisávamos planejar as atividades levando em consideração as experiências do cotidiano, as vivências diárias e as dificuldades apresentadas, o que não foi fácil, pelo fato de que na equipe não tínhamos nenhum *coaching* com formação e experiência, apenas as ferramentas e um pouco de conhecimento do assunto pela pedagogia do curso.

Partimos então das necessidades e focamos nos desafios, um deles era gerir o tempo, que já sabíamos não ser uma tarefa fácil, e partindo desse pressuposto, apresentamos aos alunos estratégias para gerenciar o tempo de estudo, o que foi de grande valia e objetivou o desempenho dos mesmos. Mostramos aos alunos a importância de organizar as tarefas por prioridades levando em consideração as mais importantes, fugir da procrastinação, não adiando as tarefas do dia, agendar tarefas com organização de tempo e horário, evitar o estresse fazendo muitas coisas ao mesmo tempo, começar cedo partindo da idéia de estudar somente durante o dia não virar a noite, fazer pausa para descanso e lanches, bem como almoço sempre no horário certo.

Preparamos também um teste, no intuito de descobrir qual o estilo de aprendizagem mais característico em cada aluno. Nos resultados tivemos os visuais, os sinestésicos, os auditivos e os digitais. Partindo-se desses resultados, pudemos planejar maneiras de estudar e ajudá-los a desenvolver habilidades e competências, utilizando seu estilo de aprender, o que tornou a aprendizagem bem mais significativa e o estudo mais específico.

Ao perceber a importância de conhecer o seu perfil de aprendizagem, os alunos puderam também estudar de forma correta, planejando seus estudos de acordo com seus resultados. Os visuais foram orientados a estudarem criando mapas conceituais bem coloridos com imagens e placas de identificação com funções, resumos dos textos lidos. Os sinestésicos foram orientados a fazer os mapas, fazer resumos, fazer identificação com fichas - parecido com visual, mas tem que pôr a mão na massa. O auditivo foi orientado a gravar áudios, fazer grupos de estudo, leitura em voz alta, e por fim os digitais foram orientados a construir histórias estruturadas com informações recebidas, mapas conceituais, estímulos auditivos com informações recebidas.

Para que os alunos percebessem a importância de estabelecer metas de estudo, aplicamos a ferramenta de resultados esperados, onde deviam responder as perguntas para definição de resultados esperados, para definição de evidência de realização, para identificação de valores, para verificação de responsabilidade pelos resultados e para avaliação de comprometimento. Esses questionamentos não só reforçaram os objetivos dos alunos, como também o comprometimento para a realização do mesmo.

A partir dessas ferramentas aplicadas, mesmo com pouca experiência na área, observou-se que os alunos atingiram metas importantes, objetivaram seus estudos, melhoraram seus resultados, fortaleceram seu compromisso com as técnicas apreendidas, estabeleceram e buscaram alcançar suas metas com planejamento e estudo, geriram seu tempo e planejaram seus horários de estudo atingindo resultados significativos.

DISCUSSÃO DA EXPERIÊNCIA

As atividades desenvolvidas pelo NAP contribuíram para despertar nos alunos as competências e habilidades que eram necessárias e comprometê-los com sua formação. É relevante ressaltar a importância do conhecimento das ferramentas *coaching* utilizadas pelo NAP na aplicação junto aos alunos. Fica evidente a necessidade de uma formação mais aprofundada na área para que o trabalho *coaching* seja mais específico.

Considerar como necessária a implementação do trabalho de um *coaching* é de extrema relevância. Sabendo-se que é imprescindível a continuidade do trabalho com as ferramentas aplicadas pela pedagoga do NAP, que em sua formação teve contato com textos e recursos que mostraram a importância desse profissional no desenvolvimento de pessoas, porém não tem a formação *coaching*. É importante ressaltar que o Núcleo de Apoio adequou suas propostas utilizando as ferramentas *coaching* num momento complexo de dificuldades, no entanto um profissional *coaching* teria feito um trabalho bem mais relevante pelo conhecimento mais abrangente do desenvolvimento de pessoas.

Essas dificuldades precisam ser equacionadas por toda equipe responsável pela formação dos alunos, pensando-se que o desenvolvimento da aprendizagem não é responsabilidade somente do aluno, mesmo sabendo que as Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina objetivam um aprendente ativo no seu aprendizado a instituição também tem sua parcela de contribuição no decorrer do processo.

Pensando-se na continuidade e formatação desses procedimentos de usos das ferramentas *coaching* no período de adaptação dos alunos egressos é garantir a eles um processo de aprendizagem ativo, autônomo, ajustado e planejado, dando equilíbrio para a sequência do curso

de acordo com o que os documentos oficiais como Projeto Pedagógico do Curso, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, Portaria Enade e Portaria Anasem estabelecem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato procurou mostrar como objetivo principal a influência da aplicação *coaching* no desenvolvimento das habilidades e competências, autocontrole emocional, autoconfiança, trabalho em equipe e empatia.

Procuramos compreender como o *coaching* pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades e de competências para que os alunos do curso de medicina possam desempenhar suas funções como alunos e futuros médicos, e vimos que é possível evoluir frente as novas abordagens e metodologias aplicadas durante os eixos de aprendizagem do curso.

A aplicação das ferramentas foi relevante no desempenho dos alunos diante dos desafios no decorrer de cada etapa. As dificuldades encontradas foram sendo sanadas quando aprimoraram conhecimentos, geriram seu tempo, planejaram de forma organizada, desenvolveram habilidades e competências necessárias para apresentar resultados positivos nos eixos estudados.

Percebe-se a importância de dar continuidade aos trabalhos de acompanhamento ao aluno no desenvolvimento de sua aprendizagem, levando em consideração todas as habilidades e competências necessárias para um resultado positivo.

Conclui-se, portanto, que as técnicas de *coaching* que foram aplicadas durante o semestre com os alunos egressos do curso de medicina, foram de grande valia, pois apresentaram resultados positivos no desenvolvimento de habilidades de estudo, organização do tempo, gestão do tempo, diminuição da ansiedade e aumento da autoestima, elaboração de metas e planejamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina. 2014.

CHIAVENATO, Idalberto. Construção de Talentos – Coaching e Mentoring. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002. FEITOSA, Ligia Dias. Lider Coach: Coaching como filosofia de liderança. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

GOMES, Romeu, BRINO Rachel., AQUILANTE, Aline., AVÓ, Lucimar., Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 2009.

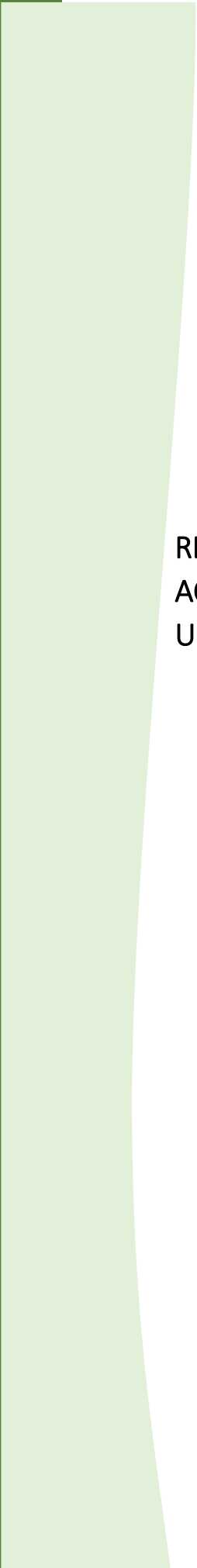
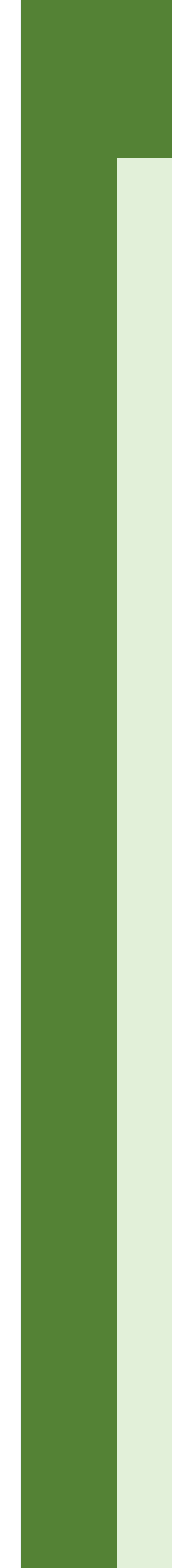
MATTA, Villela da; VITÓRIA Flora. O que é coaching? Torne-se coaching. Publicado em 30 de maio de 2016. Disponível em: <<https://www.sbcoaching.com.br/torne-se-coach/o-que-e-coaching>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

MELO, Fernanda. FERNANDES, Beatriz. LIMA, Hyder. REIS, Patricia. A utilização de ferramentas coaching no processo de recrutamento e seleção interno. Simpósio de excelência em Gestão e tecnologia, IX SEGeT 2012.

MOURÃO, Helder. A pedagogia tradicional ontem e hoje. Publicado em 01 de novembro de 2010. Disponível em: <<http://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/educacao/a-pedagogia-tradicional-ontem-hoje>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2018.

VIEL, Fernando. O que é coaching? Como funciona? Quais os tipos? Publicado em 23 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/carreira/o-que-e-coaching-como-funciona-quais-tipos>>. Acesso em: 23 de novembro 2017.

XAVIER, Alexandre, JUNIOR, Anivaldo, OLIVEIRA, Michele, MOTA, Paula. Manual acadêmico da 1ª série do Curso de Medicina - 1º período 2º semestre 2017. Imperatriz - MA, Ed. CEUMA, 2017, 1ª ed., 82p



RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DESENVOLVIDOS PELOS
ACADÊMICOS DA SEGUNDA TURMA DE MEDICINA (M2) DA
UNIVERSIDADE CEUMA – CAMPUS IMPERATRIZ/MA

**ALEITAMENTO MATERNO: OBSTÁCULOS ENFRENTADOS PELOS FAMILIARES E
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
BREASTFEEDING: OBSTACLES FACED BY FAMILIES AND HEALTH
PROFESSIONALS**

Ana Clara Pimentel Lima¹
Andressa Teixeira Pereira¹
Antonio Gustavo Mota Goveia ¹
Maria Clara Carvalho De Almada¹
Mayra Caroline Mourão Da Silva¹
Vinícius Gávea Barbosa Baiano¹
Marcelo Hubner Moreira²
Marluce Sampaio Nobre Barbosa²
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

O aleitamento materno (AM) tem forte impacto sobre o desenvolvimento infantil, sendo a amamentação indispensável e exclusiva até o sexto mês de vida do bebê. Essa é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. No entanto, a situação do aleitamento materno no Brasil ainda está longe da preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo o desmame precoce apresentado nos dias atuais como um dos grandes problemas de saúde pública, pois é cada vez maior o número de mães que fazem uso de outros tipos de alimentos, como, por exemplo, o leite artificial. Deste modo, pareceu pertinente o estudo dos fatores principais que levam ao insucesso do aleitamento materno, de forma que os profissionais possam atuar diretamente nessas questões, sejam elas pessoais, institucionais ou sociais.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Amamentação; Desmame precoce.

ABSTRACT

Breastfeeding has a strong impact on child development, being an essential and exclusive breastfeeding until the sixth month of the baby's life. This is a strategy older than the prevention of infant mortality, besides promoting the physical, mental and psychic health of the child and the woman who breastfeeds. However, a breastfeeding situation in Brazil continues to be advocated by the World Health Organization (WHO). Being the precocious weaning presented today is one of the major public health problems, since the number of mothers who use other types of food, such as artificial milk, is increasing. The main areas that lead to the failure of breastfeeding, so that professionals can develop in issues, be they institutional or social.

Keywords: Breastfeeding; Breast-feeding; Early weaning.

INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento completo, uma vez que até aos seis meses o bebê não precisa de nenhum outro alimento - suco, chás, água ou outro leite - para sua nutrição. Ele é de fácil ingestão e funciona como uma vacina pois, é rico em anticorpos protegendo a criança de diarreias, infecções respiratórias, alergias, e outras enfermidades, diminuindo o risco de hipertensão e obesidade. Além disso, é limpo (ARAÚJO, 2007).

O colostro, que é o primeiro leite produzido após o parto, tem uma consistência espessa de coloração amarelada. Ainda que produzido em poucas quantidades possui, na sua constituição, todos os nutrientes necessários para a alimentação correta do recém-nascido. Reúne grande quantidade de proteínas e de agentes de defesa contra infecções, como imunoglobulinas A, lactoferrina, células brancas - leucócitos, citocinas, entre outros - facilita a digestão do bebê, cujo sistema está, ainda, em maturação após o nascimento, e a eliminação intestinal. Sendo assim de fundamental importância para o bem-estar do bebê (BRASIL, 2014).

O aleitamento materno proporciona benefícios à saúde física e mental do bebê. Conquanto, o ato de amamentar oportuniza um contato mais íntimo entre mãe e filho satisfazendo de modo mais amplo as necessidades emocionais de ambos, oferecendo ao bebê uma maior garantia do equilíbrio interno. Logo, o aleitamento materno confere segurança emocional, estreitando o vínculo que se cria entre mãe e o filho, construindo um momento insubstituível (KLAUS e KENNEL, 2000).

[...] durante a amamentação o bebê pode ver com clareza o rosto da mãe, suas expressões faciais e sentir seu calor e seus braços. Ocorre uma grande comunicação silenciosa entre mãe e o bebê. É interessante perceber como o bebê para de sugar ou altera a frequência

de sucção quando os pais começam a falar com ele durante a amamentação (KLAUS e KENNEL, 2000, p. 98).

Quando o aleitamento não é realizado, ou é realizado de forma incorreta, cria no bebê um grande vazio afetivo. Neste sentido, a solidão e a falta de contato com a mãe começam a alimentar uma situação de angústia e ansiedade, criando-lhe insegurança e transtornos afetivos. Portanto, é vital que essa amamentação ocorra da melhor forma possível (MACHADO, 1999).

Os mitos que atrapalham substancialmente esse ato natural são vários. Dentre eles podemos citar: a) a mulher que fez plástica nos seios não consegue amamentar; amamentar ao seio faz a mãe aumentar de peso; b) algumas mães têm o leite fraco; c) algumas mães têm pouco leite. Todos esses mitos, e alguns outros, que se ouve constantemente, não são verdades. Podemos desmitificar, também, que o tamanho e a forma dos seios não influenciam a amamentação, pois são dados pelo tecido gorduroso e o leite é produzido pelo tecido glandular. Não existe relação entre a amamentação e o ganho de peso das mulheres. As mudanças de peso da mãe que amamenta são devidas a uma variedade de fatores. Algumas mulheres ganham peso enquanto outras perdem, sendo que isso ocorre também com as mães que usam auxílio de alimentação artificial (mamadeiras). Estes e outros mitos precisam ser desnudados para uma melhoria na qualidade de vida do bebê e da mãe (MACHADO, 1999).

OBJETIVO

Compreender os obstáculos que envolvem o aleitamento materno enfrentados pelos profissionais de saúde e pelos familiares, a partir da visão do acadêmico de medicina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, realizado durante o ensino teórico-prático, através de metodologia bibliográfica e documentada.

Primeiramente, foi realizado um estudo a partir da observação, em que os acadêmicos de medicina acompanharam a consulta de uma puérpera com ingurgitamento mamário, dificultando a amamentação. Em seguida, ocorreu uma análise descritiva, em que o ambiente natural é a própria fonte para a coleta de dados, relacionados ao relato de experiência.

Foi realizado um estudo bibliográfico, que consistiu em analisar e compreender variáveis importantes ao desenvolvimento do cuidado dispensado ao indivíduo, obtendo dados importantes a partir de livros, documentos e artigos.

Os recursos utilizados foram recursos humanos (a preceptora, os estudantes, a paciente GNF e a agente comunitária de saúde), recursos visuais (observação) e recursos materiais (documentos, artigos e anotações).

EIXOS

O seguinte relato de experiência, feito pelos discentes do curso de Medicina, contempla uma integração do Eixo de Humanidades Médicas (HM), o Eixo de Iniciação Científica (IC) e o Eixo Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG).

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A área de atuação dos acadêmicos do curso de Medicina da Universidade CEUMA, acontece no bairro Santa Lúcia, na cidade de Imperatriz-MA, na qual se localiza a Unidade Básica de Saúde Ayrton Senna. A UBS é dividida em aproximadamente 12 microáreas, tendo cerca de 526 famílias cadastradas e 2.025 pessoas sob a responsabilidade de uma equipe composta por 01 (um) Médico, 01 (um) Odontólogo, 01 (um) Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) 01 (uma) enfermeira, 05 (cinco) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 02 (duas) Técnica de Enfermagem. Esses são dados relativos das agentes atuantes, no entanto, é necessário mais 04 (quatro) ACS para as áreas descobertas.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente, a ACS convocou a enfermeira responsável por acompanhar o pré-natal da paciente identificada como GNF, 31 anos de idade. A mesma estava no período de puerpério (especificamente 6 dias pós-parto vaginal) e apresentava ingurgitamento nas mamas, o que dificultava o aleitamento materno.

Após o agendamento, no dia 29 de maio de 2018 foi realizada uma visita domiciliar, na qual a ACS, juntamente com a enfermeira e o grupo de 5 pessoas da Universidade CEUMA, se fizeram presentes.

A visita domiciliar perdurou por cerca de três horas. Durante a assistência, foi observado uma grande resistência familiar (particularmente da mãe e da avó do recém-nascido). Ambas insistiam em justificar que a dor e a febre (comum no ingurgitamento mamário) impossibilitavam a amamentação, e que seria preferível o uso de leite artificial.

Diante disso, a enfermeira, especialista, construiu um diálogo ressaltando a importância do aleitamento materno tanto para mãe quanto para o bebê, sendo a melhor alternativa para o recém-

nascido e o alimento mais adequado no ponto de vista nutritivo, além de favorecer o vínculo mãe-filho.

Segundo Galvão (2006), os profissionais de saúde são os principais responsáveis pela promoção do aleitamento materno e pela sua manutenção, uma vez que são estes que dão apoio e informação durante a gestação e no período de puerpério, assim, como no regresso a casa. Estes profissionais devem possuir um grande patrimônio teórico e técnico para que a educação do aleitamento materno seja adequada e eficaz. Para isso, devem ser bem treinados, a fim de poderem identificar e ativamente solucionar as dificuldades particulares das mães. Estes devem promover os sentimentos de competência e de confiança na mãe que amamenta, reforçando a valiosa contribuição de saúde e bem-estar do seu filho. Uma boa atuação no sentido da promoção, proteção e apoio do aleitamento materno, não implica apenas conhecimentos sobre a sua importância, mas também habilidades clínicas e de aconselhamento.

Logo após as orientações, a preceptora solicitou que GNF higienizasse os seios com intuito de retirar o líquido oleoso aplicado pela própria paciente sem prescrição médica, e explicou que o odor da substância só pioraria o processo da amamentação, suspendendo o uso do mesmo.

Com os seios higienizados, e com a autorização da paciente, a terapêutica foi seguida normalmente. Esta consistia em massagear as mamas com o intuito de aliviar os sintomas do ingurgitamento e promover fluidez (passagem livre do leite pelos ductos mamários).

Depois de horas de intensa estimulação, o bebê foi posto no peito com a finalidade de esvaziar o grande acúmulo de leite, evitando assim que o ingurgitamento voltasse.

A visita teve fim com mais orientações acerca da importância do leite materno no desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, é relevante comentar sobre a satisfação da paciente quanto ao atendimento, visto que a mesma se conscientizou em relação ao problema discutido.

Nesse contexto, é notório que a assistência prestada assegura obediência aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), no qual o acolhimento à paciente foi devidamente prestado. Este é tomado como um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, como outros serviços de saúde, para continuidade da assistência, quando necessário. Isto implica em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, com

uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura, saberes (rompimento com a lógica da exclusão) e capacidade de avaliar riscos. É construir uma proposta com a equipe local, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência.

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Em suma, a atenção à saúde foi adequadamente enfatizada na visita domiciliar. De acordo com as diretrizes para a formação médica, os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo.

Tudo isso é fruto do empenho cotidiano e das conquistas de meio milhão de trabalhadores e trabalhadoras de saúde, das gestoras e gestores e o conjunto de atores sociais, que se dedicam e constroem diariamente uma Atenção Básica de qualidade para todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2014).

DISCUSSÃO

O aleitamento materno envolve interação profunda entre a mãe e o filho, com repercussões no estado nutricional, imunológico, psíquico e fisiológico da criança; além de implicar na saúde física e psicológica da mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Entretanto, apesar das evidências científicas provando os benefícios da amamentação exclusiva, as prevalências de aleitamento materno no Brasil não correspondem as expectativas previstas pelo Ministério da Saúde. Logo, o profissional da saúde apresenta função indispensável para a reversão desse cenário.

Para isso, ele (profissional da saúde) precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem-sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à

mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a (BRASIL, 2015).

Por consequência, o fortalecimento da prática de ações de promoção, proteção e apoio à amamentação torna-se importante para a melhoria dos índices de aleitamento materno.

Constantemente, são responsabilizados pelo sucesso dessa prática, cuja atuação na promoção, informação e apoio às mulheres estende-se da atenção ao pré-natal, ao parto, puerpério imediato e puericultura. A valoração dos profissionais de saúde é realçada em documento da 55ª Assembleia Mundial de Saúde, que aponta a necessidade de as mães receberem apoio especializado, ou seja, de alguém capaz de ajudá-las a iniciar e manter práticas apropriadas de alimentação da criança, bem como prevenir e ajudar a superar dificuldades (ARAÚJO, 2007).

Os profissionais da saúde, contudo, enfrentam obstáculos para a concretização das expectativas objetivadas, uma vez que inúmeros fatores socioculturais e psicológicos desafiam as nutrizes durante o aleitamento materno. De acordo com Machado (1999), a complexidade do estilo de vida moderno, as afecções da mama (mastite, ingurgimento mamário, fissura, abscessos, dentre outras), os mitos e as crenças culturais (leite fraco ou pouco, flacidez e queda das mamas) e as influências externas de familiares e amigos exercem interferência na amamentação, o que colocam em dúvida os benefícios do leite materno. Portanto, os profissionais da saúde têm obrigação de identificar e tratar precocemente essas dificuldades, a fim de que a amamentação não seja interrompida (BRASIL, 2015). Assim, as crenças difundidas através dos familiares expõem-se como complicações para a continuidade da amamentação, visto que – muitas vezes – incentiva-se o uso de água, chá, leite industrializado, alegando que o leite materno não sustenta a criança.

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não só dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a apoie na sua opção. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe, são de extrema importância. Além dos pais, os profissionais de saúde devem tentar envolver as pessoas que têm uma participação importante no dia a dia das mães e das crianças, como as avós das crianças, outros parentes etc. A figura da avó é bastante presente na cultura brasileira, mesmo em populações urbanas. Elas costumam exercer grande influência sobre as mães, em especial as adolescentes, o que pode favorecer ou dificultar a amamentação. Muitas avós transmitem às suas filhas ou noras as suas experiências com amamentação, que em muitos casos são contrárias às recomendações atuais das práticas alimentares de crianças, como por exemplo, o uso de água, chás e nos primeiros seis meses e

suplementação do leite materno com outros leites. Por isso, é importante incluir as avós no aconselhamento em amamentação, para que práticas nocivas à criança não continuem sendo transmitidas às novas gerações de mães. Com informação adequada e diálogo que permitam às avós expor as suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação, elas podem exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas filhas ou noras (BRASIL, 2015). Porém, é indiscutível a importância do aleitamento exclusivo e contínuo – principalmente nos primeiros dias de vida, já que o leite (colostró) contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro. Dessa forma, proíbe-se o uso de leite de vaca, por haver mais proteínas que o leite humano e por essas proteínas serem diferentes; enquanto a proteína primordial do leite humano é lactoalbumina, a proteína do leite de vaca é caseína – de difícil digestão para a espécie humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). A composição desses diferentes leites, encontram-se na Tabela I, a seguir:

Tabela I – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: BRASIL (2015).

O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então (BRASIL, 2015).

Além dos benefícios ao recém-nascido (precaução contra infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; melhor desenvolvimento cognitivo; proteção contra alergias; como também apresenta benefícios a longo prazo: diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes), o hábito da amamentação dispõe vantagens para a mãe, em virtude de que influencia a

involução uterina mais precoce, protege contra diversos tipos de câncer, hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana, obesidade, doença metabólica, osteoporose e fratura de quadril, artrite reumatoide, depressão pós-parto e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto (BRASIL, 2015). Ademais, a equipe de saúde tem a responsabilidade de aliar a importância da família com as técnicas profissionais. Outrossim, prestar cuidados ao trinômio mulher-bebê-família, considerando os valores, os costumes e os aspectos culturais que influenciam na prática da amamentação e que “interferem na construção dessa herança sócio-histórico-cultural, determinando os seus significados para a mulher e, por conseguinte, levando-a ou não a amamentar o seu bebê” (PRATES; SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2014). Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (ARAÚJO, 2007 *apud* BRASIL, 2015). A atenção à saúde, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014), assegura que o trabalho dos profissionais da saúde deve ser continuado, centrado na integralidade e humanização do cuidado. Dessa forma, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), sugere que no período pós-parto, os profissionais de saúde devem estar preparados para acompanhar o processo da amamentação e o crescimento e desenvolvimento da criança, tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares, bem como orientar as mulheres e seus familiares, quanto ao acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta. Por fim, o profissional da saúde precisa ter competência para se comunicar com eficiência, como a utilização da técnica do aconselhamento em amamentação. O que significa que ele deve ajudar a mãe a tomar decisões, após ouvi-la, entendê-la e dialogar com ela sobre os prós e contras das opções. Assim, é importante que as mulheres sintam que o profissional se interessa pelo bem-estar, delas e de seus filhos, para que elas adquiram confiança e se sintam apoiadas e acolhidas (BRASIL, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incentivo ao aleitamento materno no cenário da UBS Ayrton Senna revelou-se de vultosa importância no processo de trabalho da unidade, sendo de extrema necessidade que tenha certo incentivo para a amamentação, e haja vista que os benefícios que o leite materno propicia à criança são imprescindíveis. Nessa perspectiva, é necessário que haja uma adequada comunicação com a paciente, com o intuito de tentar estabelecer vínculos sólidos. O Ministério da Saúde recomenda a amamentação até os dois anos de idade ou mais, e que nos primeiros 6 meses, o bebê receba

somente leite materno, sem necessidade de sucos, chás, água e outros alimentos. Quanto mais tempo o bebê mamar no peito, melhor para ele e para a mãe. Depois dos 6 meses, a amamentação deve ser complementada com outros alimentos saudáveis e de hábitos da família (MELO e MOREIRA, 2014).

Nesse contexto, foi verificado que a interação da equipe com a paciente contribui para melhorar a prática do aleitamento materno e facilitar sua aceitação e continuidade. Além disso, deve-se considerar que outros aspectos como os sociais, educacionais, culturais e familiares são decisivos para a continuidade da amamentação, dessa forma é importante que todas as pessoas envolvidas com a mãe e o bebê estejam conscientes da importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança. Assim, a visita domiciliar no período puerperal, além de contribuir na moldagem do cenário enfrentado, passam a tanger como um importante viabilizador das recomendações relacionadas à amamentação.

Destarte, concluiu-se que os fatores inerentes ao desmame precoce são possíveis de serem ajustados ou controlados, levando à conclusão da necessidade de intervenções precisas dentro de um planejamento adequado, podendo levar em conta a junção dos esforços dos profissionais em conjunto com as promoções de incentivos governamentais para promover o aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Raquel Maria Amaral; ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência.** Rev. nutr, Campinas, v. 20, n. 4, p. 431-438, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: **Anvisa**; 2008.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 DE junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina Ministério da Educação. Brasília: 2014.

BRASIL. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 2015.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. Laços em desenvolvimento: os primeiros dias e semanas. KLAUS, MH; KENNEL, JH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: **Artmed**, p. 103-119, 2000.

MACHADO, M. M. T. **A conquista da amamentação: o olhar da mulher,** 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

MELO, C; MOREIRA, R. **Aleitamento materno versus aleitamento artificial**. Goiânia, v.41, especial, p. 7-14. Out. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

PRATES, L. A; SCHMALFUSS, J. M; LIPINSKI, J. M. Amamentação: a influência familiar e o papel dos profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 4(2):359-367, 2014 Abr/Jun.

**A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DO ACADÊMICO DE
MEDICINA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**
**THE IMPORTANCE OF HEALTH PROMOTION IN THE VISION OF THE MEDICINE
ACADEMIC IN A BASIC HEALTH UNIT: EXPERIENCE REPORT**

Luiza Cristina de S. Brandão Correia¹

Ismael Rodrigues¹

Ahmed Ali Yassin¹

Paulo da Costa Araújo¹

Rebecca Carvalho Coelho¹

Rômulo Eduardo Leite da Silva¹

Mayerle da Costa Pinho Melo²

Marcelo Hubner Moreira³

Janine Silva Ribeiro Godoy³

Carla Araujo Bastos Teixeira³

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Preceptora do curso de Medicina CEUMA Imperatriz – MA

³ Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

No Brasil a saúde é um problema de grande repercussão política, social, ambiental e comunitária, familiar, psicológica com fatores condicionantes e determinantes, segundo o Ministério Saúde (2010), as estratégias de promoção da saúde adotada pelo SUS são possibilidades de enfoque dos aspectos determinantes que influenciam a saúde, como a violência, o desemprego, o subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do meio ambiente e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde diante desses fatores. O presente trabalho tem por objetivo abordar a Promoção da Saúde e suas ações práticas para o avanço na qualidade de vida e a vivência dos acadêmicos de medicina em uma unidade básica de saúde. Por meio de ações educativas e embasamento teórico, esse relato vem contemplar a importância das ações educacionais continuadas, interdisciplinares e intersetorial além dos muros da unidade básica de saúde, contribuindo no desenvolvimento da formação acadêmica do aluno de medicina, diminuindo as barreiras da comunicação e estreitando a relação médico-paciente.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Ações; Formação acadêmica.

ABSTRACT

In Brazil health is a problem of great political social, environmental and community Family and psychological repercussions with determining and determining factors according to the Ministry of Health (2010), the health promotion strategies adopted by SUS are possibilities to focus on aspects determinants that influence health such as violence, unemployment, underemployment, lack of basic sanitation inadequate housing poor access to education hunger disordered urbanization environmental quality and empowering broader forms of health intervention factors. The present work aims to address the Health Promotion and its practical actions to advance the quality of life and the experience of medical students in a basic health unit. Through educational actions and theoretical background, this report contemplates the importance of continuous, interdisciplinary and intersectorial educational actions beyond the walls of the basic health unit, contributing to the development of medical student's academic education, reducing the barriers of communication and narrowing the physician-patient relationship.

Keywords: Health promotion; Actions; Academic training.

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde (ANS) define como programa para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças um conjunto de estratégias e ações integradas que promovem a saúde; a prevenção de riscos, agravos e doenças; a compressão da morbidade; a redução dos anos perdidos por incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2010).

O Sistema Único de Saúde – SUS, traz como promoção da saúde, uma das estratégias para produzir saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos determinantes que influenciam a saúde, como a violência, o desemprego, o subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010).

Diante das mudanças financeiras, tecnológicas, políticas e sociais ocorridas ao longo de décadas no Brasil e de fatores que determinam o processo de saúde – doença, tornou-se necessária a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, comprometida com a integralidade da

atenção à saúde, ações e serviços, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social, cujo objetivo principal é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2010. P. 8).

Buss (2010) relata que a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais.

A promoção de ações sociais na saúde é importante para despertar a comunidade e os profissionais da saúde para a forma simples e eficaz de levar e adquirir informações, despertando a efetividade de trabalhos educativos e seminários voltados para educar e informar a sociedade. Dessa forma surgiu o interesse de relatar a vivência dos alunos do primeiro período do curso de medicina da Universidade CEUMA em uma Unidade Básica de Saúde diante da prática de promoção a saúde.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo, compreender a importância da educação em saúde na visão do acadêmico de medicina em uma unidade básica de saúde.

METODOLOGIA

EIXOS

O seguinte relato de experiência, feito pelos discentes de Medicina, contempla uma integração do Eixo de Humanidades Médicas (HM), o Eixo de Iniciação Científica (IC) e o Eixo de Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG).

CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A área de atuação dos alunos do curso de Medicina acontece no Bairro São Jose, na cidade de Imperatriz-MA, onde localiza-se a Unidade Básica de Saúde.

A UBS é dividida em 9 microáreas, sendo 270 famílias cadastradas sob responsabilidade de uma equipe composta por 01 (um) médico, 01 (um) Odontólogo, 01 (uma) Enfermeira, 9 Agentes Comunitários de Saúde e 01 (um) Técnico de Enfermagem.

Esse trabalho traz um relato vivido pelos alunos do primeiro período de medicina na realização de palestras na unidade básica de saúde, maneira utilizada para exercitar as ações educativas de promoção da saúde sobre a orientação da Professora Mayerle da Costa Pinho Melo.

Para realizar as atividades utilizou-se dos pacientes em espera na recepção da unidade básica de saúde, otimizando assim o tempo e aproveitando o ambiente, podendo interagir com a comunidade presente e atingindo várias faixas etárias e classes sociais.

As ações ocorreram em três dias com as palestras sobre alimentação saudável (Figura 1), a importância do conhecimento da Influenza H1N1 e H3N2 (Figura 2) e a campanha de vacinação, além da ação contra a hipertensão arterial sistêmica (Figura 3). Os acadêmicos puderam observar a participação e o interesse da comunidade presente com uma discussão produtiva, oportunidades de o usuário tirar suas dúvidas e sanar as curiosidades sobre os assuntos abordados, através da participação, em massa, e da atenção dos usuários. Buscou-se atingir a comunidade presente através de uma linguagem fácil e acessível para uma melhor compreensão e diálogo, evitando barreiras e dispersões, foi utilizado também materiais visuais para passar uma informação complementar e clara com melhor didática.



Figura 1: Ação – Alimentação Saudável



Figura 2: Ação – Influenza, H1N1/ H3N2



Figura 3: Ação – Hipertensão Arterial

Ao final de cada ação foram passadas orientações para os usuários da Unidade Básica de Saúde sobre o acompanhamento nutricional, com informação vacinal contra a Influenza H1N1 e H2N2 e de controle e acompanhamento da hipertensão arterial, ressaltando a importância de fazer uso dos serviços disponíveis na unidade de saúde, além de um trabalho educacional de conscientização de como os usuários podem ser disseminadores das informações, e conhecedores dos seus direitos e deveres, seja em casa seja na comunidade transformando-se em propagadores da saúde e da informação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para disseminar a promoção da saúde na atenção primária, e teve ênfase em 1970, quando se observou o início do envolvimento dos usuários como sujeitos nos processos educativos, e, na década de 1990, passaram a ser considerados os aspectos psicossociais e a subjetividade dos indivíduos (CARNEIRO et al., 2012).

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres, em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade ao longo dos anos. O processo de transformação da comunidade é também o processo de mudança da saúde e dos problemas sanitários, diante disso tornou-se importante cuidar do ser visando a diminuição da vulnerabilidade diante das doenças e as chances de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura individual e coletiva (MINISTÉRIO DE SAUDE, 2010).

Segundo Campos et al., (2004), no Brasil a Política Nacional de Promoção da Saúde precisa ser transversal, articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde. A promoção da saúde é uma importante resposta à medida que destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, drenagem urbana, água, esgoto, resíduos, urbanização, segurança alimentar, desemprego, moradias e drogas.

O Sistema Único de Saúde, segundo Oliveira (2005), traz a educação como uma arma na formulação de ações. As mudanças no campo da saúde pública trouxeram a criação do movimento de promoção da saúde, que apresentou mudanças fundamentais ao longo dos anos com princípios que, durante algum tempo, a educação em saúde tinha enfoque na prevenção de doenças. A atual educação em saúde deve ir além, e não se destinar apenas a prevenir doenças, e sim preparar o usuário para uma vida mais saudável. Nesse contexto o indivíduo deve ser orientado a tomar decisões com autonomia da sua saúde, da sua vida e da sua comunidade.

Segundo a Política Nacional de Promoção a Saúde (2010, p.8):

“A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida”.

A atuação de um programa destinado à singularidade e a coletividade através da promoção de uma vida saudável, vêm tornando-se uma prática na saúde brasileira, em especial na atenção básica de práticas educativas, informativas e integrativas, do modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Para atingir essas práticas o Sistema Único de Saúde precisa da participação dos usuários, da comunidade, dos profissionais da saúde, gestores, estudantes em saúde e das esferas governamentais, para que sejam atingidas as diretrizes determinadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para um trabalho determinante e efetivo, é necessária ação. Diante disso, a Política Nacional de Promoção da saúde (2010), traz como implementações o fortalecimento de ações de promoção da saúde usando diferentes linguagens culturais, espaços públicos e democráticos (escolas, creches, praças), mobilizações para sensibilizações, ações integrativas e intersetoriais, seminários, ações sustentáveis, nutricionais, contra violência, uso de drogas, álcool e tabaco além da promoção e conscientização da vida saudável.

O profissional de saúde tem a capacidade de interação diante de graduação com a prática educacional e integrativa, comunitária e interdisciplinar. Conforme a Diretriz Curricular Nacional,

durante a graduação, o aluno deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva, ser acessível, de fácil entendimento linguístico sempre com confidencialidade das informações, sendo capacitado a atuar na Atenção e na Educação em saúde.

As ações educacionais desenvolvidas pelo grupo, na unidade de saúde, com objetivo de informar, orientar, esclarecer dúvida e construir cidadania, contando com a participação da comunidade, torna-se de suma importância para o controle de doenças e conscientização sobre a prevenção de riscos e educação em saúde, seja diante da higiene pessoal, orientações de uma alimentação saudável, a prática de atividade física, prevenção do alcoolismo e tabagismo, a educação ambiental, além de promover a cidadania dos usuários, com conscientização dos seus direitos e deveres.

As ações desenvolvidas através de palestras, materiais gráficos e ações práticas tomam um efeito satisfatório quando a comunidade participa e mostra o retorno diante das campanhas promovidas. E para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos das sociedades e intensificação de políticas sociais e públicas, onde uma sociedade conquiste saúde para todos, através de uma ação intersetorial junto a políticas públicas saudáveis, ações interdisciplinares e participação da comunidade, através da educação em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São fundamentais as ações em saúde na redução da vulnerabilidade e na melhoria da qualidade de vida da população, com diálogo constante junto a movimentos sociais e comunidade a fim de disseminar possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e qualificar cada vez mais as ações no Sistema Único de Saúde.

Diante do exposto notamos a importância das ações educacionais continuadas, interdisciplinares e intersetorial que visem e atuem, além dos muros da unidade básica de saúde, como clubes, escolas, creches, praças para que sejam atingidas todas as faixas etárias e classes sociais de forma singular e comunitária, através das mídias, panfletos, seminários e palestras, além da contribuição no desenvolvimento da formação acadêmica do aluno de medicina diminuindo as barreiras da comunicação e estreitando a relação médico-paciente. A conscientização e a comunicação ainda são os melhores e os mais simples meios de informar e educar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3º ed. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho nacional de educação. **Institui as Diretrizes curriculares Nacionais dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília Disponível em: < [HTTP://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivo](http://www.portal.mec.gov.br/cne/arquivo) > acesso em 02 de junho de 2018.

BUSS P.M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. Disponível em: < <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais> > Acesso em: 25 de maio de 2018. **Agência Fiocruz de Notícias**. Rio de Janeiro. 2010.

CARNEIRO, ACLL; Souza V; Godinho LK; Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. 2012; 31(2):115–20.

CAMPOS G.W; Barros B.R; Castro M.A. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciências e saúde coletiva. Brasilia.Pg.745-749.2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Promoção da saúde e prevenção de risco**. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br> >. Acesso em 26 de maio de 2018.

OLIVEIRA DL. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Ver Latino-am Enfermagem** 2005 maio-junho; 13(3):423-31.

E AGORA? VOU SER MÉDICO: O QUE A SOCIEDADE ESPERA DE MIM?

AND NOW? I'LL BE A DOCTOR: DOES SOCIETY EXPECT FROM ME?

Amanda Rafaella Garcia Avelino¹

Ana Karolyne Monteiro da Silva¹

Keven Rufino Menezes¹

Rafael Abutrab Souza Ramos Silva¹

Ricardo Freitas de Oliveira¹

Bethania Dias de Lucena²

Adriana Ramos Leite Matalobos²

Marcelo Hubner Moreira²

Janine Silva Ribeiro Godoy²

Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

As expectativas da sociedade sobre a formação médica passaram por mudanças desde tempos em que as palavras dos médicos eram conclusivas e inquestionáveis, até a entrada da chamada “humanização” da medicina. A atenção básica é o primeiro e mais forte ligamento da população com a saúde, tendo em vista que esse modelo vigente tem como pilares o conhecimento, a interação, e o cuidado individual e atencioso a cada um. As ações de promoção à saúde são instrumentos de apoio da saúde que visam fortalecer o vínculo da saúde com o paciente, propiciando ações em conjunto com a população, tornando-a agente ativo desses processos.

Objetivo: Descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de medicina durante a realização de uma ação comunitária. **Metodologia:** trata-se de um trabalho descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, usando-se de estratégias de cuidado à saúde da população, empregada pela Atenção Básica como a promoção da saúde e análise das expectativas da sociedade sobre a formação médica. **Experiência:** o relato foi desenvolvido em torno da ação de promoção à saúde na qual os acadêmicos, além de acompanharem uma palestra ministrada pela equipe de saúde e outros profissionais sobre a tuberculose, realizaram procedimentos básicos a população presente. **Considerações finais:** os acadêmicos vivenciaram a estratégia de promoção da saúde entendendo-a como uma ferramenta de

estabelecimento de vínculo com o paciente. Não obstante, foi possível analisar e compreender a relação médico-paciente suprimindo as expectativas da população sobre o médico.

Palavras chaves: Promoção à saúde; Humanização; Relação médico-paciente.

ABSTRACT

Introduction: Society's expectations about medical education have changed since the days when doctors' words were conclusive and unquestionable until the so-called "humanization" of medicine. Basic care is the first and strongest link between the population and health, since this current model is based on knowledge, interaction, and individual and caring care for each one. Health promotion actions are health support instruments aimed at strengthening the link between health and the patient, promoting joint actions among the population, making them an active agent of these processes. **Objective:** To describe the experience undergone by medical students during the realization of a community. **Methodology:** it is a descriptive work, of a qualitative nature, of the type of experience report, using strategies of health care of the population employed by Basic Attention such as health promotion and analysis of society's expectations about medical education. **Experience:** the report was developed around the action of health promotion in which the academics, in addition to accompanying a lecture given by the health team and other professionals about tuberculosis, performed basic procedures for the present population. **Final considerations:** the academics experienced the health promotion strategy, understanding it as a bonding tool with the patient. Nevertheless, it was possible to analyze and understand the doctor-patient relationship, meeting the expectations of the population about the physician.

Keywords: Health promotion; Humanization; Physician-patient relationship..

INTRODUÇÃO

Comprometimento e responsabilidade são dois termos que o profissional de medicina carrega consigo desde o primeiro momento que escolhe esta profissão como área de atuação. Pois o médico é o responsável por fornecer suporte e indicações adequadas a enfermos, na intenção de orientar, ou mesmo prevenir este indivíduo, para que o mesmo possa continuar a vida de forma saudável. Para torna-se um bom médico não existe um segredo em específico, é necessário um bom embasamento teórico, ou seja, uma vida inteira de estudos. Mesmo após a graduação, o conhecimento tende a sofrer alterações, pois todos os dias surgem novas possibilidades, tratamentos, mazelas, então assim, todo bom médico deve-se manter em constantes estudos, até mesmo para uma futura especialização (AMORETTI, 2005). Até alguns

anos atrás, a sociedade estabelecia diversas atribuições aos médicos, muitas vezes, transformando-os em verdadeiros deuses. A capacidade de interação e intervenção do médico no ambiente social, seja em condutas em saúde ou nas demais, tinha um poder assombroso. (CUNHA, 2009).

É preciso que a educação médica se estabeleça, definitivamente, em novos cenários, lá onde as práticas assistenciais estejam ocorrendo, e não somente no hospital. A integração entre ensino, pesquisa e serviço deve ser ampliada, abrangendo as unidades sanitárias, os postos de saúde, os prontos atendimentos, as emergências, os programas de assistência domiciliar, os centros de atenção psicossocial, as escolas e outros locais. Os alunos e os residentes precisam compor, com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde, e viver o cotidiano do SUS (AMORETTI, 2005).

As necessidades de saúde podem ser expressas por demandas, como uma consulta médica, o consumo de medicamentos e a realização de exames; entretanto, podem ser também a busca de respostas para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo; a procura de vínculo afetivo, ou outras que, de alguma forma, precisam ser traduzidas e escutadas pela equipe de saúde, configurando, assim, a integralidade da atenção no espaço de cada unidade de saúde. As ações próprias dos sistemas de saúde precisam estar articuladas à equipe multiprofissional e a políticas governamentais responsáveis por outros setores que irão influenciar na saúde. Os projetos de prevenção em saúde moldam-se diante da divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos, sempre no intuito de buscar que as necessidades de saúde da população sejam atendidas (DA COSTA, 2005).

A Medicina, enquanto profissão, tem por fim a promoção, preservação e recuperação da saúde, e seu exercício é uma atividade eminentemente humanitária e social. É missão do médico zelar pela saúde das pessoas e da coletividade, aliviar e atenuar o sofrimento de seus pacientes, mantendo o máximo de respeito pela vida humana, não usando os seus conhecimentos contrariamente aos princípios humanitários (MIRANDA, 2017). Logo, a formação médica vislumbra no cenário da esfera social que busca não só por uma saúde robotizada, mas, por conseguinte, um cuidado humanizado.

OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência vivenciada por acadêmicos do curso de medicina durante a realização de uma ação na comunidade.

MÉTODOS

Os alunos da Universidade CEUMA, do 1º período do curso de medicina, realizaram atividades do eixo de Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG) na unidade básica de saúde do bairro Santa Rita, cidade de Imperatriz – MA, e participaram de uma ação de promoção à saúde com atenção ao público-alvo de hipertensão e diabetes, no espaço de vivência da igreja evangélica Caná da Galiléia, da denominação Assembleia de Deus. Foi realizada uma grande ação de saúde, na presença da comunidade local, na intenção de enfatizar a importância da profilaxia de algumas doenças, além de ocorrer uma interação direta entre a população e os profissionais da saúde, para um maior esclarecimento, e estabelecimento da relação médico-paciente, de forma coerente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em quase três meses na rotina do curso de Medicina, acompanhando uma campanha de Promoção à saúde contra Hipertensão e Diabetes, que ocorreu com ajuda da equipe da Unidade básica de Saúde do bairro Santa Rita, percebeu-se a importância do profissional médico, e as expectativas da comunidade frente aos acadêmicos de Medicina. No entanto, os estudantes tentam a cada dia superar essas expectativas, seja com a preocupação em ouvir o paciente, seja com a atenção em seu bem-estar.

O papel do médico acompanhou o desenvolvimento da civilização ao longo dos séculos. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), na Grécia, o papel do médico era amplo, podendo o mesmo atuar no âmbito social, político, cultural e ético. Na Roma antiga, os médicos eram escravos valiosos a serviço da corte, do exército e de famílias nobres. Na idade média, ocorreu a anulação dessas pluripotencialidades do médico, do qual o algo limitante foi a herança individualista e curativa da prática médica. Nesses tempos primitivos, a medicina tinha um caráter mágico-sacerdotal e as doenças eram atribuídas a causas sobrenaturais. Somente no século V a.C, Hipócrates separou a medicina da religião, das crenças irracionais e do apelo ao sobrenatural, fundamentando seus alicerces em razão e ciência. Porém, no período Colonial, o Brasil ainda vivia a medicina grega, quando aqui aportaram os jesuítas, considerados os primeiros práticos na arte de curar (MIRANDA, 2017).

A partir dessa conceituação, observa-se que o Médico sempre teve um privilégio maior diante da sociedade, era visto como um semideus e a cura era vista como uma arte. No Brasil, nem todos poderiam estudá-la, os profissionais que chegavam ao país não eram os melhores e

não conseguiam oferecer assistência de boa qualidade (CUNHA, et al., 2009), mas mesmo assim ocupavam o ápice da pirâmide social.

Diante da história da saúde pública no Brasil, percorrida por vários ramos, muitas doenças e epidemias afligiram o país, sendo necessária a criação de um sistema que permitia a ampliação da saúde como um direito e dever de todos. Nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) baseado em princípios e diretrizes, que constrói um modelo de atenção, fundamentado na epidemiologia, controle social, integralidade, equidade, descentralização e regionalização com base municipal, promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Somente com isso, foi possível a realização da atividade de promoção à saúde na atenção primária, definido segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), como uma estratégia de articulação transversal na qual se confere a visibilidade aos fatores que colocam bem-estar da população em risco, visando também a criação de mecanismos que reduzem as situações de vulnerabilidade e defendem radicalmente a equidade e incorporam a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Voltando à realidade atual, a realização da estratégia comunitária de aprendizado do curso, os acadêmicos dos primeiros períodos contribuem aferindo pressão arterial e promovendo testes glicêmicos, orientando a comunidade sobre os riscos de uma pressão alta ou glicose alterada, também com ajuda de outros profissionais, realizam palestras sobre Tuberculose, e também sobre a perspectiva da comunidade sobre os estudantes que estavam presentes. Eram feitas perguntas sobre os temas, preocupações com sua saúde e participação completa no evento.

O entusiasmo percebido na população é fruto de raízes históricas, pois a comunidade é satisfeita com a contribuição dada a elas. A medicina, atualmente, não é fundamentada apenas na técnica, mas também nas Humanidades. O profissional médico necessita ser consciente de suas potencialidades, ser detentora de conhecimento tecnológico e biológico, ciente da importância de figurar nas várias instâncias gestoras e decisórias na macro e micropolítica social, bem como assumir papéis de cuidador, comunicador e educador na prática cotidiana (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a formação acadêmica de estudantes de medicina revela uma série de expectativas oriundas de diversos fatores, dentre esses, o potencial existente em cada discente em torna-se um "cuidador" de sua comunidade, um profissional responsável por agir, com respeito e empatia, na cura, prevenção, reabilitação e promoção da saúde de seus pacientes, seus semelhantes, bem como em zelar, também, pelo bem-estar geral desses, levando em

consideração o peso da boa alimentação, do bom relacionamento familiar, das boas condições de moradia, do direito ao acesso à educação, do respeito aos diversos e diferentes valores pessoais, dentre outros aspectos que integram a verdadeira "saúde" como um todo (PORTO; PORTO, 2017).

É inegável que a realização de atividades práticas da medicina, desde o início da formação acadêmica, é importante para que os discentes formem, além de suas capacidades técnicas no método clínico, as bases de seu relacionamento médico-paciente. Tal relacionamento corresponde, de maneira "bruta", as disposições do médico em ouvir e servir seu paciente, agindo em conjunto a esse como alguém que deseja o seu bem e age em prol desse bem, tudo por intermédio de ações que vão muito além de exames, equipamentos ou procedimentos, as quais surgem dos gestos, atitudes, palavras, expressões físicas, capacidade de ouvir e compreender, ou seja, do conjunto de elementos que existem na condição humana do médico, tal como discorre Porto e Porto (2017). Logo, o valor social existente nessa relação entre o médico e o paciente – uma relação humana na qual o médico é capaz de trazer, na medida de suas capacidades e limitações, uma melhor qualidade de vida à sua comunidade – serve de parte fundamental na geração de fortes expectativas do corpo social, sobre aqueles que estudam a "arte" da medicina.

Legalmente, a saúde é um dever de todos os cidadãos brasileiros, tal como é proposto pela Constituição Federal de 1988 - Constituição Cidadã - em seu 6º artigo. Junto disso, surge o Código de Ética Médica, o qual busca normatizar e orientar as ações referentes à relação médico-paciente, em busca de defender os direitos e deveres dos envolvidos, sobretudo, o direito a saúde dos pacientes, tal como é proposto no segundo artigo de seus Princípios Fundamentais, no qual o alvo de toda ação médica, em todo zelo e capacidade, deverá agir em prol da saúde do ser humano, explicitado pelo Conselho Federal de Medicina (2010). Desse Modo, a medicina surge como uma profissão responsável por embarcar um princípio fundamental para a sociedade, o que apenas eleva as expectativas geradas sobre aqueles que trabalham nessa área profissional.

Nos estudantes de medicina, as expectativas surgem como elementos inerentes de sua formação, os quais nascem do relacionamento já existente da comunidade para com essa área profissional, e podem servir de reforço para o aprimoramento, não apenas da parte científica da profissão - como o bom conhecimento da parte fisiológica e anatômica - mas, também, da capacidade em interagir, relacionar-se e compreender os diversos tipos de pessoas, cada uma com seus valores e particularidades da natureza humana, os quais carregam um enorme peso para seus individuais quadros clínico e para a relação médico-paciente (PROTÁSIO, 2014).

As expectativas traduzem o anseio por uma saúde literalmente integral, tal como é proposta no princípio da integralidade do SUS, no qual o atendimento médico deve considerar as pessoas em sua totalidade, nos diversos segmentos que formam a vida de cada um; um aspecto indissociável da prática médica humanizada, o qual é fortemente esperado por todos aqueles que necessitam dos diversos serviços orientados à saúde - público ou privado – o qual, quando existente, gera de maneira espontânea as boas expectativas sobre aqueles que trilham o caminho na formação em medicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse trabalho se apresentou em torno de uma ação social realizada pela Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Rita, na qual os estudantes de medicina puderam observar a perspectiva da comunidade sobre a formação acadêmica dos mesmos.

É notório que atualmente a população não espera apenas que o profissional médico trate da doença e sim cuide do paciente como um todo, aliando seus conhecimentos técnicos com respeito e empatia. Diante disso, a aproximação da comunidade com os discentes permite que a expectativa de sua formação seja mais humanizada, buscando sempre uma boa relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. História da Epidemiologia: Introdução a Epidemiologia. 4 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006.
- AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, nº 2, maio-ago. 2005.
- BRASIL. Ministério de Educação. Conselho Nacional de educação. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso) / Conselho Federal de Medicina – Brasília: **Conselho Federal de Medicina**, 2010.
- CUNHA, C. S. et al. A importância da Chegada da Família real portuguesa para o Ensino Médico e Medicina Brasileira. **Revista práxis**, 2009.

DA COSTA, M. C. G. As ações de serviço de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, nº 2, maio-ago. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação do SUS. Brasília: **CONASS**, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Promoção à Saúde. Portaria n. 24446. Brasília, 2006.

MIRANDA, C. A. C. A arte de curar nos tempos da colônia: limites e espaços da cura. 3 ed. Recife: **Editora UFPE**, 2017.

PORTO, C.C.; PORTO, A.L. Exame Clínico. 8 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara koogan**, 2017.

PROTÁSIO. As novas faces da Medicina. 1 ed. Barueli – SP: **Manole**, 2014.

**A EQUIPE DE SAÚDE, O VÍNCULO QUE SALVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
DE ALUNOS DE MEDICINA**

**THE HEALTH TEAM, THE SAVING LINK: AN EXPERIENCE REPORT OF MEDICINE
STUDENTS**

Emanuela Bandeira Da Silva¹
Enrique Carlos Sousa Cavalcante¹
Silvia Luana Rodrigues Nava¹
Wesley Barbosa Maia¹
Yasmin De Matos Capistranio¹
Marcelo Hubner Moreira²
Bethania Dias de Lucena²
Romulo Dayan Camelo Salgado²
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Carla Araújo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

Este relato consiste em uma análise embasada na observação e auxílio de obras bibliográficas sobre a importância do vínculo dentro da atenção básica. Nesse sentido, durante uma visita domiciliar sob coordenação do agente comunitário de saúde (ACS) e enfermeiro, os acadêmicos do curso de medicina puderam observar um caso de negligência materna. Nesse ambiente foi possível verificar que a mãe não garantiu a seu filho as vacinas necessárias para a prevenção de patologias, além de proporcionar condições sanitárias prejudiciais ao lactente. Ademais, a conduta e o vínculo dos profissionais de saúde para com o caso demonstram o quão efetivo é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Humaniza SUS, que trata da Política Nacional de Humanização. Dito isso - apesar do ACS, ao perceber a situação de risco, ter instruído o responsável pela criança (mãe), não houve comprometimento da mesma, o que fez com que agente de saúde notificasse a enfermeira e marcasse a visita domiciliar para dar assistência necessária a essa criança. Nesse sentido,

observa-se o comprometimento do trabalho em equipe da estratégia em saúde para fortalecimento do comprometimento das pessoas da comunidade para a promoção e cuidado com a saúde pública.

Palavras-chave: Vínculo; Agente comunitário de saúde (ACS); Estratégia Saúde da Família (ESF); Humaniza SUS.

ABSTRACT

This report consists of an analysis based on the observation of bibliographical works about the importance of the bond within the basic attention. In this sense, during a home visit under the coordination of the community health agent and nurse, the medical students of the medical school were able to observe a case of maternal neglect, in this environment it was possible to verify that the mother did not guarantee to her child the necessary vaccines for the prevention of pathologies, in addition to providing sanitary conditions that are harmful to the infant.

In addition, the conduct and the relationship of health professionals to the case demonstrates how effective the National Primary Care Policy, the Family Health Strategy program is, and the Humaniza SUS that deals with the National Humanization Policy. That said, although ACS, when perceiving the risk situation instructed the person responsible for the child (mother), there was no commitment of the same, which caused the health agent to notify the nurse and to mark the home visit to give necessary assistance to this kid. In this sense, it is observed the commitment of the teamwork of the health strategy to strengthen the commitment of the community to promote and care for public health.

Keywords: Link; Community Health Agent (CHA); Family Health Strategy (FHS); Humaniza SUS.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença toma corpo por meio de diversas estratégias e condicionantes aplicadas pelos profissionais de saúde no contato com os pacientes. De acordo com a concepção da Organização Mundial da Saúde (OMS) a ideia do complexo saúde-doença pressupõe “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Nesse conjunto, cabe aos profissionais de saúde, no entendimento das complexidades humanas, abarcar as melhores ações para o alcance do bem-estar na saúde (BRASIL, 2018).

Ademais, é de grande interesse social, que a preocupação com a saúde comunitária, da família e do indivíduo – considerando a atividade promovida do geral para o mais específico –

aproxime-se do direito amplo à saúde. Assim, para que seja garantido o princípio da universalidade na saúde, são necessários meios que harmonizem a abrangência real desse direito, ou seja, com promoção, prevenção e o tratamento específico do paciente (quando necessário) como estruturas utilizadas para que a circunscrição do bem-estar na saúde seja contemplada (OMS, 1996).

Por conseguinte, um instrumento de real efetividade utilizado para que o direito à saúde seja contemplado, é a Estratégia Saúde da Família (ESF), formada por uma equipe multiprofissional, sejam médicos, enfermeiros, especialistas em saúde da família, auxiliares de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS). Tal ferramenta trata de proporcionar uma imersão dos profissionais na vida do paciente, não apenas aguardando que o paciente vá em busca desses profissionais, mas um acompanhamento tão próximo que permita alcançar o máximo aquilo que aflige a saúde humana (SAMPAIO, 2006). Como aproximação dos profissionais da ESF no acolhimento proporcionado ao paciente é bastante apreciada pelos usuários, porque se sentem acompanhados, mesmo estando em casa, tal estratégia acaba deparando-se, então, com problemas além da doença, ou seja, ambientes insalubres, falta de conhecimento de prevenção e muitas vezes negligência dos pacientes em buscar mecanismos de melhoria do contexto saúde-doença. Nesse sentido, Vianna (2012, p. 10) corrobora:

Não podemos nos esquecer de que o ambiente é o local onde a pessoa se encontra com as coisas ao seu redor, que lhe exercem influências, afetando-a de várias maneiras. Por exemplo, uma família de seis, oito pessoas que habitam um único cômodo provavelmente terão conflitos, problemas que atingirão sua saúde mental; por outro lado, viver num quarto úmido, ou seja, num ambiente insalubre, provavelmente acarretará doenças como bronquite, tuberculose etc. e, assim, uma infinidade de exemplos. O processo saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que buscam promover a saúde, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando as limitações se estabelecem.

Assim, o presente relato de experiência mostra justamente um problema complexo, que perpassa por um contexto social de pobreza, bem como pela negligência de uma mãe, paciente da Unidade Básica de Saúde – Vila Nova em estar atenta à prevenção, no caso em específico, da vacinação de um dos filhos. Vale ressaltar que a vacinação, segundo Vianna (2012), vem como uma das formas de “[...] privilegiar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença[...].” (VIANNA, 2012).

OBJETIVO

Esse trabalho tem como objetivo relacionar a ação dos profissionais de saúde com o processo de chegada e tratamento do paciente.

MÉTODOS

O seguinte relato foi desenvolvido a partir da vivência dos acadêmicos de medicina da Universidade CEUMA, nas adjacências do distrito Vila Nova, Unidade Básica Vila Nova em Imperatriz – MA, seguindo o cronograma do eixo de Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG), acompanhados da enfermeira preceptora e dos Agentes Comunitários de Saúde. A presente pesquisa foi realizada através de metodologia bibliográfica, documental e descritiva. A metodologia bibliográfica foi feita através de pesquisas em livros e textos, pelos quais foram obtidos dados importantes, assim como a pesquisa documental, visto que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não. Quanto a análise descritiva, o ambiente natural é a própria fonte para coleta de dados, relacionados ao relato de experiência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante uma visita domiciliar acompanhada da agente comunitária de saúde (ACS) e a enfermeira, os discentes encontraram um lactente de aproximadamente um ano que havia tomado apenas as duas primeiras vacinas, necessárias após nascimento, a BCG (*Bacillus Calmette Guérin*) e a Hepatite B, descartado, assim, uma série de vacinas necessárias para o fortalecimento imunológico da criança.

[...] para a saúde de toda população não apenas das crianças, é necessário a vacinação, que é uma medida de prevenção essencial. É através das vacinas que crianças, idosos e adultos podem se proteger de doenças graves, protegendo-se de sofrimentos e até mesmo de longos tratamentos médicos” (BRASIL, 2018).

Abaixo você pode conferir o calendário de vacinação infantil:

Fonte: Ministério da Saúde

Calendário de Vacinação Infantil 2018

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG – ID	Dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina hepatite B	Dose	Hepatite B
2 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)		Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
4 meses	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)	2ª dose	Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 valente		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
6 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB +	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	Hib)		infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
9 meses	Vacina febre amarela (viajantes para área com recomendação de vacinação)	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Vacina pneumocócica 10 valente	Reforço	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo

Além disso, a criança aparentava ter sinais da desnutrição, com peso e altura inadequados para a idade, as condições de higiene eram mínimas, caracterizando, assim, a negligência da mãe que já havia sido notificada pela ACS inicialmente, principalmente em relação à vacinação, o que foi posteriormente frisado na visita domiciliar quanto a importância dos bons cuidados com higiene e alimentação.

Observou-se então o amparo da ACS e da enfermeira, na tentativa de proporcionar um melhor auxílio para a mãe em relação ao caso, agindo de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica, que buscam assegurar melhor cobertura de atendimento, favorecendo a saúde pública.

Assim, no relato notamos o acolhimento da enfermeira e ACS que implica em:

[...] prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, com uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que inclua sua cultura” (Humaniza-SUS, 2017).

Foi evidente quando as profissionais de saúde orientaram sobre a importância das vacinas que se atrasaram e os cuidados necessários que a mãe deveria ter com a criança, como: manter a casa limpa e arejada, não deixar a criança no chão do quintal com frequência, lavar sempre as mãos e os alimentos. Outro ponto foi a Transversalidade, que consiste em:

[...] busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (Estratégia Saúde da Família; Humaniza SUS, 2017).

Tais profissionais alertaram também, para a procura das próximas vacinas com evidência de denúncia ao Conselho Tutelar, uma vez que o descuido com o lactente é caracterizado por abandono de incapaz e caso as providências não fossem tomadas a mãe poderia perder a guarda da criança. Analisando essa ação podemos observar a transversalidade entre o conselho tutelar, a sala de vacinas, a ACS e enfermeira, onde todos fazem suas funções de modo autônomo, mas compartilham informações e em conjunto para uma só finalidade: a saúde do paciente.

Nota-se então, a importância do trabalho da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) para a assistência da comunidade em todos os âmbitos de forma integral. O ACS tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. Através dele que se cria uma maior aproximação com a família de forma a tornar a comunicação mais clara e objetiva, principalmente no caso citado acima.

Uma boa comunicação e abordagem da equipe são efetivas á execução de ações práticas e rápidas tornando-se um modelo a ser seguido, onde tanto a comunidade quanto os profissionais são beneficiados na construção do conhecimento, compartilhando experiências e novas realidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São essenciais as ações em saúde para a redução da vulnerabilidade e na melhoria da qualidade de vida da população. Dessa forma, com diálogo constante e junto ao movimento da comunidade é possível disseminar saúde e planejar possibilidades de enfrentamento dos problemas como a negligência do paciente no caso apresentado, e a qualificar cada vez mais as ações no Sistema Único de Saúde de forma humanizada, com atendimento individualizado e a equipe multiprofissional.

Em virtude desses fatos, notamos a importância das agentes comunitárias em suas atuações, que vão além dos muros da Unidade Básica de Saúde, em uma relação estritamente pessoal com cada paciente, estimulando e ao mesmo tempo conscientizando os mesmos a perceberem a importância das ações dos programas de saúde, que não só previnem as doenças como também promovem a saúde. A conscientização e a comunicação ainda hoje são os melhores e os mais simples meios de informar e educação.

REFERÊNCIAS

BOLSA FAMÍLIA. Calendário De Vacinação Atualização 2018. Bolsa Família 2018 como Sacar. Disponível em: <http://calendariobolsafamilia2015.com.br/calendario-de-vacinacao-infantil-2018/#Calendario_de_Vacinacao_Infantil_2018>. Acesso em: 10 de junho de 2018.

BRASIL. A Política Nacional de Humanização. Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º Andar. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.

OMS - ORGANIZACIÓN Mundial de La Salud. Documentos básicos. 26 ed. Genebra: OMS, 1976. **SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES.** Enfermagem e saúde do adulto, 1996.

SAMPAIO, Luís F. R. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde Volume 4, 2006: SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar, Sala 645.

VIANNA, Lucila A. C. Especialização em SAÚDE DA FAMÍLIA UNASUS SUS.

Universidade Aberta do SUS. São Paulo, 2012. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

**ACOLHIMENTO HUMANIZADO: PERSPECTIVAS E ANSEIOS PARA A
FORMAÇÃO MÉDICA**
**HUMANIZED ACCOMMODATION: PERSPECTIVES AND LOOKS FOR MEDICAL
TRAINING**

Gabriella Farias¹
Cintya Dornel Queiroz¹
Lia Santoro Alves Tomé¹
José Roberto Filho¹
Ramon Abreu de Lucena¹
Matheus Barros De Andrade Carvalho¹
Marcelo Hubner Moreira²
Bethania Dias de Lucena²
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

A questão central do presente relatório traduz-se numa pergunta: Quais as perspectivas e anseios da sociedade em relação ao futuro médico? Atualmente, muito se discute sobre a relação médico paciente e como esta sofreu modificações ao longo do tempo. A medicina seguiu seu campo mais técnico, e deixou em segundo plano seu lado mais humanizado, ou seja, a confiança e a atenção, que devem ser alicerce principal do relacionamento entre o médico e seu paciente, se tornou cada vez mais distante da realidade. Este presente trabalho discorre sobre a experiência dos alunos de medicina da Universidade CEUMA, na Unidade Básica de Saúde do Conjunto Vitória, por meio da observação e embasamento teórico.

Palavras-chave: Médico-paciente; Modificações; Perspectivas; Humanizado.

ABSTRACT

The central question of this report is a question: What are the perspectives and aspirations of society towards the future doctor? Currently much is discussed about the patient physician relationship and how it has undergone modifications over time. Medicine pursued its more technical field, and left its humanized side in the background, that is, trust and attention, which should be the cornerstone of the relationship between the physician and his patient, has become increasingly distant from reality. This paper discusses the experience of the medical students of

the CEUMA University, in the Basic Health Unit of the Vitória Complex, through observation and theoretical background.

Keywords: Physician-patient; Modifications; Perspectives; Humanized.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos proporcionados pela ciência contribuíram para o distanciamento de uma visão holística da medicina, em favor de uma medicina compartimentalizada, segmentada, centrada na doença e não no indivíduo. A supressão do diálogo entre médico e paciente, em detrimento da tecnologia laboratorial exacerbada, abre brechas para que informações importantes permaneçam desconhecidas tais como habitat, atividade laboral, angústias, ansiedades, medos, tensões, causas das doenças, muitas vezes sociais (RISTOW, 2007). Diante disso, muito se discute, na contemporaneidade, sobre formas de estreitar a relação médico-paciente. E para isso o termo humanização tem sido cada vez mais recorrente nos serviços de saúde e nos currículos das escolas médicas. Dessa forma compreende-se por humanização como

Princípio de conduta de base humanista e ética, como movimento contra violência institucional na área da saúde, como políticas públicas para atenção e gestão no SUS, como metodologia auxiliar para gestão participativa e por fim como tecnologia do cuidado na assistência à saúde. Busca a transformação da cultura institucional, através de compromisso ético e metodologias para ação dentro da saúde (RIOS, 2011, p.10).

Com objetivo de tentar reverter esse cenário, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual “busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Mais especificamente, foram elaboradas diretrizes gerais para a implementação da PNH, as quais buscam garantir: a ampliação do diálogo dos profissionais entre si e entre os profissionais e população; a sensibilização das equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; além da adequação dos serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ademais, as Escolas Médicas têm incluído em suas grades curriculares eixos que promovam a questão da humanização de forma adequada. O intuito é formar médicos que tenham os mais avançados recursos de diagnóstico e terapêutica e, ao mesmo tempo, se

mantenham focados no indivíduo que necessita de atendimento. Para isso, os futuros médicos deverão estar aptos, não só a receberem novos conhecimentos, mas acima de tudo a se relacionarem com o paciente com ética, moral e humanismo. O primeiro pode ser obtido mediante leituras e interpretação de textos, manuais e revistas de medicina; o aprendizado concernente ao relacionamento, só será obtido com a prática diária e dedicação ao que há de mais imprescindível na Medicina – o bem-estar do ser humano (ALMEIDA, 2014).

Através da experiência de interação com os pacientes e dos depoimentos destes, pretende-se analisar a face humanística do médico. Uma vez que, comumente, as mudanças da sociedade, ocorridas pelo rótulo da Modernidade, implicaram em consequências no atendimento médico, impregnando tendências tecnicistas e científicas, restando pouco espaço para ênfase do aspecto humanístico, como a empatia, interação, diálogo e observação. Almeida (2014) ainda conclui que com a discussão aberta, franca e construtiva, sem dúvida, o Médico do Futuro terá uma consciência muito mais humanística, e coerente com os avanços tecnológicos que a sociedade futura englobará”.

OBJETIVO

Relatar, através do trabalho observacional, o processo humanístico do profissional médico em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Imperatriz-MA.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, com caráter observacional, de experiência vivida pelos alunos de medicina na atenção básica, envolvendo o processo de atendimento médico.

A fundamentação teórica foi consultada, primeiramente, em busca de suporte para estabelecer a base conceitual e filosófica, fundamental para o entendimento do que se buscava. A fonte de coleta de dados e análise descritiva foi o próprio ambiente ambulatorial a que se refere este relato.

Realizou-se acompanhamento de consultas, onde a equipe de estudantes teve a oportunidade de participar com questionamentos direto ao objeto do estudo.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

No dia 06/02/2018 foi realizado uma roda de conversa com membros da comunidade do Conjunto Vitoria, para que estes relatassem os seus anseios quanto ao serviço prestado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) – atendimento por parte da enfermeira, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, principalmente, dos médicos. Durante a

conversa, os pacientes da UBS expressaram seus anseios, dando destaque em como seria a postura do médico para o futuro. Destacando-se a falha na relação básica entre médico e paciente, na qual se tornou perceptível a falta de comunicação, empatia, vínculo e acolhimento do médico para com o paciente.

Passando-se algum tempo, no dia 02/05/2018, foi proposto que realizássemos uma produção científica, na qual relataríamos alguma experiência vivenciada no Eixo de Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG). Logo em seguida, a equipe realizou uma reunião, na qual foi determinado o tema a ser trabalhado.

No dia 15/05/2018, convidamos alguns pacientes que estavam na Unidade Básica de Saúde, para prestarem depoimentos e relatarem suas perspectivas e anseios para o profissional médico. Então, constatamos que, em quase sua totalidade, os depoimentos incluíam a necessidade de maior atenção por parte dos médicos aos pacientes.

DISCUSSÃO

Após a interação com os pacientes foi possível perceber que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é um importante agente de transformação na comunidade, pois além de estar intimamente ligada com a prevenção, também se relaciona com a promoção da saúde.

Logo, é de fundamental relevância que, ao chegarem a esse nível de atendimento, os pacientes se sintam amparados, pois sendo esta etapa responsável por garantir o acesso ao sistema de saúde, o acolhimento torna-se especialmente importante. No momento em que chega ao serviço, o indivíduo pode estar em situação de vulnerabilidade e a forma como é recebido influencia o tipo de relação que será estabelecida com a equipe (SATO; AYRES, 2015).

Uma das maneiras de garantir um atendimento humanizado é considerar o paciente como um todo, integralmente. Um dos modos de alcançar essa integralidade é a articulação entre o médico e a equipe do Núcleo de Apoio de Saúde a Família (NASF), para juntos fazerem um plano singular terapêutico (PTS), o qual permite observar as subjetividades e vulnerabilidades de forma mais individualizada.

O acolhimento propõe que seja organizado o serviço de saúde de forma que o usuário seja o centro, partindo dos princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho, saindo do modelo médico-cêntrico para equipe multiprofissional; e, por fim aprimorar a relação entre usuário e equipe de saúde (FRANCO et al., 1999).

Durante a roda de conversa, evidenciou-se o anseio da comunidade em criar um maior vínculo com os profissionais da unidade, e para que isso ocorra, acadêmicos de medicina têm

função primordial, no sentido de, desde o início, atentar para a postura no contato com as pessoas. Nesse contexto, a UBS do Conjunto Vitória é um excelente laboratório para colocarmos em prática conceitos do Eixo de Humanidades Médicas, como: humanização, acolhimento e direitos do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da elaboração do vigente trabalho, percebe-se a relevância do atendimento humanizado na área médica e o olhar social de uma comunidade, que se dispôs a compartilhar suas perspectivas e seus anseios, para a formação médica, apontando os impactos negativos da ausência de maior acolhimento no serviço oferecido na UBS do bairro em questão, serviço este que é responsável pela prevenção, sobretudo pela promoção da saúde e que requer total afinidade e confiança entre os usuários e a equipe responsável por prestar tais funções.

A experiência vivida por acadêmicos de Medicina da Universidade CEUMA - Campus Imperatriz, e relatada neste trabalho, proporcionou aos discentes a oportunidade de, como estudantes, ouvirem a realidade e, como futuros médicos, exercerem uma conduta mais humanizada no âmbito profissional, objetivo traçado no presente relato, e de adotarem a tarefa de tentar converter o quadro apresentado, em que a medicina volta a exercer a medicina institucionalizada, passando por cima dos preceitos pregados pelo SUS, que instiga, essencialmente, a integralidade na prestação de serviços médicos. "A formação médica humanística tende a suprimir o hiato nas relações comunicativas entre o médico e o paciente (...). O médico humanista, assim, configura-se como elo de integração social." (RISTOW, 2007, p. 145).

Desse modo, infere-se a importância de um ensino humanizado nas escolas de medicina e a visão mais ampla e real adquirida pelos profissionais formados sob tal ensino.

"Numa sociedade onde o esmaecimento dos valores humanísticos e a violência no comportamento e nas relações entre as pessoas são presenças cotidianas, a reflexão sobre temas das ciências humanas, no âmbito da medicina, é condição imprescindível para a passagem de estudante a médico. A conduta moral e a competência ética são resultados do desenvolvimento da capacidade dos indivíduos para a busca do bem individual e coletivo, busca que também considera a perspectiva dos outros e não elege a si mesmo como única referência para a compreensão do mundo. Não se trata, pois, de habilidade inata, mas de aprendizado, conquista e exercício que deve envolver a todos nas experiências de vida e nos espaços formais de educação. [...]. Nesse contexto, as disciplinas de humanidades têm uma importante missão a cumprir: promover a inclusão curricular de temas essenciais para a prática médica humanizada de maneira que faça sentido para o aluno, envolvendo os professores numa verdadeira mudança de cultura educacional" (RIOS. et al., 2011, p. 9).

Logo, incentivar a interação dos estudantes de medicina em todos os níveis de atenção na saúde, torna mais eficaz e de melhor compreensão a diferença que um trabalho humanístico faz, tanto para o profissional quanto para o paciente, refletindo em melhorias instantâneas e evitando inúmeros problemas que, certamente, um simples acolhimento, um momento mais íntimo e um olhar mais humano sobre aquele que está diante um profissional, crendo em sua capacidade e qualidade, espera obter. Ademais, incluir eixos e atividades direcionadas à humanização e ao contato direto com o paciente, como conhecer e vivenciar experiências, nos níveis de atenção primária e acompanhar não só o papel do profissional médico, mas ter perspectivas sobre a equipe que o auxilia, resultará em estudantes mais esclarecidos, humanísticos e competentes, o que abrirá espaço para uma nova geração médica e alcançará satisfação da população atendida.

Por fim, perante o exposto, os momentos proporcionados entre os alunos envolvidos e a comunidade em que foi desenvolvido o trabalho, trouxeram crescimento e clareza sobre "Acolhimento humanizado: perspectivas e anseios para a formação médica" com êxito, obtendo excelentes resultados e alcançando os objetivos almejados, trazendo efeito sobre suas formações e certamente sobre suas futuras carreiras profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, RMSA; OU O MÉDICO, O. Futuro Médico. do Futuro. **Reflexões sobre Formação, Ensino e Profissão**, 2014.

ALMEIDA, R.M.S. O futuro médico ou o médico do futuro? – Reflexões sobre formação, ensino e profissão. Disponível em <https://www.fag.edu.br/upload/arquivo/1322761312.pdf>. Acesso em: 24 de maio de 2018, 18h.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de humanização (PNH). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 24 de maio de 2018, 17h.

RIOS, I.C. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de medicina da USP: um caminho para o ensino, 2011

RISTOW, A.M. A formação humanística do médico na sociedade do século XXI: uma análise curricular. 2007. 181f. Pós-graduação- Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

SATO, Mariana; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 1027-1038, 2015.

**TRANSTORNO ALIMENTAR E A IMPORTÂNCIA DA CONDUTA MÉDICA
ADEQUADA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
FOOD DISORDER AND THE IMPORTANCE OF PROPER MEDICAL CONDUCT: AN
EXPERIENCE REPORT

Alice Freitas Costa¹
Amanda Caroline dos Santos Matos¹
Aritana Carvalho de Moura Nascimento¹
Edmar Bernardes de Oliveira Júnior¹
Letícia Lais Oliveira Ladeira¹
Letícia Lima Cangussú¹
Maria Clara Dias De Sousa¹
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Adriana Ramos Leite Matalobos²
Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) podem ser caracterizados por alguns aspectos como: o medo mórbido de engordar, preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. Dentre os principais distúrbios alimentares existentes temos a anorexia e a bulimia nervosas. É sabido que alguns dos TA's afetam predominantemente a população jovem do sexo feminino. A baixa frequência dos TA's no sexo masculino contribuiu para que fossem, por diversas vezes, menosprezados, e até mesmo ignorados, chegando-se inclusive à crença de que homens não sofrem desses distúrbios. Entretanto, este relato de experiência é baseado num caso de TA em paciente do sexo masculino e tem o intuito de demonstrar a importância de um bom atendimento ao paciente com transtorno alimentar, a partir da visão do acadêmico de Medicina.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; Sexo masculino; Atendimento.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) can be characterized by: morbid fear of gaining weight, excessive preoccupation with body weight and shape, voluntary reduction of nutritional intake with

progressive weight loss, massive food intake followed by vomiting and use abusive use of laxatives and / or diuretics. Among the main eating disorders we have anorexia and bulimia nervosa. It is known that some of the EDs affect predominantly the young female population. The low frequency of EDs in the male sex contributed to the fact that they were sometimes disparaged and even ignored, even going so far as to believe that men did not suffer from these disorders. However, this report of experience is based on a case of ED in a male patient and aims to demonstrate the importance of a good care for the patient with eating disorder, from the perspective of the medical student.

Keywords: Eating disorders; Male sex; Care

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) podem ser caracterizados por alguns aspectos como: o medo mórbido de engordar, preocupação exagerada com o peso e a forma corporal, redução voluntária do consumo nutricional com progressiva perda de peso, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos (MELIN e ARAÚJO, 2002). Dentre os principais distúrbios alimentares existentes temos a anorexia e a bulimia nervosas. Essas duas patologias estão intimamente relacionadas por apresentarem em comum a mesma patogenia, que leva à redução significativa do peso corporal (SCHOMER, 2010).

É sabido que alguns dos TA's afetam predominantemente a população jovem do sexo feminino. Estima-se a incidência entre 0,5% e 1% para anorexia nervosa e 1% e 3% para bulimia nervosa em adolescentes do sexo feminino, números que são questionáveis, pelo fato de que apenas os casos mais graves chegam ao conhecimento médico (ANDRADE e BOSI, 2003). Além disso, distúrbios não especificados e síndromes parciais, isto é, formas de transtornos alimentares que não preenchem os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia nervosa ou bulimia nervosa são bem mais frequentes, ocorrendo com 5% a 10% de jovens do sexo feminino (ALVARENGA, 2010).

Em relação à ocorrência de transtornos alimentares na população masculina, Schomer (2010) destaca que apesar do crescente número de estudos publicados sobre os transtornos alimentares nas três últimas décadas, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) em homens permanecem pouco compreendidas. A baixa frequência dos TA's no sexo masculino contribuiu para que fossem por diversas vezes menosprezados e até mesmo ignorados, chegando-se, inclusive, à crença de que homens não sofrem desses distúrbios.

Schomer (2010) afirma que, na literatura, encontram-se casos descritos em homens desde o início da história médica dos Transtornos Alimentares: Richard Morton, em 1689;

William Gull, em 1874. Na contemporaneidade observa-se um número significativo de homens com Transtornos Alimentares correspondendo a uma faixa de 5% a 15% dos casos. Estudos de prevalência indicam que na América do Norte há mais homens com BN do que mulheres com AN (MACHADO, 2007; OLIVEIRA, 2018). Portanto, considerado os fatos apresentados e diante da experiência do grupo ao notar tal peculiaridade em um paciente do sexo masculino, gerou-se o interesse de aprofundar os conhecimentos sobre o tema, a partir de objetivos específicos e que englobem a intenção geral e, dessa forma, propagar para profissionais médicos e acadêmicos da área, a importância da visão holística, de uma boa anamnese e de olhar o paciente sem discriminá-lo, ou seja, de todos os valores que se espera que um médico possua, buscando, acima de tudo, profissionalismo e humanidade.

OBJETIVO

Compreender a importância de um bom atendimento ao paciente com Transtorno Alimentar, a partir da visão do acadêmico de Medicina.

METODOLOGIA

Os recursos utilizados foram: recursos humanos (a preceptora, os alunos de graduação, o paciente em questão), enquanto os demais recursos foram: os visuais (observação) e recursos materiais (anotações, Unidade Básica de Atendimento).

A partir da observação, foi possível reconhecer tal transtorno e formular perguntas. Já o estudo bibliográfico, permitiu ao grupo reunir o máximo de informações sobre o assunto em questão, resultando uma boa discussão. As informações acerca do paciente foram coletadas em uma única data, caracterizada como consulta e teve duração aproximada de 40 minutos.

A pesquisa foi feita através da busca de artigos científicos e dissertações, através dos quais tornou-se possível a construção deste relato.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EIXOS

O seguinte relato de experiência, feito pelos discentes do curso de Medicina, contempla uma integração do Eixo de Humanidades Médicas (HM), o Eixo de Iniciação Científica (IC) e o Eixo Integração Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Após o grupo decidir sobre qual tema seria a pauta para o relato de experiência, foi feita uma reunião para suscitar os principais problemas que podem surgir diante de um quadro clínico

de Transtorno Alimentar e como poderia ser feito o atendimento da melhor maneira possível, elencando a necessidade de uma equipe multiprofissional.

No dia 8 de Maio de 2018, chegou à Unidade Básica de Saúde (UBS) Parque Santa Lúcia, um paciente de 35 anos de idade queixando-se de cefaleia. Foi feita a anamnese e durante a mesma o paciente relatou que notou diminuição de força física principalmente durante o período de trabalho, uma vez que o mesmo trabalha como pedreiro.

A preceptora perguntou a ele como era seu estilo de vida, o que comia e se realizava alguma atividade física. Sobre a alimentação, o paciente relatou que sua última refeição havia sido às 16 horas do dia anterior, ou seja, no ato da consulta ele já estava com aproximadamente 19 horas sem ingerir nenhum tipo de alimento ou sequer feito ingestão de água ou qualquer outro tipo de líquido. O mesmo informou que estava sem se alimentar por este longo período porque tinha receio de engordar mais.

Percebeu-se que o paciente sofria de distúrbio alimentar e alterações psicológicas à medida em que suas respostas à anamnese aconteciam. A preceptora então usou uma técnica para analisar o estado psicológico do paciente sobre si mesmo, dando-o uma folha de papel e uma caneta, solicitando que desenhasse qual era a imagem de si ele enxergava quando se olhava no espelho. O paciente desenhou uma pessoa totalmente diferente do que ele realmente é fisicamente, o mesmo se via como alguém com alto grau de obesidade. Ele estava nitidamente insatisfeito com seu corpo.

De acordo com Nascimento et al., (2010), essa insatisfação com a aparência ou elevada preocupação com suposta imperfeição denomina-se Transtorno Dismórfico Corporal (TDC). Dessa forma, foram dadas várias orientações acerca de alimentação, intervalo ideal entre as refeições, exercícios físicos. Foram dados dois encaminhamentos, um ao nutricionista e o outro ao psicólogo, ambos do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF).

DISCUSSÃO

Os transtornos alimentares são patologias caracterizadas primordialmente pelo medo mórbido de engordar. Vários são os fatores envolvidos, tanto na etiologia quanto na manutenção e na gravidade dessas doenças, principalmente fatores individuais, familiares e culturais. Em relação a estes últimos, salienta-se o papel dos aspectos históricos, estéticos, midiáticos, transculturais, socioeconômicos, raciais e de gênero. Pesquisas atuais realizadas em diversas culturas demonstram a existência de uma relação entre esses fatores e os índices de anorexia nervosa e bulimia nervosa. A busca por um padrão estético globalizado (magreza), segundo a literatura, tem um papel central no aumento do número de casos (MELIN e ARAÚJO, 2002).

Poucos transtornos, na medicina em geral e na psiquiatria, em particular, têm uma distribuição por gênero tão assimétrica quanto os TA, com cerca de 10% dos casos ocorrendo no sexo masculino. Esta disparidade pode ser atribuída a fatores biológicos e culturais, mas também indica a existência de dificuldades no diagnóstico dos transtornos alimentares em homens (SCHOMER, 2010).

Vale a pena ressaltar que o início do quadro clínico ocorre frequentemente a partir da elaboração de uma dieta, em que o paciente inicia a restrição de grupos alimentares, eliminando aqueles que julgam ser mais calóricos. Essa restrição alimentar aumenta progressivamente, com diminuição do número de refeições, podendo evoluir drasticamente, até o jejum. O paciente tem como meta emagrecer, cada vez mais, desejando a todo custo ficar cada vez mais magro. Geralmente os pacientes relatam que o início do quadro se deu após um fator estressante como algum comentário sobre seu peso, ou o término de relacionamento, ou perda de ente querido (CORAS e ARAÚJO, 2011).

Passo a passo o paciente passa a viver exclusivamente em função da dieta, do peso, da forma corporal, das atividades físicas, dos grupos de calorias e o medo doentio de ganhar peso. Concomitantemente, esses pacientes apresentam traços de personalidade como preocupações exacerbadas, medo de quaisquer mudanças e sensibilidade aumentada. Existem, atualmente, dois tipos da anorexia nervosa: a restritiva e a purgativa. No primeiro, os pacientes utilizam comportamentos restritivos associados à dieta, porém de uma forma desordenada e amedrontada. Na anorexia tipo purgativa, acontecem episódios de compulsão alimentar, seguidos de métodos compensatórios ditos patológicos, como vômitos autoinduzidos e o uso de laxantes e diuréticos (ALVARENGA, 2010).

Nota-se, portanto, que identificar o predomínio de transtornos alimentares é uma tarefa difícil e exige cautela dos profissionais de saúde, principalmente em homens, uma vez que o preconceito existente na sociedade é um dos principais fatores que corroboram para o tratamento tardio e/ou não tratamento dessas enfermidades. A priori, tem-se a anamnese como o primeiro passo na busca de compreender a história de um paciente, entendendo o seu estado atual e relacionando com o seu histórico, por exemplo. Segundo Porto e Porto (2017), a anamnese “é o núcleo em torno do qual se desenvolve a relação médico-paciente, que, por sua vez, é o principal pilar do trabalho médico” e, mesmo com a evolução dos meios técnicos-científicos, para boa utilização do progresso tecnológico na medicina é preciso que o lado humano seja bem utilizado.

Relacionando com o paciente, caso a preceptora não tivesse o treinamento e a humanidade de ter uma visão holística sobre o mesmo e aplicar isso na anamnese – com o

interesse de fugir do óbvio – a consulta teria sido somente pontual, tendo em vista que a cefaleia do paciente seria tratada, mas os problemas de transtorno alimentares seriam ignorados e/ou desconhecidos pela mesma e por outros profissionais.

Outro ponto importante que deve ser considerado é o fim de cada tratamento, tendo em vista que o profissional da área da saúde deve ter como meta sempre preservar a qualidade de vida do paciente e utilizar as habilidades que lhe pertencem e lhe foram adquiridas para melhor fazê-lo. E sobre isso, é importante citar que a “qualidade de vida” é algo relativo a cada ser, uma vez que engloba questões socioeconômicas, físicas, psicológicas, relações afetivas, os comportamentos e até mesmo as circunstâncias que cercam cada paciente. Em consonância, o paciente que apresenta Transtorno Alimentar tem um desequilíbrio corporal e isto começa com a “auto maleficência”, quando o mesmo tenta por inúmeras formas, não comer ou eliminar abruptamente os alimentos ingeridos. Tal “maleficência” causada em si próprio pode evoluir para graves casos de depressão, e esta é uma doença que afeta precisamente essas mesmas áreas da vida do paciente, uma vez que altera níveis hormonais de grande importância no corpo humano (SAITO e SILVA, 2001).

Além deste, o preconceito contra a obesidade é um dos grandes fatores para o aparecimento de pacientes com Transtornos Alimentares, tendo em vista que a sociedade prega um padrão que é constantemente exaltado como impecável, e que se torna objeto de busca frenética pela maioria da população. Nesse caso, muitos sujeitam-se a procedimentos abusivos e estressantes em troca do “corpo dos sonhos”. Sobre isso, Andrade (2008) fala que o preconceito contra a obesidade é muito intenso, e a magreza é ligada à imagem de sucesso, perfeição, competência, autocontrole e atratividade sexual.

Sobre o atendimento, Cabrera (2006) ressalta que a assistência ao paciente com transtorno alimentar necessita de cuidados especializados realizados por profissionais capacitados que atuam em conjunto, compondo uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. O trabalho em equipe interdisciplinar é mais eficaz que o tratamento clínico psicológico ou psiquiátrico exclusivo, é menos desgastante e atende às necessidades do paciente como um todo. E para que se alcance todos esses conhecimentos de conduta, tratamentos e/ou soluções mais eficazes para o problema, é necessário que o profissional médico siga sempre as Diretrizes Curriculares Nacionais, no que tange às Competências Gerais focando na Atenção à Saúde...

[...] Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo

em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo (DCN, 2018).

Na tomada de decisões, tendo em vista a sua tamanha importância para boa resolução do caso, torna-se relevante também observar que

[...] o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (DCN, 2018).

E principalmente, nesse caso, a educação permanente do profissional, que deve estar sempre aprofundando seus conhecimentos para melhor realizar o tratamento com o paciente e para instruir outras pessoas sobre as melhores formas de lidar com o problema alheio.

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (DCN, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura de vários trabalhos acadêmicos e algumas fontes bibliográficas que foram utilizadas como referência, pôde-se compreender que, de fato, como uma conduta médica adequada proporciona uma melhor resolução das questões-problema, que são apresentados ao profissional médico. Em casos de pacientes com Transtornos Alimentares, uma boa anamnese, aliada ao respeito mútuo por toda a história e por todas as causas que levaram àquele estado, seguida de encaminhamento para outros setores da saúde e acompanhamento, sempre se preocupando em atualizá-los sobre as melhores formas de lidar com seus problemas de saúde.

Também se percebe a preocupação dos autores em demonstrar a pequena porcentagem de homens que sofrem de TA, todavia a estimativa dos mesmos de que mais homens sofram com tais transtornos, mas não tenham interesse ou “coragem” em assumir, receando julgamentos e preconceitos.

Portanto, a partir de todos os pontos esclarecidos e discutidos, é válido afirmar que o profissional médico deve ser um agente ativo na manutenção da saúde dos pacientes com Transtornos Alimentares, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais, sendo profissional disposto a realmente cuidar do paciente e amenizar, o quão possível, o sofrimento do mesmo, atuando, assim, como ser transformador na sua unidade de trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA M.S. *et al.* Insatisfação com a imagem corporal em universitárias Brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 59, n.1, p.44-51. 2010.
- ANDRADE, A.; BOSI, M.M. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. **Revista de nutrição**, 16(1), p.117-125. 2003.
- ANDRADE, T. F. **O imaginário da perfeição: a corporeidade em homens com transtorno alimentar**. 2008. f. 261. Dissertação – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- CABRERA, C.C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno Alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina, Ribeirão Preto**, 39 (3): 375-80, jul./set. 2006. Simpósio: transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas Capítulo IX.
- CORAS, P.M.; ARAÚJO A.P.S. O Papel da Enfermagem no Tratamento dos Transtornos Alimentares do Tipo Anorexia e Bulimia Nervosas. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**; 13(Esp): 315-24. 2011.
- DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 05 de jun. 2018.
- MACHADO, Paulo PP et al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 3, p. 212-217, 2007.
- MELIN, P.; ARAÚJO, A.M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr**; 24(Supl III): 73-6. 2002.
- NASCIMENTO, A.L. *et al.* Comorbidade entre transtorno dismórfico corporal e bulimia nervosa. **Rev. Psiq. Clín**, Rio de Janeiro, v. 39, 1, p. 40-2, fev. 2010.
- OLIVEIRA, L.L.; HUTZ, C.S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 575-582, jul./set. 2010.
- PORTO, C.C.; PORTO, A.L. Exame clínico. -8.ed.- [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- SAITO, M. I.; SILVA L. E. V. **Adolescência: prevenção e risco**. In: Cereser MG, Cordas TA. Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia. São Paulo: Atheneu; 2001. P. 269-76.
- SCHOMER, E.Z. Transtornos alimentares em homens: “O mundo não é só cor de rosa choque”. **Cadernos da CEPPAN Revista de Transtornos Alimentares**, Edição N. 5, abril de 2010.

**EDUCAÇÃO HIGIÊNICA E ALIMENTAR APLICADA AO PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**
HYGIENIC AND FOOD EDUCATION APPLIED TO THE SCHOOL HEALTH
PROGRAM: AN EXPERIENCE REPORT

Ananda Cristina Silva Alcoforado¹
Guilherme Cavalcante Dantas¹
Hygor Regadas Barros Souza¹
Kaynã mariana Ferreira de Sá¹
Marcus Vinícius Moura Fonsêca¹
Maria Gabryela Oliveira Costa¹
Stephane Priscila Silva Costa¹
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Adriana Ramos Leite Matalobos²
Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho relata a experiência construída pela equipe do eixo de Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão em ação no Projeto Saúde da Escola (PSE) no qual, através da educação em saúde destinada à criança de escola pública, da área de abrangência nos serviços da Unidade Básica de Saúde, promoveu-se a adesão ao consumo de frutas, verduras e legumes para a manutenção de uma vida saudável, bem como a disciplina quanto aos hábitos de limpeza, como a lavagem das mãos, banho diário e higiene bucal adequada. Seu referencial didático se embasa na necessidade de uma linguagem lúdica, não rebuscada, a fim de tornar, de fácil acesso, a compreensão da mensagem administrada ao público-alvo. Assim, a partir da vivência adquirida, denota-se a importância da educação no núcleo familiar, pois, embora a escola seja importante para formação educacional dos indivíduos, a família, em seu caráter sustentáculo, torna-se agente protagonista da mudança de hábitos saudáveis para melhor qualidade de vida dos infantes.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Escola; Alimentação; Educação; Higiene.

ABSTRACT

This work reports the experience built by the team from the Integration, Teaching, Service, Community and Management axis in action in the School Health Project (PSE) in which, through health education for the public school child, in the area covered by the Basic Health Unit services, adherence to the consumption of fruits and vegetables was promoted in order to maintain a healthy life, as well as discipline regarding cleaning habits, such as hand washing, daily bathing and adequate oral hygiene. . Its didactic reference is based on the need for a playful language, not far-fetched, in order to make the message administered to the target audience easily accessible. Thus, from the acquired experience, the importance of education in the family nucleus is denoted, because, although the school is important for the educational formation of individuals, the family, in its supportive character, becomes the protagonist agent of the change in healthy habits for better quality of life for infants.

Keywords: Programa Saúde da Escola; Food; Education; Hygiene.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Sabe-se que as crianças representam um grupo de grande vulnerabilidade devido ao crescimento rápido e à imaturidade fisiológica e imunológica. A nutrição adequada nos primeiros anos de vida é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento saudável. Inadequações no consumo de nutrientes podem comprometer o estado nutricional e levar ao desenvolvimento de carências ou excessos nutricionais, e, nessa perspectiva, ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino é o principal objetivo do projeto governamental (CARVALHO *et al.*, 2015).

Assim, as práticas alimentares na infância devem ser capazes de fornecer quantidade de alimentos suficiente e com qualidade nutricional e sanitária, a fim de atender às necessidades nutricionais das crianças, bem como garantir o desenvolvimento do seu máximo potencial. A alimentação adequada na infância contribui para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis, que se refletirão, não apenas em curto prazo, mas também na vida adulta. Crianças que apresentam consumo alimentar inadequado, desde a infância, tendem ao desenvolvimento precoce de sobrepeso e obesidade, além de outras doenças crônicas associadas. Por outro lado, crianças submetidas a práticas alimentares ideais alcançam seu desenvolvimento normal e se tornam adultos mais saudáveis (CARVALHO *et al.*, 2015).

A ESCOLA COMO LOCUS DE CUIDADO EM SAÚDE

A escola sempre se apresentou como um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde, entre crianças e adolescentes. Ela distingue-se das demais instituições por ser a que oferece a possibilidade de educar, por meio da construção de conhecimentos, resultantes do confronto dos diferentes saberes: os contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência, resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos. Esse encontro de saberes gera o que se convencionou chamar “cultura escolar”, que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico do mundo escolar (BRASIL, 2009B).

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico. Ela estimula a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas para a consecução dos objetivos citados, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008 apud BRASIL, 2009B).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS

Uma das formas de se promover saúde e incentivar práticas de vida saudáveis é utilizar-se do processo de educação em saúde, onde se oportuniza o compartilhamento de saberes dos mais variados possíveis na busca de soluções das mais diversas problemáticas. Ações educativas podem visar à sensibilização e\ou a conscientização sobre algum problema de saúde, ou ações que possam evitar o surgimento de males à clientela (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, não se pode deixar de lembrar o quanto as ações preventivas são mais vantajosas que as ações curativistas; tanto do ponto de vista econômico, quanto do assistencial, uma vez que podem diminuir a incidência de doenças e contribuir para a diminuição do número de pacientes que buscam serviços de maior complexidade, mais dispendiosos e por vezes menos efetivos (COSTA, 2008).

Pontos sempre elencados durante o processo de educação em saúde são:

Alimentação

O papel da alimentação no controle e na prevenção das doenças, especialmente das crônicas não transmissíveis, é cada vez mais evidente. Destacam-se, nesse ponto, as doenças cardiometabólicas – como a hipertensão arterial, a doença isquêmica do coração, o Diabetes Mellitus – e também diferentes tipos de câncer, também associados ao sobrepeso e à obesidade, como o de cólon, mama, endométrio, esôfago e próstata. Em relação ao câncer, verifica-se que, depois do tabaco, modificações na dieta é a segunda maneira mais eficiente de preveni-lo (BRASIL, 2009).

Higiene

O ensino de como cuidar do corpo é de extrema importância da formação das crianças. Em princípio, o dever de conhecer o próprio corpo para entender a importância de cada hábito higiênico adquirido. Nas escolas as crianças recebem apoio de maneira mais descontraída, elas captam a mensagem com mais precisão. Por isso os métodos pedagógicos devem, naturalmente, chamar bastante atenção (BRASIL, 2009).

EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, um ponto importante é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Essa equipe é responsável pela efetivação do Programa Saúde na Escola (PSE) levando ao ambiente de estudo palestras didáticas tendo em vista o aprendizado infantil de maneira facilitada e contínua.

MATERIAL E MÉTODO

Para a apresentação da palestra, o grupo recorreu à metodologia bibliográfica. Esta foi feita através de pesquisas em livros e textos, e, principalmente, artigos completos, captados nas plataformas BVS, Cielo e Pubmed, obtendo-se, assim, informações suficientes e adequadas para a apresentação do trabalho. Além disso, a adaptação da linguagem e da didática explicativa

para a transmissão da mensagem aos destinatários foi primordial, tendo em vista a idade do público-alvo que correspondia à faixa etária entre crianças de 8 a 10 anos.

Ademais, a equipe utilizou materiais visuais e sonoros, como slides e vídeos ilustrativos. Tais recursos foram empregados com o objetivo dinamizar e dar um tom lúdico à apresentação. Tais recursos foram criados e retirados da internet seguindo os critérios apresentados nas literaturas.

Seguindo o propósito dinâmico-educativo, o grupo utilizou-se de um modelo bucal de grande escala para a participação integrativa das crianças no processo de aprendizagem em saúde. Uma vez proposto, estas se voluntariaram a mostrar aos outros alunos, com base em seus conhecimentos prévios, a forma com a qual eles acreditavam ser a técnica correta de higiene bucal, procedido pela explicação correta e sequenciada de higiene oral pelos emissores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

IMPORTÂNCIA DA SAÚDE NA ESCOLA.

A percepção dos países sobre o conceito e a prática de saúde escolar e de promoção da saúde tem sofrido mudanças. Durante os anos 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Trata-se de uma abordagem multifatorial que envolve o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, a transformação do ambiente físico e social das escolas e a criação de vínculo e parceria com a comunidade, o que inclui os serviços de saúde, como as Unidades Básicas de Saúde e equipes de Saúde da Família. Torna-se importante observar a transformação nos hábitos de vida, que ocorrem dentro de uma comunidade, obtidas através de medidas preventivas que visam a educação em saúde. Tratando-se de um público infantil, é imprescindível que alcancem o melhor nível de saúde, e de maneira solidificada, perpetuem esse estilo de vida (BRASIL, 2009A).

A Educação para a Saúde assume uma importante função no âmbito da promoção da saúde e da prevenção da doença, sendo entendida como um fator essencial para a mudança de comportamentos e de atitudes, necessários ao estabelecimento de estilos de vida mais saudáveis (CARVALHO e MINEIRO, 2012).

Os papéis atribuídos à escola e as expectativas nela depositadas, e aos professores, são, assim, cada vez mais amplos, complexos e diversificados. A educação para a saúde é uma das novas áreas de conhecimento na qual as escolas e os professores têm de responder, exigindo-lhes novos esforços, competências e saberes, tendo em conta uma intervenção, não só com os alunos, mas também com toda a comunidade envolvente, numa lógica de trabalho em parceria.

E é neste sentido, em que os professores têm, muitas vezes, de realizar um esforço adicional, investindo em áreas que vão além do domínio disciplinar. Ao relacionarem-se e ao estabelecerem parcerias com os profissionais de saúde, os que trabalham nos cuidados de saúde primários, acabam por ser uma referência, e um apoio para a concretização e dinamização de atividades nesta área. São os serviços de saúde locais e regionais, localizados nas escolas ou ligados a ela, que têm a responsabilidade dos cuidados de saúde e da promoção da saúde das crianças e jovens, através da prestação de serviços diretos aos alunos, incluindo aqueles com necessidades especiais (LEGER et al.,1997). Através dessa construção sólida existente entre o âmbito escolar e a atenção primária, o público-alvo, nesse caso infantil, vem aprendendo sobre rotinas alimentares corretas, higienização e outros hábitos saudáveis, através de abordagens lúdicas, formando opiniões e novas práticas vão sendo adquiridas (MOTA, 2011).

ABORDAGEM E LINGUAGEM APROPRIADA

É importante que os profissionais de saúde e educação tenham o mesmo posicionamento, ou seja, que haja certa uniformidade de discurso no sentido de promover educação em saúde, enfatizando as ações específicas, consideradas importantes no período escolar, como a redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo de drogas, álcool e tabaco e outros comportamentos de risco; promoção da saúde sexual e reprodutiva; promoção da cultura da paz; entre outras (BRASIL, 2009)

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A participação da comunidade no contexto promocional de saúde necessariamente deve ultrapassar o âmbito escolar, uma vez que todos os envolvidos com a criança, principalmente os cuidadores, devem participar ativamente desse processo.

A abordagem da escola global, para a promoção de uma alimentação saudável, deverá incluir não só atividades de ensino e aprendizagem nas aulas, mas também participação dos pais na preparação das refeições em casa, alimentação na escola e o controle das máquinas de venda de alimentos e da publicidade alimentar na escola (LEGER et al., 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que a educação dentro das instituições de ensino deve ser tratada em sua integralidade, entendendo o cuidado como algo indissociável ao processo educativo. Higiene corporal, bucal e alimentação saudável na Educação infantil são abordagens que devem ser recorrentes, visto que, as crianças apresentam certas dificuldades em colocar em

prática os hábitos de lavar as mãos sempre após irem ao banheiro, antes das refeições, antes de preparar os alimentos, assim como em manter o cuidado diário com a higiene pessoal. Portanto, é de suma importância que as instituições de educação infantil incorporem, de maneira integrada, as funções de cuidar e educar visando a formação integral do aluno.

Desse modo, faz-se necessário promover educação em saúde por meio de palestras, teatros e dinâmica, para que as crianças possam aprender de forma mais lúdica e didática. Nesse sentido, é válido ressaltar que, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais, as práticas pedagógicas, que compõem a proposta curricular da Educação Infantil, devem ter como eixos norteadores as interações e as brincadeiras, reforçando assim a ideia de integrar educação, cuidados e brincadeiras.

Sendo assim, é importante ressaltar também que as ações do Programa Saúde na Escola prezam a multidisciplinaridade e a integração de todos envolvidos na arte de educar. Enfatiza-se, dessa forma, que o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) pode atuar com as equipes de Saúde da Família (eSF), saúde bucal e os acadêmicos, de maneira integrada e contínua, apoiando-as continuamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**. 2009A.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2009B.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2012.

CARVALHO, C. A. DE et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 211–221, 2015.

CARVALHO, C; MINEIRO, A. Promoção da Saúde e dos Estilos de Vida Saudáveis no Contexto Escolar Português: Uma Proposta de Intervenção Lúdica. *Democratizar*. v. VI, n. 2, ago./dez. 2012.

COSTA, F. S.; SILVA, J.L.L.; DINIZ, M.I.G. A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, v.4, n.2. p.30-33, 2008.

LEGER, L. Promover a saúde na escola : da evidência a ação. Disponível em <http://www.schoolsandhealth.org/Shared%20Documents/PROMOVER%20A%20SA%20ADE%20NA%20ESCOLA%20DA%20EVID%20ANCIA%20%20AC%20%2087%20%2083O.pdf> Acesso em: 01 de junho de 2018.

MOTA, Diana Felipa de Sousa. Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: percepções de profissionais de saúde e de professores. 2011. Dissertação (Mestrado em educação para saúde) – Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação. Universidade do Porto. Porto.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. **Departamento de Nutrologia**, 3^a. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012.

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO MÉDICO

THE IMPORTANCE OF HUMANIZATION IN MEDICAL CARE

Ana Beatriz Silva Alencar¹
Jornê Cabral Macedo¹
José Airton Bastos Júnior¹
Juliana da Silva Oliveira¹
Karem Eduarda Barros Ferreira¹
Debora Alessandra Hickmann Ayre¹
Luís Eduardo Pimenta¹
Janine Silva Ribeiro Godoy²
Adriana Ramos Leite Matalobos²
Carla Araujo Bastos Teixeira²

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade CEUMA Imperatriz – MA

² Docente do curso de Medicina Universidade CEUMA Imperatriz – MA

e-mail correspondente: carlinhateixeira@hotmail.com

RESUMO

A necessidade de profissionais médicos, que integrem todos os elementos requeridos para se tornar um bom profissional, vem aumentando a cada dia, haja vista que tais elementos, dependendo de como realizados pelos profissionais, podem proporcionar diferentes circunstâncias em variados casos, desde o atendimento inicial do paciente até a decisão final tomada com este. No entanto, um dos elementos mais importantes foi sendo esquecido pelos médicos, a humanização nos seus atendimentos. Essa desumanização pode ocorrer por diversos fatores, como a falta de um bom serviço de saúde oferecido pelo governo ou a falta de empatia dos profissionais de saúde. Porém, observando esse déficit em todos os níveis de Atenção à Saúde, as faculdades da área da saúde passaram a implantar matérias que ensinassem os alunos a serem médicos “humanos”. Esse relato de experiência irá discorrer sobre a importância da humanização no atendimento médico analisada na Unidade Básica de Saúde do bairro Santa Inês, sintetizada com casos de pacientes dessa área. Também irá discorrer sobre a importância de tal tópico, buscando incorporar esses assuntos na prática dos alunos da Universidade CEUMA no Eixo de IESCG e Humanidades Médicas, assim como as dificuldades encontradas para que isso possa ser evidenciado na realidade presente no Brasil.

Palavras chaves: Médicos; Humanização; Atendimento.

ABSTRACT

The need for medical professionals that integrate all the elements required to become a good professional is increasing every day, given that such elements, depending on how they are performed by professionals, can provide different circumstances in many cases, from the initial care of the patient until the final decision made with it. However, one of the most important elements was being overlooked by doctors, the humanization in their care. This dehumanization can occur due to several factors, such as the lack of a good health service offered by the government or the lack of empathy of health professionals. However, by looking at this deficit at all levels of health care, health faculties began to implant materials that taught students to be "human" doctors. This experience report will discuss the importance of humanization in the medical care analyzed in the Basic Health Unit of the Santa Inês neighborhood, synthesized with cases of patients from this area. It will also discuss the importance of such a topic, seeking to incorporate these issues into the practice of CEUMA students in the IESCG and Medical Humanities, as well as the difficulties encountered so that this can be evidenced in the present reality in Brazil.

Key words: Physicians; Humanization; Attendance.

INTRODUÇÃO

O papel do médico acompanhou o desenvolvimento da civilização ao longo dos séculos. Na Grécia, esse papel era muito amplo, atuando no âmbito social, político, cultural e ético. Isso foi mudado pelos herdeiros de Hipócrates, que modificaram parte de tais preceitos por uma medicina mercadológica. Já na Roma Antiga, os médicos eram escravos gregos, que possuíam grande valor pelos seus serviços na corte, no exército e nas famílias nobres (ALMEIDA, et al., 2006). Há pouco tempo, eram até mesmo atribuídos o papel daqueles que possuíam total conhecimento, transformando-os em quase deuses.

O ideário de “grande profissão” que a medicina possui, está ligado a vários fatores, em razão dessa história de valorização da profissão. Então foi permitido a construção da medicina como uma profissão sólida. Todo esse processo levou a ser formada a imagem de que o médico possui todo conhecimento e a opinião final. Entretanto, essa imagem está se diluindo no século XXI, por conta da crescente disseminação do conhecimento, o acesso à informação transformou o perfil dos pacientes, não tendo a completa ignorância e não aceitando a palavra do médico como final e completamente certa, dando a habilidade de contestação desses nas atitudes dos profissionais (SARRIS, 2017).

A relação médico-paciente pode ser tratada como uma prestação de serviços, e os pacientes avaliam a qualidade da técnica de forma indireta, além das condições do local de atendimento. Já que a maioria não possui um conhecimento amplo do domínio técnico, então essa avaliação se baseia na demonstração de interesse, na atenção e na preocupação do médico com a saúde destes. Por muito tempo, o estudante de medicina se importava somente com a técnica e o seu aperfeiçoamento, já que a medicina se encontra em constante mudança, fazendo com que a qualidade interpessoal torne-se um desafio. Isso fez com que as faculdades de medicina incluíssem disciplinas e instruindo professores a realçarem a necessidade da humanização do médico.

Tendo essa dificuldade em mente, vale citar que o termo “humanização” pode se alterar entre a população por diversos fatores, como diferenças culturais ou valores individuais, assim faz-se um termo de grande dificuldade para a conceituação (CALEGARI et al., 2015). No entanto, uma definição que engloba esses fatores seria a palavra “respeito”, como disseram Calegari e colaboradores, “Ao respeitar o paciente, os sujeitos acreditam fazê-lo sentir-se de uma forma digna em um ambiente que não é o dele”. Esse respeito pode ser demonstrado de inúmeras formas, como valorizar o paciente não apenas como uma doença, e sim como um ser humano e tratá-lo como um todo. Vendo o paciente como uma pessoa que possui uma história e entes queridos, leva o médico a buscar oferecer o melhor tratamento nas situações que ele pode oferecer.

Outros conceitos de humanização na literatura seriam: “Humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano” (Grande Biblioteca Larousse Cultural, 1998), “Humanização é o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos” (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003), “Humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização Hospitalar, 2003).

Através desse breve relato de experiência, vamos objetivar compreender a tamanha importância da humanização médica no dia a dia das pessoas e as transformações ocorridas durante os anos, no olhar de acadêmicos de medicina dos primeiros períodos.

OBJETIVO

Compreender a importância da humanização no atendimento médico analisado pelos acadêmicos na UBS do Bairro Santa Inês

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de caráter participativo, onde foi relatado a experiência vivenciada por estudantes de medicina dos períodos iniciais do curso, e atendendo à demanda dos eixos de Humanidades Médicas (HM), Iniciação Científica (IC) e o Eixo de Interação, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG). Foi realizado um procedimento descritivo, relatando os dados, bem como foi construído uma base teórica de fundamentação, formada por artigos completos adquiridos das plataformas Cielo, Pubmed e Google Acadêmico, assim como como documentos obtidos do Ministério da Saúde, em plataformas digitais.

RELATO E DISCUSSÕES

Em um período de quase 4 meses, os alunos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Inês, observaram diversos casos em que não houve uma humanização por partes dos profissionais de saúde. E pôde-se notar a importância desse processo para se ter uma maior eficácia do tratamento. Essa opinião dos alunos foi sendo construída numa junção do que eles aprendiam nas aulas do eixo Humanidades Médicas e da própria vivência na UBS.

Existem diversas políticas de saúde criadas em vista desse déficit existente atualmente. Entre essas políticas encontra-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Esse programa está dentro de todas as políticas do SUS. Ele define a humanização como a valorização dos pacientes, trabalhadores e gestores.

O médico deve estar preparado para saber lidar com as necessidades da população em que se concentra, do momento em que esse se encontra no meio profissional, logo após fazer o seu juramento, já que, ao analisarmos o juramento de Hipócrates, à luz dos Princípios Bioéticos (Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça) vemos que quase todos os princípios se encontram dentro do Código de Ética Médica (FILHO, 2016), que é onde se encontram todos os fundamentos seguidos pelos profissionais de saúde.

Relembrando a história da medicina, “*Primum non nocere*” (Acima de tudo, não prejudicar) foi o principal ensinamento de Hipócrates, entendendo que todo e qualquer tipo de conhecimento e estudo não dispensa uma reflexão ética sobre as suas práticas. Logo, mesmo que as vezes não se possa curar um paciente, deve-se lembrar que, acima de tudo, não prejudicá-lo. Sendo desumano nos atendimentos, os médicos não atentam que estão fazendo mal àquele paciente, pois, mesmo se ele oferecer as melhores tecnologias a ele, ainda faltará uma parte de um atendimento essencial, tirando o direito do paciente de ter um atendimento completo.

Quando os alunos entrevistaram pacientes da UBS Santa Inês, perceberam, entretanto, que esses conceitos de humanismo pareciam desconhecidos ou ignorados pelos profissionais de saúde que atenderam os pacientes. A primeira paciente, que será retratada como paciente A, é diabética, e ao chegar ao hospital em Imperatriz - MA teve que esperar uma noite e uma manhã toda em uma maca no corredor, esperando ser internada. Ademais, após o diagnóstico de uma veia entupida no pé, a paciente ainda foi encaminhada para o hospital de São Luís - MA, onde foi atendida mais precariamente do que no primeiro hospital, com uma demora ainda maior e um diagnóstico equivocados. Assim, foi encaminhada novamente para outro hospital em São Luís, onde ao ser atendida, foi informada pela enfermeira que não havia remédio pra dor, não havia soro, nem maca. Apesar disso, após ser analisada pelo médico e ele falar que seu caso era grave, tudo que “estavam em falta” aparecera. A paciente relatou que “se tivesse morrido naquele dia, não teria feito diferença para os profissionais”. Com todas essas situações, ela decidiu sair do hospital e ir para outra cidade.

No caso dessa paciente, pode-se caracterizar como um grande infringência do Código de Ética Médica do art. 29 “Praticar atos profissionais danosos ao paciente, que possam ser caracterizados como imperícia, imprudência ou negligência” ao não dar um diagnóstico correto ao paciente; o artigo 46 “Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida”, e o art. 56 “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida” ao, em determinado momento, amputar um dedo do pé da paciente em um procedimento que ele havia dito que seria apenas uma “raspagem”, de acordo com a paciente. Além de ir contra os Direitos Humanos ao não oferecer um tratamento com qualidade e colocando a paciente em uma situação com pouca dignidade.

Ainda em relação à paciente A, ao chegar no hospital da cidade de Parauapebas – PA, foi “atendida como uma princesa” de acordo com ela, desde o primeiro instante no atendimento e em todo momento. Assim, pode-se notar a drástica diferença de tipos de atendimento em cada hospital em que ela passou.

Um segundo paciente, retratado como paciente B, uma experiência diferente ocorreu, pois houve uma humanização no seu tratamento pelo médico. O paciente foi atendido no hospital em Imperatriz – MA após ter sofrido o seu segundo Acidente Vascular (AVC), e o médico deu muito apoio para o paciente e a família, os tratando com dignidade e aconselhando-os nas ações depois de saírem do hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, é visto que a falta de humanidade não é um déficit de todos os profissionais da saúde, no entanto é algo presente na maioria deles, o que se transforma em um problema que afeta toda a população e precisa ser corrigido. Segundo Ordacgy (2006), “a saúde é direito social fundamental, a ser exercido pelo Estado (e não contra o Estado), através da implementação de políticas públicas e sociais que propiciem seu gozo efetivo”. E assim como as técnicas médicas foram sendo aperfeiçoadas ao decorrer da história, a prática da humanização no atendimento também deve ser aperfeiçoada, já que é tão importante quanto a técnica.

Dessa forma, o profissional médico precisa ter consciência que suas ações irão ter consequências boas ou ruins para o paciente, que ele irá ser o detentor do conhecimento tecnológico e biológico, junto com o papel dinâmico que esse apresenta para a sociedade atual. É prudente entender que, são agentes que podem modificar qualquer situação, “transformando dor em alívio, dúvida em verdade” (BRASIL, 2009). O profissional pode transformar a sociedade, se esse usar esse seu papel de forma positiva e que contribua para todos à sua volta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. História da Epidemiologia: Introdução a Epidemiologia. 4 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006.

CALEGARI, R.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; SANTOS, M.J. Humanização de assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2015

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. **Resolução CFM** no 1.931, de 17 de setembro de 2009.

FILHO, C.M. O juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, n 93, 2016

MINISTERIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. 1 edição. Brasília – DF: **Esplanada dos Ministérios**, 2013

ORDACGY, A.S. O direito humano fundamental à saúde pública. Rio de Janeiro, 2006

SARRIS, A.B. *et al.* O papel do médico na visão da sociedade do século XXI: o que realmente importa ao paciente? **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 1, Jan-Mar/2017

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ação social, 21
 ACS, 23, 29, 35, 37, 42, 44, 84, 100, 107, 117, 124, 141, 165, 166, 167, 168, 170, 171
 Adolescência, 81, 186
 Agente comunitário de saúde, 166
 Aleitamento materno, 138, 147, 148
 Alimentação, 152, 187, 189
 Amamentação, 138, 148
 Atenção básica, 8, 75
 Atenção primária, 67
 Atenção Primária de Saúde, 26, 27
 Atendimento, 46, 57, 179, 181, 195

C

Câncer, 15, 17, 58, 61, 63, 66, 88, 89, 95, 103
 Ceuma, 18, 34, 35, 53, 54, 56, 57, 83
 CEUMA, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 21, 26, 27, 29, 33, 34, 36, 37, 40, 46, 48, 53, 61, 62, 67, 70, 75, 76, 77, 81, 87, 90, 96, 98, 104, 113, 114, 116, 122, 123, 124, 128, 132, 136, 138, 141, 149, 151, 157, 159, 165, 168, 173, 174, 177, 179, 187, 195, 196
 Coaching, 128, 129, 130, 135
 Compreensão, 40
 Crack, 8

D

Deficiente visual, 113
 Desmame precoce, 138
 Diabetes mellitus, 54
 Direitos humanos, 104

E

Educação, 4, 9, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 33, 34, 36, 54, 59, 61, 66, 95, 101, 120, 128, 129, 135, 147, 155, 156, 163, 178, 187, 188, 191, 193, 194
 Educação em Saúde, 15, 16, 17, 18, 129
 Enfermeira, 34, 35, 37, 70, 128, 151
 Equipe multiprofissional, 27
 Estratégia Saúde da Família, 26, 27, 28, 32, 34, 66, 67, 115, 117, 165, 166, 167, 171, 190

F

Familiograma, 123
 Formação acadêmica, 150

G

Gestante, 8, 10
 Gravidez, 81, 86

H

Hanseníase, 41, 45, 60, 104, 107, 112
 Higiene, 187, 190, 193
 Humanização, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 21, 37, 39, 57, 59, 75, 79, 95, 98, 99, 100, 102, 103, 142, 143, 158, 165, 170, 172, 174, 195, 197, 198, 200

I

Interdisciplinaridade, 47, 52, 80

L

Lúpus, 51, 75, 76, 79

M

Medicina, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 26, 33, 34, 37, 39, 40, 46, 48, 53, 57, 61, 67, 70, 72, 73, 75, 81, 87, 90, 91, 92, 94, 96, 98, 104, 107, 111, 113, 114, 122, 124, 128, 130, 131, 132, 134, 135, 136, 138, 141, 147, 149, 151, 157, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 173, 175, 177, 179, 181, 186, 187, 195
 Médico, 19, 35, 37, 141, 160, 163, 173, 175, 178
 Médico-paciente, 7, 10, 13, 15, 19, 21, 24, 35, 38, 75, 76, 122, 149, 155, 158, 160, 161, 162, 163, 174, 183, 197
 Medidas antropométricas, 21
 Metodologia, 21, 128, 157
 Multiprofissionalidade, 51, 52
 Multiprofissionalismo, 47

N

NAP, 131, 132, 134
 NASF, 28, 30, 38, 46, 47, 48, 50, 71, 77, 78, 86, 100, 101, 102, 107, 117, 176, 182, 193

O

Outubro Rosa, 15, 17, 38, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94

P

Pacientes, 40, 95
 Palestra, 15
 Preconceito, 104
 Prevenção, 61, 66, 88
 Promoção da saúde, 150, 154, 156
 Próstata, 58, 61, 63, 64, 65, 99, 100, 101, 102, 190

R

Relato de Experiência, 4, 56, 57, 128

S

SAD, 46, 47, 48, 50

Saúde, 4, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 138, 141, 143, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 160, 161, 163, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 178, 182, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 197, 198

Saúde pública, 67

Sexo masculino, 179

Sexualidade, 81, 82, 83, 85, 86

SUS, 13, 17, 22, 24, 25, 27, 28, 32, 44, 49, 51, 52, 55, 59, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 88, 90, 95, 98, 100, 101, 102, 103, 117, 118, 119, 120, 123, 149, 150, 159, 160, 162, 163, 165, 166, 170, 171, 172, 174, 177, 198

T

Transtornos alimentares, 179, 186

Tratamento, 40, 186

U




UBS, 10, 11, 16, 17, 18, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 86, 88, 91, 92, 93, 100, 102, 107, 108, 109, 113, 116, 117, 119, 123, 124, 141, 146, 151, 175, 176, 177, 182, 197, 198, 199

Universalidade, 67, 74

Universidade, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 18, 21, 26, 29, 33, 34, 35, 36, 40, 46, 48, 53, 56, 57, 61, 67, 70, 74, 75, 77, 81, 83, 87, 90, 95, 96, 98, 104, 113, 116, 122, 124, 128, 132, 135, 138, 141, 147, 149, 151, 157, 159, 165, 168, 172, 173, 177, 178, 179, 186, 187, 194, 195

V

Visita domiciliar, 5, 8, 14, 33, 60, 75, 113, 121, 123, 127



Educação e saúde médica UNICEUMA: Relatos de Experiência como ferramenta transformadora trata-se de um convite as vivências acadêmicas dos graduandos de Medicina do primeiro período do Campus Imperatriz da Universidade CEUMA. Neste primeiro volume foram concatenados os relatos de experiência produzidos pelos discentes durante o período letivo como pré-requisito para obtenção de nota nos eixos de Iniciação Científica (IC), Humanidades Médicas (HM) e Integração, Ensino, Serviço, Comunidade e Gestão (IESCG).

O que antes era somente uma atividade acadêmica que viabilizava o conhecimento de todos os campos de estágio, assim como as habilidades trabalhadas em cada Campo, pelo discente, mesmo que o discente não tivesse ido pessoalmente aquele campo em seu esquema de rodízio, tornou-se um divisor de águas não só na comunidade discente como na expectativa do corpo docente dos três eixos supracitados.

Os alunos não só desenvolveram as habilidades requeridas no planejamento como extrapolaram a proposta fazendo com que a primeira sementinha desta coletânea fosse plantada. Dessa forma, os docentes uniram-se para tornar mais robusta a primeira produção científica dos alunos de medicina das turmas M1 e M2. Assim, o Relato de Experiência tomou o corpo e virou capítulo de livro para que mais pessoas possam se inspirar nessas vivências e perceber que a pesquisa começa de onde a gente vive e constrói as nossas histórias. Desde a produção do primeiro relato até hoje, nossos alunos vêm se destacando na pesquisa e temos orgulho de dizer que fazemos parte dessa jornada.

