

**ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E
INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DE ARAGUAINA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023
FACULDADE DE CIÊNCIAS DO TOCANTINS – FACIT -
JNT - FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL ISSN: 2526-4281
QUALIS B1 - ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-156**



@espasemus

+ informações (63) 99285 0265

TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM



I CONGRESSO DE ENFERMAGEM

Local: ETI Domingos da Cruz Machado (Nova Araguaína)

PREFEITURA
ARAGUAÍNA
CIDADE QUE NÃO PARA

araguaína.to.gov.br

SECRETARIA DA
SAÚDE



Será realizado nos dias
26 a 28 de abril de 2023



EQUIPE CIENTÍFICA

Dênia Rodrigues CHAGAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: dra.denia.enf@gmail.com

Ana Paula dos Santos Andrade ABADIA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: ana.paula10adm@hotmail.com

Kamylla BORGES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: kamyllaborgessilva@gmail.com

Maria Odete Souza GUIMARÃES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: guimaraesodete1@gmail.com

SUMÁRIO

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UBS DE REFERÊNCIA EM ARAGUAÍNA-TO.....09

Ana Paula Sousa MOURA, Cisley Coelho de SOUSA, Laryssa Barbosa de SOUSA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

AMPLIAR OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO SAMU 192 EM ARAGUAÍNA - TO.....15

Caroline Borges TOMAZI, Junivan Neponuceno BATISTA, Karine Borges TOMAZI, Gisliane Oliveira MARTINS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

GAEF – GRUPO DE APOIO E ESCUTA ÀS FAMÍLIAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO E DE SENSIBILIZAÇÃO À CORRESPONSABILIZAÇÃO DOS FAMILIARES COMO PARCEIROS NO CUIDADO E ATENÇÃO E NÃO MERAMENTE COMO RESPONSÁVEIS E OU CULPADOS PELOS PROCESSOS DE ADOECIMENTO PSÍQUICOS.....20

Dágma Luzia Carvalho de SOUSA, Francisca Daniela Alves Barbosa PIRES, Fabiany Regina Carneiro Borba de SOUSA
Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Araguaína-TO (CAPSI)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO.....24

Dênia Rodrigues CHAGAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
Denise Rodrigues Chagas RODRIGUES
Universidade Federal do Acre (UFAC)
Sarah Giovanna Rodrigues GONÇALVES, Samara Gabryela Rodrigues GONÇALVES
Universidade de Rio Verde (UniRV)

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA COM GRUPOS TERAPÊUTICOS ESCOLARES ATRAVÉS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....36

Denise Alves MOURA, Delvany de S. BUSTAMANTE, Wilbiane Trindade ARAÚJO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

JOGOS PEDAGÓGICOS E SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....41

Fabrcia de Jesus Silva FERRAZ, Leandro FERRAZ, Antônio Lucas Milhomem da SILVA, Juliana Gabrielle Matias Vieira SILVA

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

MOVIMENTO SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARAGUAÍNA-TO...47

Fabyanne Oliveira Montelo RIBEIRO

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

CONSULTA DERMATOLÓGICA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA.....51

Fabyanne Oliveira Montelo RIBEIRO, Pollyana Reis ALVES

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

PLANTÃO 24 HORAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.....55

Gabriela Carvalho DE MELO, Érika Cristina Montes DANTAS, Danillo Marques PEREIRA

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

AMPLIAÇÃO DE HORÁRIO DE ATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NOVEMBRO AZUL EM ARAGUAÍNA-TO.....59

Hada Karênina Henriques Dias VAZ, Littza Clayenne Araújo F. Dal BOSCO

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

AUDITORIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....62

Helaine Marinho Matos e MATOS

Faculdade Católica Dom Orione (FCDO)

Dênia Rodrigues CHAGAS

Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE FIBROMIALGIA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA – TO.....74

Jales da Silva DIAS, Sandro Rogério Cardoso DE PAULO, Thaíze Helena Eneias CORDEIRO

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE INSERÇÃO DE DADOS NO SISREG NAS UBS DE ARAGUAÍNA.....79

Jales da Silva DIAS, Amanda de Sousa FREITAS, Thaíze Helena Eneias CORDEIRO, Sandro Rogério Cardoso DE PAULO

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

TELESSAÚDE: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE.....83

Jordania Sousa Nogueira do NASCIMENTO, Shelly Moura COELHO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

EFEITOS DA LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO NO SAD DE ARAGUAÍNA – TO.....97

Kamylla Sandes Rocha de MORAIS, Caroline Borges TOMAZI
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

O ACOLHIMENTO 24H DE PACIENTES NO CAPS AD III: UMA PROPOSTA DE CUIDADO EM LIBERDADE PAUTADO NA REDUÇÃO DE DANOS E RESGATE DE VÍNCULOS.....101

Luíza Cristina Milhomem BARBOSA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

ATENDIMENTO AO HOMEM TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....105

Maria Odete da Silva Souza GUIMARÃES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

A HUMANIZAÇÃO NA UTI POR MEIO DAS TECNOLOGIAS EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL – REVISÃO INTEGRATIVA

Maysa Rodrigues de SOUSA, Amanda Diniz da SILVA, Ruth Danielly Albano de ALMEIDA
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO.....124

Samara Marinho de ARAÚJO, Marcia Pereira da SILVA, Jales da Silva DIAS, Thaíze Helena Eneias CORDEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

PALIVIZUMABE: A IMPORTÂNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS POLOS DE ADMINISTRAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA PARA A REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA.....130

Pâmella Araújo FERREIRA, Welka Cerqueira Brandão GOUVEIA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

CONSTRUINDO UM PROTOCOLO ORGANIZACIONAL: UMA EXPERIÊNCIA COM A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA-TO.....135

Sandro Rogério Cardoso DE PAULO, Thaíze Helena Eneias CORDEIRO, Dênia Rodrigues CHAGAS, Gabriela Carvalho DE MELO

Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

ESTRATÉGIAS EFICAZES PARA CESSAR O TABACO EM PACIENTES NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA.....140

Tuliana Pereira Santos DIAS, Neyra Renha de Sousa MIRANDA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS PELA ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA NECESSIDADE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA.....149

Welka Cerqueira Brandão GOUVEIA, Thaize Helena Enéias CORDEIRO, Hada Karenina Henriques Dias VAZ, Sandro Rogério Cardoso DE PAULO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

A TERAPIA OCUPACIONAL E ESPIRITUALIDADE COMO PARTE INTEGRANTE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DOS ACOLHIDOS NA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO.....153

Wagner Enoque de SOUZA, Amado Batista Vieira SOARES, Josilane Veloso de OLIVEIRA, Edilson Gualberto de ALENCAR JUNIOR
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 EM UBS DE REFERÊNCIA EM ARAGUAÍNA-TO

REORGANIZATION OF THE PRIMARY HEALTH CARE WORK PROCESS TO FACE COVID-19 IN A REFERENCE UBS IN ARAGUAÍNA-TO

Ana Paula Sousa MOURA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: ana.moura@araguaina.to.gov.br

Cisley Coelho de SOUSA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: cysley.coelho@araguaina.to.gov.br

Laryssa Barbosa de SOUSA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: laryssa.sousa@araguaina.to.gov.br

9

INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde. Ela está comumente ligada a ações de saúde de âmbito individuais, familiares e coletivas, abrangendo a promoção, proteção, recuperação, reabilitação, tratamento, diagnóstico, redução de danos e vigilância em saúde, ofertadas por meio de uma gestão e práticas qualificadas e com equipes multiprofissionais direcionadas à população em um território adscrito com responsabilidades sanitárias assumidas pelas equipes.

A APS é definida como a principal porta de entrada do SUS e é centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS). Tendo como dever, se orientar acerca dos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, responsabilização, humanização e da equidade.

Existem várias estratégias governamentais referentes a APS, uma delas, senão a mais crucial, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que através das Unidades de Saúde da Família (USF) ou também nomeadas como Unidades Básicas de Saúde (UBS), levam serviços multidisciplinares às comunidades.

No final do ano de 2019, o mundo deparou-se com o vírus SARS-COV-2, identificado como o agente causador da doença COVID-19, causando uma sequência de internações na cidade de Whuan (China) que ligeiramente se disseminou em 2020 para

os demais continentes. Um vírus com alta transmissibilidade, culminando em uma pandemia com impactos significativos para a economia, população e os serviços de saúde.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a pandemia pelo novo Coronavírus, alcançou mais de 220 milhões de pessoas, provocando milhares de mortes pelo mundo todo. Além da alta transmissibilidade, o vírus provoca síndrome respiratória aguda que varia de casos leves, moderados a graves.

A Atenção Primária à Saúde é a assistência que proporciona maior potencial de bloqueio da transmissão viral na comunidade, por meio de promoção e prevenção, o que a tornou essencial no enfrentamento e manuseio dos casos de Covid-19.

Diante os acontecimentos da pandemia, tornou-se necessário a reorganização do serviço na APS. O serviço foi reestruturado ofertando de forma regular ações viáveis, a responsabilidade territorial e orientações comunitárias, como o apoio para a população que se encontrava em situação de isolamento social, já que, mais do que nunca, era necessário manter o vínculo das pessoas com o profissional de saúde.

Desta forma, este artigo tem o objetivo de relatar as experiências relacionadas ao enfrentamento do combate à COVID-19 de um Centro de Saúde na Atenção Primária do município de Araguaína-TO

OBJETIVOS

Objetivo geral

Detalhar a reorganização da Atenção Primária em Saúde para o enfrentamento da COVID-19, na Unidade Básica de Saúde referência para atendimento de Síndromes Gripais leves no município de Araguaína-TO.

Objetivos específicos

- 1) Organizar o fluxo de atendimento de casos leves da COVID-19 na UBS de referência;
- 2) Minimizar a transmissão do Coronavírus e prevenir a evolução de casos graves na cidade de Araguaína-TO;
- 3) Capacitar as equipes de saúde para lidar com as possíveis situações durante a pandemia do novo Coronavírus.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por enfermeiras que atuaram na qualidade da área técnica da gestão e fizeram parte da reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, na UBS de referência para o enfrentamento da COVID-19, durante o período de julho de 2020 a dezembro de 2021 em Araguaína- TO.

Relato de experiência é considerada uma ferramenta descritiva, que apresenta um fato ou experiência vivenciada, para contribuir de forma significativa para comunidade científica, resultando em considerações que proporcionem reflexões e fundamentos teóricos - práticos para outros pesquisadores.

De acordo com o e-Gestor, em dezembro de 2020, o município de Araguaína possuía uma cobertura populacional de 68.62% da Atenção Básica. Contendo 20 Unidades Básicas de Saúde em funcionamento, tendo um total de 45 equipes de Estratégia de Saúde da Família cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, 308 Agentes Comunitários de Saúde - ACS e com 3 equipes descentralizadas da Equipe Multiprofissional.

As unidades funcionam no regime de 40 horas semanais e com agendamentos de consultas, predominantemente nos atendimentos dos programas de Saúde da Família.

Local do Estudo e Período da experiência

A princípio, a partir de julho de 2020, 04 Unidades Básicas de Saúde foram transformadas em Unidades de Referência para atendimento de casos leves da COVID-19. O critério de escolha para as 04 unidades se deu devido a localização estratégica e a estrutura favorável para comportar uma quantidade significativa, tanto de profissionais quanto de usuários. Posteriormente devido à baixa procura dos atendimentos nestas UBS, foram selecionadas 02 Unidades Básicas para permanecerem como referência para atendimentos.

Aspectos Éticos

Por se tratar de um relato de experiência vivenciado no cotidiano do serviço das Unidades Básicas de Saúde, foi levado em consideração o sigilo dos profissionais e os

nomes das Unidades na qual a experiência foi desenvolvida, portanto este trabalho dispensa a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

RESULTADOS

Descrição da Experiência

Em meados de julho de 2020, inicialmente foram abertas quatro Unidades para Referência ao atendimento de casos leves da COVID-19, tendo como horário de funcionamento das 7h às 19h, em dois turnos de 6h, o primeiro turno sendo das 7h às 13h e o segundo turno das 13h às 19h, o intuito deste horário foi em diminuir a exposição dos profissionais frente à pandemia e evitar a disseminação do vírus quando este retornasse para sua residência consequentemente reduzir também o quantitativo de uso de EPI's.

Os serviços ofertados se tratavam em testagem rápida, coleta de swab nasal para COVID-19, atendimentos médicos e de enfermagem, dispensação de medicamentos, orientações de isolamento e precauções.

Durante o período da pandemia, os atendimentos da estratégia de saúde da família dessas unidades foram redirecionados para outras UBS. Dessa forma os pacientes que necessitavam de atendimentos relacionados aos programas, não ficaram desassistidos.

Foram elaborados fluxos de atendimentos baseados em protocolos e manuais segundo Ministério da Saúde, além disso foram realizadas reuniões com os enfermeiros, médicos e gerentes das unidades, para reorganização do fluxo interno de atendimento, orientações em educação em saúde, treinamento da equipe, orientações sobre a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) e o afastamento dos profissionais dos grupos de risco.

Após os profissionais serem devidamente capacitados, foram realizados monitoramento dos atendimentos, suporte às unidades de referência, testagem rápida em pontos externos estratégicos aos grupos de risco.

Principais Resultados Alcançados

No início da pandemia, de julho de 2020 a dezembro de 2020, foram realizados 18.659 atendimentos individuais, sendo eles 12.488 coletas de swab nasal, 4.966 testes

rápidos, 1.606 com resultados positivos e 3.262 com resultados negativos. Nos meses de janeiro de 2021 a dezembro de 2021, foram realizados 33.340 atendimentos individuais, 23.570 coletas de swab nasal, sendo 6.769 testes rápidos, 1.917 com resultados positivos e 4.579 com resultados negativos.

Ressalto que de julho de 2020 a outubro de 2020 04 UBS estavam em funcionamento como referência, já de novembro de 2020 a fevereiro de 2021 apenas 02 UBS estavam funcionando, devido a uma diminuição na procura para atendimento de casos leves da COVID. No período de março de 2021 a setembro de 2021, percebeu-se a necessidade de abrir mais 01 UBS por conta da nova onda de casos da COVID-19, de outubro a novembro 2021 apenas 01 UBS atendeu toda a demanda, os casos haviam diminuindo e, portanto, não houve necessidade de mais UBS ser referência de atendimento para casos leves da COVID-19.

A reorganização do fluxo de atendimento das Unidades Básicas de Saúde impediu aglomerações e o tempo de espera para atendimento, facilitando o isolamento dos pacientes sintomáticos e, por consequência, minimizando o risco de transmissão.

A reestruturação da atenção primária nas UBS de referência revelou-se exitosa. A ênfase na capacitação sobre o fluxo de atendimento garantiu uma equipe preparada para lidar com a pandemia e desempenhar com êxito os protocolos novos estabelecidos.

Destaca-se a capacidade técnica assistencial e científica destes profissionais, assim como sua sensibilidade sobre o cuidar, gerenciar e empoderar toda a equipe multidisciplinar. Por tanto, ressaltamos que mesmo nesse clima de tensão gerado pela pandemia, foi possível instituir um ambiente de trabalho harmonioso, unificado e equilibrado, possibilitando alcançar o fortalecimento das relações dos processos de trabalho.

CONCLUSÃO

Não podemos negar o grande impacto que a pandemia trouxe para a rede de atenção básica, mesmo com a reorganização do serviço por parte dos gestores. Diversas ações da APS foram prejudicadas, como ações voltadas à saúde na escola, atendimentos de consultas gerais, atendimentos odontológicos, os grupos de atividade física, tabagismo, gestantes e entre outros.

Entretanto, mesmo diante das dificuldades, concluímos que as estratégias adotadas na reorganização do processo de trabalho da APS, interferiram significativamente na saúde da comunidade. É notório que a reestruturação dos serviços da Atenção Primária, foi relevante para que os casos leves fossem identificados e monitorados de forma precoce, evitando assim complicações e a disseminação do vírus.

Destaca-se também a relevante atuação da enfermagem frente aos atendimentos e reorganização, com sua visão crítica, habilidades de organização, planejamento, controle e avaliação alavancou as ações de Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID-19.

Palavras-chave: Reorganização. Pandemia. Equipe Multidisciplinar. Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19)** na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo002.pdf>>. Acesso em 13 mar. 2023.

PEREIRA, Átila Augusto Cordeiro et al. Reorganização do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da pandemia da COVID-19: relato de experiência. *Journal of Management & Primary Health Care*, Vol. 13, p. 1-17, 2021. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1136>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

RIOS, Amora Ferreira Menezes et al. Atenção Primária à Saúde frente à Covid-19 em um Centro de Saúde. **Enfermagem em Foco**, vol. 11 n. 1, p. 246-251, 2020. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3666>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

AMPLIAR OS SERVIÇOS OFERTADOS PELO SAMU 192 EM ARAGUAÍNA – TO

EXPAND THE SERVICES OFFERED BY SAMU 192 IN ARAGUAÍNA – TO

Caroline Borges TOMAZI
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: karol_tomazi@hotmail.com

Junivan Neponuceno BATISTA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: junivan@hotmail.com.br

Karine Borges TOMAZI
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: karine@hotmail.com.br

Gisliane Oliveira MARTINS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: gisliane@hotmail.com.br

RESUMO

Em 2019 o SAMU 192 de Araguaína encontrava-se sem viatura reserva, o que dificultava bastante na questão de revezamento da frota para enviar para manutenção. Através de parceria com Ministério da Saúde, foi remanejado para Araguaína uma viatura que estava parada em outro município. Em março/2020 deu-se o início das articulações a fim de construir o Plano de Contingência do Município contra COVID 19, em junho devido ao aumento de casos, foi inserido uma viatura de Suporte Básico para dar apoio ao crescente número de atendimento, conseqüentemente conseguiu alcançar aos chamados que antes eram dispensados por falta de viaturas disponíveis ou orientado a ligar no corpo de bombeiro.

Palavras-chave: Pronto atendimento. Frota do SAMU 192. Serviços de saúde.

ABSTRACT

In 2019 SAMU 192 de Araguaína was without a reserve vehicle, which made it very difficult in terms of fleet rotation to send for maintenance. Through a partnership with the Ministry of Health, a vehicle that was parked in another municipality was relocated to Araguaína. In March/2020, the beginning of the articulations in order to build the

Contingency Plan of the Municipality against COVID 19, in June due to the increase in cases, a Basic Support vehicle was inserted to support the growing number of attendance, consequently managed to reach calls that were previously dismissed due to lack of available vehicles or instructed to call the fire department.

Keywords: Emergency care. SAMU fleet 192. Health services.

INTRODUÇÃO

Em 2019 o SAMU 192 de Araguaína encontrava-se sem viatura reserva, o que dificultava bastante na questão de revezamento da frota para enviar para manutenção. Através de parceria com Ministério da Saúde, foi remanejado para Araguaína uma viatura que estava parada em outro município. Em março/2020 deu-se o início das articulações a fim de construir o Plano de Contingencia do Município contra COVID 19, em junho devido ao aumento de casos, foi inserido uma viatura de Suporte Básico para dar apoio ao crescente número de atendimento, conseqüentemente conseguiu alcançar aos chamados que antes eram dispensados por faltam de viaturas disponíveis ou orientado a ligar no corpo de bombeiro.

Mantendo seu uso como TERCEIRA USB, o município custeou de forma integral toda a despesa, para continuar prestando um atendimento mais amplo e de qualidade a população.

Desde o aumento populacional da cidade que vem evoluindo ao longo dos 17 anos do SAMU, as unidades de Suporte Básico vêm trabalhando em sua capacidade máxima, por não conseguir atender todas as demandas, fazendo com que as ocorrências ficassem em “FILA” para em seguida ser atendida.

O projeto foi elaborado por meio de uma série histórica com dados de atendimentos e número populacional de Araguaína.

Este projeto foi de extrema relevância, uma vez que ampliação de frota do SAMU de Araguaína, agregou qualidade, possibilitando que mais paciente fosse atendido no menor espaço de tempo.

OBJETIVOS

O objetivo geral

Ampliar os serviços ofertados pelo SAMU 192 em Araguaína – TO.

Objetivos específicos

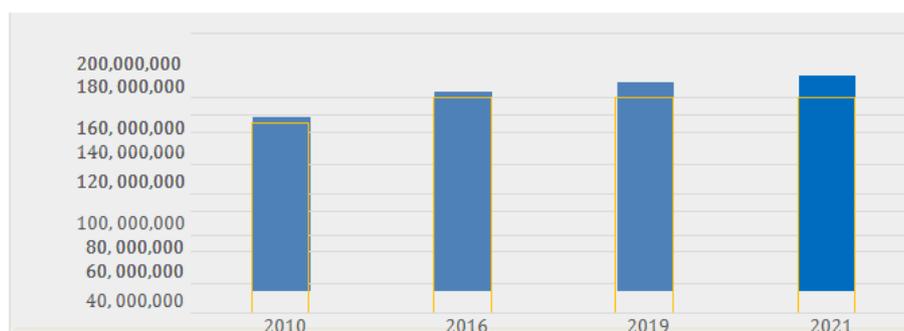
- 1) Demonstrar o crescimento populacional e correlacionar ao número de atendimentos realizado pelo SAMU de Araguaína;
- 2) Melhorar a qualidade de atendimento do SAMU 192 no que concerne às urgências, equilibrando a distribuição das demandas e proporcionando resposta adequada e adaptada as necessidades do cidadão;
- 3) Contribuir com as políticas públicas de saúde em urgência, garantindo a universalidade e as oportunidades de acesso a saúde, necessárias à população.

METODOLOGIA

Foi feita uma pesquisa documental, quantitativa, com informações coletados do banco de dados do SAMU e do site Geografia e Estatística – IBGE desde os anos de 2010 a Instituto Brasileiro de 2021. A parti dos dados coletados foi realizado um projeto de Ampliação e habilitação da frota do SAMU 192 do município de Araguaína junto ao Estado e Ministério da Saúde. Para plena aprovação o projeto foi submetido ao Conselho Municipal de Saúde, na Comissão Intergestora Regional CIR em seguida Comissão Intergestora Bipartite CIB e por fim, submeter ao Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS para emissão de Portaria e enviou de incentivo.

RESULTADOS

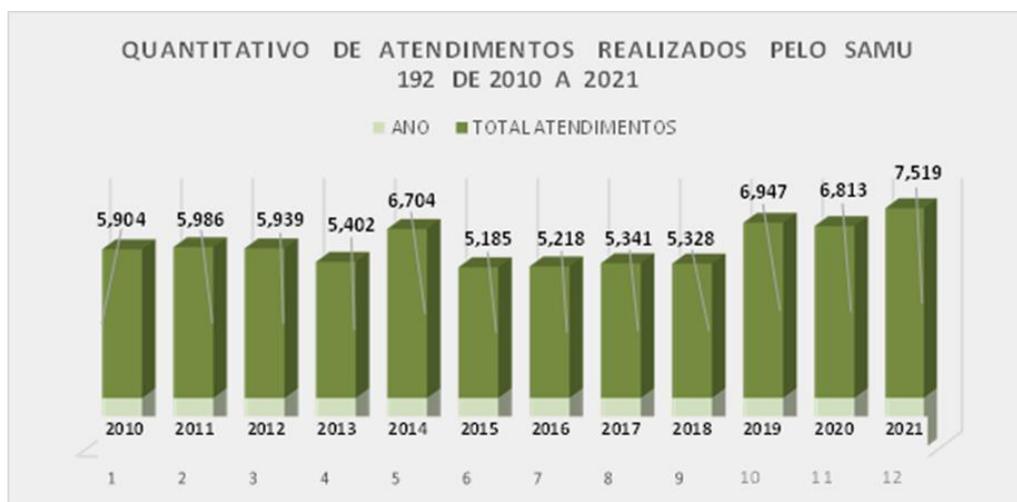
G1 - Comparativo do crescimento populacional de 2010 a 2021



Fonte: IBGE-2010 a 2021.

O gráfico acima traz uma comparação do crescimento populacional de Araguaína desde o ano de 2010. Sabendo-se que em 2020 devido a pandemia não foi possível ter um dado fiel desse crescimento, os anos de 2016, 2019 e 2021 foi feito uma estimativa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

G2 - quantitativo de atendimentos pelo samu 192 de 2010 a 2021



FONTE: Banco de dados SAMU 192 de Araguaína-TO

O gráfico em questão mostra o crescimento de atendimento, porém pode-se verificar que exceto o ano de 2014, os demais anos de 2010 a 2018 mantêm dentro dos cinco mil atendimentos/ano. Tendo um aumento em 2019 e permanece crescendo em 2021.

Foi realizado uma pesquisa no banco de dados do IBGE desde 2010 até 2021 com levantamento populacional da cidade, demonstrando o crescimento e desenvolvimento contínuo do município, para melhor visualizar esse dado, cruzamos com os dados de atendimento do SAMU 192 desde 2010 a 2021. Ressalto que até 2017 os dados de total de ligação eram computados como geral e só após o E-SUS em final de 2017 foi possível filtrar as ligações para o tronco 192 onde as mesmas se restringiam a solicitação de atendimento e /ou trote.

CONCLUSÃO

O SAMU 192 precisa ser constantemente pensado como ações de política públicas e ética, que vise a melhoria da cobertura e da qualidade de atendimento Pre hospitalar da comunidade, que reconheça como direito do cidadão, condições de acesso aos serviços de saúde que possam garantir com competência, dignidade e

qualidade a necessidade da população. O Município de Araguaína, através da Secretaria Municipal de Saúde reconhece a importância e necessidade de mais uma unidade móvel para o SAMU, o que irá contribuir para a melhoria no atendimento dos usuários que buscam o serviço. Portanto, os desafios do SAMU no sentido de assegurar a qualidade da atenção a que se propõe serão permanentes. Espera-se que o Serviço responda com eficiência e eficácia as demandas de urgência e emergência, o que implica além de competência técnica, ética e humanística da equipe, recursos materiais e tecnológico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **DATASUS**, Tabnet, Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/popto.deimagemcenso2010>, Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. **IBGE**, Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/araguaina/panorama>, Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Estimativas da população residente com data de referência em 1º de julho de 2019, Secretaria do planejamento e orçamento Tocantins, Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/461424/>, Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Brasília, 2003

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Brasília, 2002

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 326, de 4 de março de 2005, Brasília, 2005

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, Brasília, 2011

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, Brasília, 2003

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012, Brasília, 2012

TOCANTINS **Perfil Socioeconômico dos municípios**, Secretaria do planejamento e orçamento Tocantins, Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/348465/>, Acesso em: 13 abr. 2022.

GAEF – GRUPO DE APOIO E ESCUTA ÀS FAMÍLIAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO E DE SENSIBILIZAÇÃO À CORRESPONSABILIZAÇÃO DOS FAMILIARES COMO PARCEIROS NO CUIDADO E ATENÇÃO E NÃO MERAMENTE COMO RESPONSÁVEIS E OU CULPADOS PELOS PROCESSOS DE ADOECIMENTO PSÍQUICOS

GAEF – GROUP FOR SUPPORT AND LISTENING TO FAMILIES: A CARE AND AWARENESS STRATEGY FOR THE CO-RESPONSIBILITY OF FAMILY MEMBERS AS PARTNERS IN CARE AND ATTENTION AND NOT MERELY AS RESPONSIBLE AND/OR GUILTY OF PSYCHIC ILLNESS PROCESSES

20

Dágma Luzia Carvalho de SOUSA
Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Araguaína-TO (CAPSI)
E-mail: capsinfantil.araguaina@hotmail.com

Francisca Daniela Alves Barbosa PIRES
Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Araguaína-TO (CAPSI)
E-mail: francisca@hotmail.com.br

Fabiany Regina Carneiro Borba de SOUSA
Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Araguaína-TO (CAPSI)
E-mail: fabiany@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

O CAPSi é um dos componentes da RAPS - Rede de Atenção Psicossocial, instituído pela Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e Portaria nº 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, os (CAPS), Portas abertas (demanda). Serviço de atenção diária e comunitário, que funciona na lógica do território, destinado a acolher e cuidar de crianças e adolescentes acometidos por sofrimentos psíquicos e ou transtornos mentais graves e persistentes, bem como os que fazem uso de substâncias Psicoativas (álcool e outras Drogas), contemplando a faixa etária de 03 (três) a 17 (dezessete) anos e 11 (onze) meses.

O CAPSi de Araguaína.TO, é o único da Região Norte, é de gestão Municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Por ser o único da região norte, abrange não somente os 17 municípios da Região Médio Norte do Araguaia circunvizinhos, como também, outros municípios do Estado do Tocantins.

Atualmente, possui capacidade para a realização de tratamento para cerca de 500 (quinhentas) crianças e adolescentes, com a equipe multidisciplinar, baseados na proposta de acolhimento e do PTS – Projeto Terapêutico Singular, dispositivo de suma importância e eficiente estratégia de cuidado de forma inovadora e criativa, com foco na compreensão da subjetividade, levando em consideração, o grau do sofrimento ou transtorno que o acomete, o contexto o qual está inserido, como também, promover a assistência às famílias e fortalecimento das estratégias na comunidade, ampliação da parceria entre Escolas, no estímulo ao enfrentamento do estigma e facilidade de inclusão social, reconhecimento da importância da família no tratamento, bem como compreensão da necessidade de articulação e responsabilidade com outros serviços da RAPS.

Neste sentido, apresentamos o GAEF – Grupo de Apoio e Escuta da Família, como uma das experiências Exitosas do CAPSi, estratégia essa, adotada desde o início das atividades laborais desta Unidade de Saúde, visto que esta rica estratégia, tem contribuído significativamente na evolução do usuário, bem como o fortalecimento dos laços familiares, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida da família como um todo.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Proporcionar ações voltadas para o acolhimento individual e coletivo dos usuários e familiares e suas demandas, contribuindo para melhoria da evolução da Saúde Mental dos usuários e familiares.

Objetivos específicos

- 1) Promover o fortalecer vínculos afetivos/familiares e comunitários;
- 2) Proporcionar espaço de escuta, troca de experiências, informações e elaboração das angustias dos familiares com relação aos processos de cuidado;
- 3) Incentivar a autonomia e o empoderamento das crianças e suas famílias.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com característica exploratória. Este tipo de pesquisa vem de encontro com o trabalho realizado periodicamente pelo CAPSi.

O GAEF – Grupo de Apoio e Escuta à família, em acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, é uma forma de cuidado ofertado com a função de disponibilizar a atenção de forma integral e exclusiva para os familiares, possibilitando a construção de vínculos e a corresponsabilização da equipe e família em prol do usuário em sofrimento psíquico a cada 15 (quinze) dias.

Por sua vez, a equipe multidisciplinar deve estar preparada para receber, cuidar e orientar os familiares, que por vezes sofrem por não saber lidar, se relacionar com o membro da família que apresenta comportamento dispare, geradores de angústias, fomentando assim, a restauração dos vínculos fragmentados por conta da situação de sofrimento e desequilíbrio emocional que o usuário se encontra para o grupo familiar. Assim sendo, a experiência vigente, tem proporcionado avanços consideráveis no processo de evolução do usuário. As condutas adotadas neste processo, necessita ser potencializado a cada de acordo com o público vigente.

RESULTADOS

Com o levantamento em 02 (dois) grupos com cerca de 98 (noventa e oito) familiares, ao considerar as singularidades apresentadas por cada familiar, tem como principal atribuição, a realização de atendimentos à família, sendo esse trabalho uma das estratégias da assistência psicossocial, enfrentando as dificuldades, como as alterações na proposta inicial de intervenção e a adesão dos familiares, demonstrando a importância e o potencial do GAEF com as famílias no CAPSi. GAEF, mostra que quando conduzido adequadamente, torna-se excelente instrumento de ajuda, e é evidente a melhora na harmonia da convivência diária e no manejo de situações conflitantes.

É evidenciado também, que o grupo vai além da transmissão de informações, configurando-se como espaço que acolhe os diversos sentimentos, como angústias, ansiedades e insegurança que perpassam a prática cotidiana de cuidado. Segundo relatos dos participantes do grupo GAEF, os objetivos se configuram como uma

experiência positiva que contribui na sensibilização do papel do familiar nos procedimentos de cuidados, bem como na manutenção do quadro estável do usuário.

CONCLUSÃO

As ações ofertadas pelo GAEF, mostram o impacto nos resultados positivos sobre o conforto aos familiares, por ser instrumento terapêutico inovador capaz de intensificar e cumprir a responsabilidade de transformação e evolução nas relações familiares, adquirindo uma maior flexibilidade em sua dinâmica, nova postura e uma outra ética de cuidado e na atenção à Saúde Mental de usuários e familiares.

Podemos concluir, que as atividades do GAEF se mostrou uma estratégia útil para manter renovadas a força e a esperança das famílias participantes, fornecendo-lhes, um ambiente que favorece o aprendizado e compartilhamento de informações, sendo um apoio entre-se. Consideramos, que o GAEF, é um recurso terapêutico indispensável, pois promove a preparação dos familiares para lidar com o novo contexto vivenciado, bem como, é também, uma estratégia facilitadora para a construção de uma prática assistencial humanizada e acolhedora. As Vivências contribuíram para enriquecer, os conhecimentos e as habilidades necessárias para o cuidado aos usuários e seus familiares.

Palavra-chave: GAEF – Grupo de Apoio e Escuta às Famílias

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (2013). **Saúde Mental e Atenção Psicossocial** (4ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política da Nacional da Saúde Mental**, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM 336/2002**. Disponível em: [HTTP://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao/mental.pdf](http://www.bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao/mental.pdf).2002.

CAMATTA, MW. **Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. Ciência & Saúde coletiva**, 16 (11), 4405-4414, 2011.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO

NURSING ASSISTANCE TO THE POLYTRAUMATED PATIENT

Dênia Rodrigues CHAGAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.denia.enf@gmail.com

Denise Rodrigues Chagas RODRIGUES
Universidade Federal do Acre (UFAC)
E-mail: dr.deniserodriguescg@gmail.com

Sarah Giovanna Rodrigues GONÇALVES
Universidade de Rio Verde (UNIRV)
E-mail: sarahgiovannar@gmail.com

Samara Gabryela Rodrigues GONÇALVES
Universidade de Rio Verde (UniRV)
E-mail: samaragabryela2@gmail.com

RESUMO

Esta pesquisa, de cunho bibliográfico, tem como objetivo é identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado. Realizou-se pesquisa bibliográfica, por meio de um estudo qualitativo e exploratório. Os resultados encontrados indicam que na maior parte das instituições a Sistematização de Assistência em Enfermagem já está implantada nas Unidades de Terapia Intensiva. As lesões traumáticas podem ser classificadas, de acordo com o mecanismo, em contusas, penetrantes, por explosão ou térmicas. As pesquisas apontam predomínio do trauma fechado sobre o trauma penetrante. Na Unidade de Terapia Intensiva, o cuidado terciário seguirá respeitando o *mnemônico* ABCDE, com objetivos principais de controle homeostático e de prevenção de complicações. Recomendam-se mais estudos sobre o assunto, haja vista que o cuidado e assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico, em situação de politraumatismo, deve estar centrado na identificação de suas necessidades e tem como uma de suas características principais a necessidade da rápida tomada de decisão.

Palavras-chave: Politraumatismo. Assistência de Enfermagem. Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This research, bibliographic, oriented aims is to identify the activities of nursing care in emergency to polytraumatized patient. Bibliographic search was carried out, by means of a qualitative and exploratory study. The results indicate that most of the institutions the Systematization of nursing Assistance is already deployed in intensive care units. Traumatic lesions may be classified, in accordance with the mechanism in contusas, penetrating, or thermal blast. The polls indicate a predominance of closed trauma on penetrating trauma. In the intensive care unit, the tertiary care will continue respecting the ABCDE mnemonic, with main objectives of homeostatic control and prevention of complications. Further studies are recommended on the subject, since the care and nursing care to the patient in critical condition, suffering from multiple trauma, should be focused on identifying your needs and has as one of its main features the need of rapid decision-making.

Keywords: Multiple trauma. Nursing care. Intensive care units.

INTRODUÇÃO

O cotidiano de pessoas que sofreram traumatismo múltiplo, com sequelas funcionais e estéticas, com certeza é muito desafiador, pois as mudanças ocasionadas implicam em incapacidades em diversos âmbitos, cujas alterações são tanto físicas e mentais quanto do estado social, do emprego, dentre outros aspectos (MELIONE, 2008; PAIVA, 2009). Nesse sentido, um dos grandes impasses na área de urgência e emergência é justamente o cuidado com pacientes politraumatizados, cujo procedimento de enfermagem é algo significativo e requer sistematização.

O processo de enfermagem tem sido proposto como modelo para a atuação do enfermeiro, visto que oferece uma estrutura de pensamento organizada voltada para o cuidado. Para Kennedy (2002), o processo de enfermagem se refere a um estilo de pensamento do enfermeiro para fazer julgamentos clínicos apropriados.

Pois há o entendimento de que os problemas do paciente dependem inicialmente da compreensão das complexas dimensões inter-relacionadas do processo saúde/doença. Quanto mais abrangente essa visão, mais contextualizados os resultados para as ações de cuidar.

Portanto, na construção deste, realizou-se pesquisa bibliográfica, por meio de um estudo qualitativo e exploratório (GIL, 2002). A pesquisa bibliográfica em livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita são de suma importância para aprofundamentos do tema a ser pesquisado e aprofundado (LAKATOS; MARCONI, 2007). Quanto às técnicas utilizadas, estas foram de revisão na literatura publicada no período de 2012 a 2015, nas bases de dados Scielo e Bireme, visando analisar o perfil de liderança dos profissionais de enfermagem que trabalham nas unidades de saúde, direcionando ao setor de urgências e emergências da UTI, apontadas nas produções científicas. Esta pesquisa será descritivo-exploratória, com análise qualitativa.

Justifica-se essa temática para reflexão, pois uma assistência de enfermagem sistematizada e adequada deve responder às necessidades do paciente, tanto na prestação de cuidados como na orientação para o autocuidado

Nesse contexto, o objetivo deste estudo é identificar as atividades de assistência de enfermagem no atendimento emergencial ao paciente politraumatizado.

IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Como relação aos antecedentes históricos das unidades de urgência e emergência, lembramos que Florence Nightingale, em meados do século XIX, foi a pioneira em reconhecer a importância de se reservar uma área isolada no hospital na qual o paciente agudamente comprometido pudesse receber cuidados especiais. A centralização de pacientes da forma que Nightingale preconizava que fosse realizada é uma ideia que foi acolhida gradativamente, fato este observado ao longo dos tempos e registrado na história contemporânea. Foi com o espírito de facilitar a divisão funcional de tarefas médicas que ela relata em seu *Notes of Hospitals* (1863) que muitos hospitais da Grã-Bretanha designavam uma pequena sala próxima às salas de cirurgia e que inspiravam cuidados especiais (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

A consolidação no desenvolvimento dessas unidades foi estimulada por diversas mudanças na prática médica, como a que ocorreu por volta dos anos 1580, quando foram incorporadas novas técnicas anestésicas como a da introdução de drogas relaxantes musculares e narcóticas em combinação com anestesia inalatória leve (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

No Brasil, essa modalidade de assistência surgiu no final da década de 1960, vindo a ser inserida na legislação apenas recentemente, por meio da Lei do Exercício Profissional (n. 7498, de julho de 1986), e regulamentada pelo Decreto n. 94.406, de julho de 1987. A partir desse decreto, a profissão foi definitivamente disciplinada, ocorrendo a delimitação da atividade profissional e o estabelecimento de atividades privativas do enfermeiro, como dirigir, liderar, planejar, organizar, coordenar, avaliar e executar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves, com risco de morte, e de maior demanda na vertente técnica e que exigem a capacidade de se tomar decisões imediatas sob o abrigo de conhecimentos científicos adequados. Em face disso, a Enfermagem Brasileira apropriou-se de grande autonomia profissional nessa área do saber (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

Dois fatos importantes marcaram o incremento da SAE nas instituições de saúde e a consolidação de sua implementação: a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem de 1986, que estabeleceu a prescrição dos cuidados de enfermagem como atribuição privativa; e a Resolução nº 272 (2002) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que determina que o processo de enfermagem é incumbência privativa do enfermeiro, em sua implantação, planejamento, organização, execução e avaliação. Essa legislação tornou obrigatória a utilização da SAE, ou processo de enfermagem, nas instituições de saúde e assistência domiciliar.

A implantação do processo de enfermagem nas UTIs tem sido um aspecto de questionamentos e discussões entre os enfermeiros que atuam nas unidades e gerentes de enfermagem. Na maior parte das instituições a SAE já está implantada nas UTIs e estão em processo de implantação de diagnósticos de enfermagem. Muitas experiências são bem-sucedidas em relação ao avanço do processo com o uso das classificações de linguagem. Dentre estas, destaca-se a experiência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, instituição pioneira no país no uso do processo de enfermagem (GAIDIZINSK *et al.*, 2008).

A implementação do processo de enfermagem com o uso das classificações de linguagem de enfermagem exige um trabalho contínuo e organizado com a participação integral de todos os profissionais envolvidos.

O processo de enfermagem é um modo de pensar a enfermagem relacionada aos indivíduos que recebem os cuidados, considerando suas necessidades.

A assistência de enfermagem oferece uma estrutura lógica para a atuação do enfermeiro que envolve o controle organizacional do trabalho, os processos de tomada de decisão, entre outras competências, com o objetivo de alcançar o cuidado de forma individualizada, contextualizada e voltada para resultados possíveis e desejáveis (GAIDIZINSK *et al.*, 2008).

LESÕES POLITRAUMÁTICAS: CLASSIFICAÇÃO

As lesões traumáticas podem ser classificadas, de acordo com o mecanismo, em contusas, penetrantes, por explosão ou térmicas (DEITCH, 2006). Segundo Melo *et al.* (2003) um estudo institucional multicêntrico sobre trauma, realizado nos EUA, demonstrou predomínio do trauma fechado sobre o trauma penetrante.

O trauma contuso refere-se às lesões que ocorrem em razão da transferência de energia, causando compressão tecidual, como nas quedas; nesses casos, os tecidos não são penetrados por um objeto externo (DEITCH, 2006).

O trauma penetrante resulta de penetração da pele e de tecidos por objetos, sem ponto de saída, como nos ferimentos por arma de fogo (FAF), em que o projétil entra, mas não sai do corpo. Já o trauma perfurante é causado por objetos que entram e saem do corpo. Um exemplo são os FAF, em que o projétil apresenta ponto de entrada e de saída (DEITCH, 2006).

O trauma por explosão ocorre na exposição direta ou indireta a esta. Se o paciente estava próximo ao local, pode ter sofrido danos diretos relacionados ao calor e aos objetos deslocados. Se estava um pouco mais afastado, pode ter sofrido lesões nas vísceras ocas, ocasionadas pelo deslocamento de ar (DEITCH, 2006). Na casuística do estudo realizado por Melo *et al.* (2003), os autores, apontaram que as lesões por arma de fogo predominaram com quatro casos, representando cerca de 36,4%, seguidas pelo atropelamento, presente em três casos (27,2%).

Já o trauma térmico consiste em lesão por aplicação de calor ou substâncias químicas à superfície externa ou interna do corpo, causando destruição, como em incêndios, contato com fios elétricos desencapados e hipotermia (SHERRIFF, 2005). O doente necessita de cobertores aquecidos para proteção com dispositivos de aquecimento externos para prevenir a ocorrência de hipotermia no serviço de emergência, pois a temperatura ambiente deve ser mantida em níveis adequados (SMELTZER; BARE, 2002).

Os traumas de cabeça e de pescoço, de tórax, de abdome e os ortopédicos – incluindo ferimentos de coluna vertebral – são considerados lesões major, independentemente do mecanismo que os tenha causado (O’SHEA, 2005).

Tratamento a Paciente com Politraumatismo

A padronização de atendimento ao paciente politraumatizado demonstra melhoria dos desfechos relativos à morbimortalidade. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o cuidado terciário seguirá respeitando o mnemônico ABCDE, com objetivos principais de controle homeostático e de prevenção de complicações (DEITCH, 2006).

Tabela 1 – Componentes específicos da avaliação terciária de vítimas de trauma.

Componente	Descrição
Comunicação entre os profissionais envolvidos	O caso deve ser comunicado por diferentes profissionais, para que não haja foco apenas em um número limitado de problemas específicos no manejo do paciente. Profissionais experientes devem realizar a avaliação terciária de maneira precoce. Não se deve hesitar em entrar em contato com o serviço de emergência pré-hospitalar ou com o hospital de referência que prestou assistência ao paciente. Dados sobre o histórico de saúde prévio, como medicamentos e alergias, também devem ser obtidos.
Exame físico	Avaliação da via aérea, da respiração, da circulação e da disfunção neurológica e exame céfalo-podático completo, incluindo o dorso. Pacientes que não tenham lesões de coluna descartadas devem ser movimentados em bloco. Se possível, manter a sedação mínima, para possibilitar a avaliação neurológica. Quando for necessária sedação, utilizar medicamentos de curta duração. Controlar a dor com doses baixas de narcóticos de curta duração. Reavaliar quaisquer alterações que tenham sido verificadas no setor de emergência e acompanhar novas alterações.
Revisão das investigações anteriores.	A interpretação inicial dos exames de imagem e laboratoriais deve ser refeita, a fim de discutir possíveis achados não identificados anteriormente.
Solicitações de novos exames de imagem.	Exames de imagem de todas as vítimas de trauma contuso incluem radiografias de tórax e de pele, ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada de crânio, coluna, tórax, abdome e pelve. Exames adicionais devem ser solicitados conforme a queixa. O momento dos exames

	depende da condição geral do paciente e potencial complicação.
--	--

Fonte: (MURAKAMI; SANTOS, 2015).

Na UTI, possivelmente haverá necessidade de monitoramento invasivo, e pacientes em ventilação espontânea podem demandar estabelecimento de via aérea definitiva. Vale ressaltar que, se houver fraturas faciais, traqueias ou laríngeas, a passagem de sondas pelo nariz é contraindicada por causa do risco de introdução do tubo na base do crânio. Esse tipo de lesão é suspeitada na presença de drenagem de líquido cefalorraquidiano pelo nariz e pela orelha, de equimose periorbital e de equimose na região do mastoide (sinal de Battle) (BAIRD; BETHEL, 2011; WEAVER, 2013).

Diferenças dos murmúrios vesiculares entre os pulmões podem indicar pneumotórax, hemotórax, hemopneumotórax ou derrame pleural e indicação de toracocentese para drenagem (CIPRIANO; DESSOTE, 2011).

No contexto da circulação, uma vez que o choque hipovolêmico causa uma lesão de isquemia-reperusão global, resultando em lesão celular e orgânica direta ou indiretamente, a ressuscitação consiste em restauração efetiva do volume sanguíneo por meio de infusão de cristaloides, coloides, derivados do sangue e, nos casos refratários, drogas vasoativas. É importante lembrar que a infusão rápida de líquidos pode levar a hemodiluição e, se em temperatura ambiente, ocasionar hipotermia (WEAVER, 2013; DEITCH, 2006).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do levantamento de 14 artigos analisados 10 falavam sobre assistência de enfermagem a pacientes politraumatizados, fazendo abordagem sobre a importância desse profissional nas unidades de urgência e emergência.

Em um estudo, Paiva *et al.* (2010) concluem que experiência do trauma reflete uma referência individual, que pode ser comum a muitos, mas é vivida como dado biográfico e reflete conhecimentos peculiares a cada pessoa.

Em unidades de terapia intensiva, a equipe de enfermagem deve avaliar o estado de saúde o paciente politraumatizado em todas as fases de seu tratamento, considerando os aspectos fisiológico e psicossociais; estabelecer os diagnósticos de enfermagem e as respectivas intervenções; assegurar a implementação de medidas de

prevenção e controle de infecções; estabelecer o cuidado de enfermagem. Para tanto, é necessário que a assistência de enfermagem esteja organizada a partir de um método científico que contribua para a avaliação do paciente, para a identificação dos diagnósticos de enfermagem e para o planejamento da assistência, isto é, que esteja organizada com base no Processo de Enfermagem (PE) (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Alves *et al.* (2009) aponta que os pacientes politraumatizados mais graves podem apresentar síndromes incapacitantes que comprometem várias funções corporais. As lesões neurológicas, por exemplo, caracterizam-se por alterações da motricidade, da sensibilidade superficial e profunda e distúrbios autonômicos dos segmentos e órgãos do corpo localizados abaixo da lesão.

Os sobreviventes de traumas graves, admitidos nas unidades de terapia intensiva, têm deficiências significativas relacionadas às complicações múltiplas, decorrentes de perda significativa de massa muscular e déficits cognitivos (MELIORE; JORGE, 2008).

A condição crônica, seja devido a trauma ou enfermidade, coloca os indivíduos diante de limitações físicas e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros (SCHNYDER *et al.*, 1999).

Em um estudo, Paiva *et al.* (2010) concluem que experiência do trauma reflete uma referência individual, que pode ser comum a muitos, mas é vivida como dado biográfico e reflete conhecimentos peculiares a cada pessoa.

Após o traumatismo, ocorrem três picos de incidência de complicações e morte: minutos após a lesão (aproximadamente 50% dos casos), até 48 horas após o trauma (aproximadamente 30%) e de 1 a 4 semanas depois (aproximadamente 15%). Assim, é primordial que os profissionais de saúde estejam bem treinados para o rápido atendimento do paciente nos diversos momentos (TRHUNKEY, 2008).

Considerando o ambiente de terapia intensiva, sabe-se que até 25 dos cuidados prestados aos politraumatizados acontecem nessa unidade, especialmente os relacionados ao terceiro pico (SCHWEITZER, 2011).

Vítimas de traumas requerem cuidados complexos e especializados para corrigir as disfunções fisiológicas prevalentes e prevenir complicações. Dado o quadro epidemiológico preocupante e os múltiplos sistemas passíveis de serem afetados, os enfermeiros intensivistas devem ser capazes de dar continuidade ao cuidado prestado no contexto pré-hospitalar e no setor de emergência com qualidade. Para tanto, devem

ter capacidade de monitorar, reconhecer precocemente os sinais e sintomas de disfunções e complicações do trauma, implementar imediatamente intervenções terapêuticas com segurança e atualizar-se frequentemente.

Seguem algumas ações de assistência em enfermagem, importantes:

- 1) Verificar a necessidade de troca de dispositivos invasivos como sondas, cateteres e tubo orotraqueal (se passados durante o atendimento de emergência);
- 2) Monitorar a perviedade das vias aéreas, posicionamento do tubo orotraqueal e insuflação do *cuff*, padrão e frequência respiratória, saturação de oxigênio, valores de gasometria arterial e parâmetros da ventilação mecânica;
- 3) Realizar aspiração de vias aéreas sempre que necessário;
- 4) Realizar descompressão gástrica por meio de sondagem nasogástrica ou orogástrica para a prevenção de êmese e broncoaspiração;
- 5) Pacientes com trauma cranioencefálico devem ser mantidos com a cabeceira elevada a 30°, alinhada com o tronco para promover drenagem venosa e prevenção de pneumonia aspirativa (no caso de lesões de coluna vertebral ou pélvica associadas, deve-se usar a posição de trendelenburg reversa);
- 6) Manter colar cervical, coxins e faixas de tecido estabilizando a cabeça e/ou a pelve, se houver fraturas nessas regiões;
- 7) Trocar o colar cervical rígido por um macio o mais rápido possível para minimizar danos à pele;
- 8) Avaliar os riscos e benefícios do posicionamento e da mudança de decúbito. A imobilização e as mudanças de decúbito com pouca frequência são importantes para reduzir os riscos de piorar as lesões da coluna vertebral, o sangramento e as lesões nervosas associadas a fraturas de pelve, mas, por outro lado, a imobilidade expõe os pacientes ao risco de desenvolver úlceras por pressão e piora da função pulmonar;
- 9) Lateralizar em bloco caso seja necessário movimentar um paciente com trauma de crânio e/ou raquimedular;
- 10) Realizar rotação lateral contínua (rotação lenta do paciente ao longo do eixo longitudinal da cama em 40° de cada lado) para diminuição da

incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e à atelectasia lobar;

- 11) Avaliar a necessidade de manter pacientes com lesões pulmonares unilaterais em posição lateralizada ou prona para facilitar a ventilação e a oxigenação.

Ribeiro *et al.* (2008) a fim de identificar as características de pacientes portadores de insuficiência renal aguda (IRA), vítimas de politrauma, internados em uma unidade de terapia intensiva (UTI), no período de 2002 a 2003, detectaram que a monitorização diária da função renal das vítimas de politrauma e a prevenção das causas do politrauma é um cuidado importante para evitar as complicações da IRA e a respectiva mortalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, percebeu-se que o uso de modelos de sistematização de assistência de enfermagem tem sido considerado há décadas na profissão, mas a determinação legal o uso do processo de enfermagem ampliou as iniciativas de sua implantação em nosso meio, especialmente em UTIs. Mesmo com as dificuldades impostas no trajeto de implantação, o processo de enfermagem ou SAE (Sistema de Assistência de Enfermagem) ganhou força em razão do desenvolvimento de trabalhos acadêmicos e práticos por instituições públicas de referência, em especial hospitais universitários.

Neste desafio, a assistência de enfermagem a pacientes politraumatizados deve ser entendida num contexto que relaciona instrumentos e pessoas. Partindo da compreensão do processo de saúde/doença, sob ótica de referenciais teóricos isolados ou múltiplos, utilizam-se estratégias físicas, instrumentais e intelectuais para a tomada de decisão e implementação do cuidado ao ser humano.

Dessa forma, considerando a responsabilidade do enfermeiro e sua equipe em relação aos pacientes graves e críticos, à complexidade do trauma e ao quadro epidemiológico brasileiro, é necessário que sua atuação seja fundamentada na identificação de sinais e sintomas, na rapidez do raciocínio clínico e nas especificidades do atendimento às vítimas.

Em suma, ao final deste recomendam-se mais estudos sobre o assunto, haja vista que o cuidado e assistência de enfermagem ao paciente em estado crítico, em situação

de politraumatismo, deve estar centrado na identificação de suas necessidades e tem como uma de suas características principais a necessidade da rápida tomada de decisão. Nesse contexto, é de suma importância a utilização de protocolos assistenciais e trabalho em equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.L.A. et al. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, 2009.

BAIRD, M.S.; BETHEL, S. Trauma. *In*: BAIRD, M.S.; BETHEL, S. **Manual of critical care nursing: nursing interventions and collaborative management**. 6. ed. St Louis: Mosby, 2011.

CARVALHO, Rachel de; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. **Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação**. 2. ed. Barueri (SP): Manole, 2016.

CIPRIANO, F. G.; DESSOTE, L. U. Drenagem pleural. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 70-78, 2011.

DEITCH, E. A.; DAYAL, S. D. Intensive care unit management of the trauma patient. **Crit Care Med**, v. 34, p. 2294-2301, 2006.

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

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELIONE, L. P.R.; JORGE, M. H. P. Morbidade Hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 17, p. 205-216, 2008.

MELO, Alessandro Severo Alves de; MOREIRA, Luiza Beatriz Melo; MARCHIORI, Edson. Lesões traumáticas do mediastino: aspectos na tomografia computadorizada. **Radiol Bras**, v. 36, n. 5, p. 283-286, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rb/v36n5/v36n5a06>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MURAKAMI, Beatriz Murata; SANTOS, Eduarda Ribeiro dos. **Enfermagem em terapia intensiva**. Barueri (SP): Manole, 2015.

O'SHEA, R. A. **Principles and practice of trauma nursing**. Philadelphia: Elsevier, 2005.

PAIVA, Luciana *et al.* Experiência do paciente politraumatizado e suas consequências. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 6, nov./dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/pt_24.pdf. Acesso em: 05 mar. 2017.

ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE ARAGUAINA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023 - JNT FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1 ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-56. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al. Pacientes vítimas de politrauma com insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 21, p. 216-220, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a15v21ns.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

SCHNYDER, U et al. Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? **Psychother Psychosom**, v. 68, n. 2, p. 102-110, 1999.

SCHWEITZER, G. *et al.* Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1056-1066, 2011.

SHERRIFF, H. Trauma care in context. *In*: O'SHEA, R. A. **Principles and practice of trauma nursing**. Philadelphia: Elsevier, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddart**: tratado de enfermagem médico cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRUNKEY, D. D. Trauma systems. *In*: ASENSIO, J. A.; TRUNKEY, D. D. **Current therapy of trauma and surgical critical care**. Philadelphia: Mosby, 2008.

WEAVER, A. **Enfermagem em terapia intensiva desmistificada**: um guia de aprendizado. Porto Alegre: AMGH, 2013.

**SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA COM
GRUPOS TERAPÊUTICOS ESCOLARES ATRAVÉS DA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**MENTAL HEALTH IN ADOLESCENCE: AN EXPERIENCE WITH SCHOOL
THERAPEUTIC GROUPS THROUGH THE MULTIPROFESSIONAL
HEALTH TEAM**

Denise Alves MOURA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: fabiany@hotmail.com.br

Delvany de S. BUSTAMANTE
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: dalvany@hotmail.com.br

Wilbiane Trindade ARAÚJO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: wilbiane@hotmail.com.br

36

INTRODUÇÃO

A atenção básica em saúde ou atenção primária, é a porta de entrada dos usuários nos sistemas de saúde pública. Tem como objetivo informar e orientar a respeito da prevenção de doenças, identificar casos de agravos e direcioná-los para o atendimento adequado. Por tanto a atenção básica funciona como um sistema que filtra e organiza o fluxo de serviços nas redes de saúde, dos níveis mais simples aos demais alta complexidade (ESLABAO, 2019).

A abordagem da saúde mental na adolescência é de extrema importância para a atenção básica, levando em conta que a adolescência é um período crucial para que o indivíduo desenvolva uma boa saúde. Em algum momento da vida todas as pessoas podem apresentar problemas psicológicos e comportamentais, crianças e jovens com comprometimento da saúde mental, podem abrir mão de momentos importantes de suas vidas, as consequências de não abordar as condições de saúde mental de jovens em idade escolar se estendem a idade adulta comprometendo a saúde física e mental, limitando oportunidades futuras e prejudicando o convívio social (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2022).

As condições de saúde mental são responsáveis por aproximadamente 16% das incidências de doenças e lesões em pessoas com idade entre 10 (dez) e 19 (dezenove)

anos. Metade das condições de saúde mental se iniciam no período da adolescência e na maioria das vezes não são detectadas muito menos tratadas, no mundo todo a depressão vem se tornando uma das principais doenças e causa de incapacidade entre os jovens, o suicídio é a terceira principal causa de morte de pessoas com idade entre 15 (quinze) e 19 (dezenove) anos (OPAS, 2021).

O grupo terapêutico escolar tem como finalidade promover a saúde mental dos adolescentes levando em consideração a faixa etária e o contexto em que vivem. As ações realizadas junto aos adolescentes estimulam não só o autoconhecimento, mas também a identificação e reflexão das falhas, fazendo assim com que o indivíduo tenha maior autocontrole e domínio das emoções.

O presente trabalho tem o objetivo demonstrar a importância da realização do grupo terapêutico que foi desenvolvido em uma escola estadual da rede pública, situada no município de Araguaína-TO, tendo como público alvo adolescentes do ensino fundamental.

OBJETIVOS

Objetivo geral

A promoção e prevenção de saúde mental e o bem-estar emocional de adolescentes, por meio de ações e medidas inclusivas desenvolvidas dentro do ambiente escolar.

Objetivos específicos

- 1) Implementar encontros periódicos;
- 2) Abordar temáticas relacionadas ao convívio familiar e escolar;
- 3) Criar um espaço de acolhimento para que o adolescente possa se expressar com segurança e se sentirem à vontade para falarem dos seus traumas, e ou situações conflituosas emocionais;
- 4) Identificar condições de saúde mental;
- 5) Realizar encaminhamentos a equipe multiprofissional de saúde, para acompanhamentos individuais se necessário, ou para tratamentos nas outras áreas de saúde que auxiliem no bem-estar e desenvolvimento saudável dos presentes adolescentes.

METODOLOGIA

Esta experiência trata-se de uma estratégia desenvolvida pela equipe multiprofissional da atenção básica e foi implementada em uma escola da rede pública, situada no município de Araguaína-TO, seu público alvo foram adolescentes do ensino fundamental e médio na faixa etária entre 12 (doze) e 17 (dezesete) anos. O projeto teve início em agosto de 2019 e ainda vem sendo desenvolvido nos dias atuais.

As atividades foram implementadas em conjunto com profissionais da saúde e coordenação do Colégio de Aplicação, formando assim um grupo terapêutico voltado para a promoção da saúde mental de adolescentes e identificação de condições psicológicas que sugerem algum tipo de transtorno. Estes adolescentes são identificados pela própria escola e encaminhados ao grupo.

As ações aconteceram de forma periódica com intervalo de 15 (quinze) dias entre os encontros, com duração média de uma hora e meia. As temáticas abordadas durante as rodas de conversas são voltadas para situações do cotidiano, convívio familiar e escolar, também são realizadas dinâmicas para incentivar a interação entre os adolescentes, levados a refletir e reformular sobre os temas propostos.

Foram realizadas reuniões com o corpo docente escolar, para conscientizá-los da importância de abordar a saúde mental dos adolescentes no ambiente escolar. No decorrer da experiência foi possível identificar mudanças na percepção dos temas trabalhados e melhoria da abordagem da saúde mental, também foi possível identificar que alguns adolescentes estão em maior risco de desenvolver doenças psicopatológicas devido às condições de vida, discriminação, exclusão, social, violência e abusos físicos e sexuais.

RESULTADOS

Conforme os encontros aconteciam foi se desenvolvendo um vínculo terapêutico com os adolescentes, possibilitando assim a imersão de conteúdos significativos, onde eles puderam partilhar de dores traumáticas e vivências, sendo necessário em alguns casos atendimentos clínicos terapêuticos na unidade básica de saúde próxima a escola, para tratamento psicoterapêutico individualizado. Os encontros proporcionaram um relacionamento mais empático entre os adolescentes e

de maneira espontânea tornaram-se uma rede de apoio e acolhimento uns com os outros.

Uma das evoluções que tivemos foi o suporte em uma situação de abuso sexual sofrido por uma das adolescentes do grupo, a mesma foi encorajada a denunciar por meio de apoio psicológico, a preservando de uma possível vitimização. Após a denúncia a adolescente também foi encorajada e orientada e cientificar a família da situação, assim após um trabalho com respeito a sua individuação e acolhimento, foi externalizado a família. Assim a justiça continuou com o proceder investigatório e a aluna tem dado continuidade com sua vida.

No decorrer da experiência foi possível identificar mudanças na percepção dos temas trabalhados e melhoria da abordagem da saúde mental, também foi possível identificar que alguns adolescentes estão em maior risco de desenvolver doenças psicopatológicas devido às condições de vida, discriminação, exclusão, social, violência e abusos físicos e sexuais.

CONCLUSÃO

O trabalho realizado é de suma importância, tendo em vista o atual quadro de saúde mental da sociedade, onde pessoas adoecem pessoas, geram filhos e os tornam problemáticos, que também geram filhos problemáticos.

O presente século é de pessoas imediatistas, que se frustram com facilidade, intolerantes ao sofrimento, com sensibilidade extrema. Isso faz com que os jovens em formação necessitem imprescindivelmente de apoio em todos os aspectos, principalmente em tudo que diz respeito a saúde mental, para que se tenha uma boa estrutura e na fase adulta seja quebrado um possível ciclo de adoecimento psicopatológico.

Os grupos terapêuticos afluem demandas que também podem ser estendidas a uma equipe multiprofissional de saúde, para que assim um conjunto de outros serviços possam ser ofertados e estes alunos em situações de vulnerabilidade sejam ainda mais acolhidos.

Palavras-Chave: Saúde mental. Vulnerabilidade. Adolescentes. Grupo terapêutico. Escola.

REFERÊNCIAS

ESLABÃO AD, SANTOS EO, SANTOS VCF, RIGATTI R, MELLO RM, SCHNEIDER JF. **Saúde mental na estratégia saúde da família:** caminhos para uma assistência integral em saúde. J. nurs. health. 2019;9(1): e199101.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Saúde mental na infância e na adolescência.** Fundação Abrinq, 2020. Disponível em: [<https://www.fadc.org.br/saude-mental-na-infancia-e-adolescencia>]. Acesso em: 20 de março de 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Saúde Mental dos Adolescentes.** [Internet] [acessado 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Determinantes da saúde mental.** Organização Pan-Americana de Saúde, s.d. Disponível em: [<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>]. Acesso em 20/03/2023.

**JOGOS PEDAGÓGICOS E SAÚDE:
UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

**PEDAGOGICAL GAMES AND HEALTH:
AN INNOVATIVE EXPERIENCE IN THE SCHOOL HEALTH PROGRAM**

Fabricia de Jesus Silva FERRAZ
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: fabryciaferraz@gmail.com

Leandro FERRAZ
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: leandro@hotmail.com.br

Antônio Lucas Milhomem da SILVA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: antonio@hotmail.com.br

Juliana Gabrielle Matias Vieira SILVA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: juliana@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

Esta experiência foi realizada em 5 (cinco) escolas públicas situadas no município de Araguaína, com alunos do ensino infantil e fundamental, entre agosto e dezembro de 2021. A proposta integra o Programa Saúde na Escola e utiliza jogos pedagógicos como ferramenta para promover a saúde, bem-estar e desenvolvimento integral dos estudantes. O uso de jogos na educação pode melhorar o engajamento dos alunos e facilitar a aprendizagem de conceitos complexos. A justificativa para essa prática está na sua importância para a saúde e o bem-estar dos estudantes, confiante para uma melhor qualidade de vida e prevenindo problemas futuros.

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como objetivo integrar as áreas da educação e saúde, promovendo uma abordagem mais ampla e eficiente no desenvolvimento das crianças e adolescentes (BRASIL, 2007). Neste contexto, os jogos pedagógicos desempenham um papel fundamental na promoção do aprendizado e engajamento dos alunos.

Os jogos pedagógicos podem ser entendidos como uma estratégia didática que integra elementos lúdicos e educacionais, visando facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades (BITTENCOURT; LOPES, 2009). Segundo Almeida (2002),

os jogos promovem uma aprendizagem mais significativa e prazerosa, estimulando o comprometimento e a motivação dos estudantes. No contexto do PSE, os jogos pedagógicos são uma ferramenta importante para abordar temas relacionados à saúde de maneira lúdica e atrativa (FONSECA et al., 2018).

A utilização de jogos pedagógicos no PSE traz diversos benefícios para a educação em saúde. De acordo com Mattos e Neves (2013), os jogos estimulam o desenvolvimento de habilidades cognitivas, afetivas e sociais dos estudantes. Além disso, como destaca Moraes et al. (2015), os jogos pedagógicos possibilitam uma contextualização e a interdisciplinaridade, fatores fundamentais para uma abordagem eficaz da educação em saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Promover a saúde e o bem-estar dos alunos do ensino fundamental através do uso de jogos pedagógicos no Programa Saúde na Escola, no município em questão, durante o ano de 2021.

Objetivos específicos

- 1) Implementar jogos pedagógicos relacionados à saúde, nutrição, atividade física e bem-estar;
- 2) Estimular a participação ativa dos alunos nas atividades propostas;
- 3) Avaliar o impacto das atividades na saúde e no aprendizado dos estudantes.

METODOLOGIA

As atividades foram desenvolvidas em conjunto com professores e profissionais de saúde, utilizando jogos e dinâmicas pedagógicas adaptadas às diferentes faixas etárias. As ações ocorreram periodicamente, com duração média de três horas, e abordaram temas como: alimentação saudável, higiene pessoal, atividades físicas e prevenção de doenças. Os alunos foram incentivados a discutir e refletir sobre os temas propostos, aplicando os conhecimentos adquiridos em suas rotinas avançadas.

Foram realizadas reuniões com a comunidade escolar, buscando apresentar o projeto e conscientizá-los sobre a importância da saúde na educação. Além disso, foram firmadas parcerias com profissionais de saúde locais, como: nutricionistas e profissionais de educação física, que auxiliaram na elaboração e aplicação dos jogos pedagógicos. Para diagnosticar a evolução da experiência, colheu-se informações dos alunos, professores e pais antes e após a implementação do projeto, a fim de identificar mudanças na percepção e atitudes em relação à saúde e bem-estar. Assim, foram analisados indicadores de saúde e desempenho escolar, para verificar possíveis melhorias decorrentes das atividades propostas.

RESULTADOS

Houve um aumento significativo na participação dos alunos nas atividades do Programa Saúde na Escola, com 96% de adesão ao longo do período. Além disso, observou-se uma melhoria na compreensão dos conceitos relacionados à saúde e bem-estar e maior interesse dos estudantes em adotar hábitos saudáveis. Os resultados qualitativos apontam uma maior satisfação dos alunos com o aprendizado e a percepção de que os jogos pedagógicos auxiliam para essa melhoria.

Imagem 1: Atividades com jogos sobre Covid19.



Fonte: Arquivo pessoal.

Diversos autores brasileiros têm desenvolvido e pesquisado jogos pedagógicos voltados para o PSE. Por exemplo, Silva *et al.* (2016) desenvolveram um jogo de tabuleiro chamado "Saúde na Escola", que aborda temas como alimentação saudável, atividade física e prevenção de doenças. Outro exemplo é o jogo digital "Vida Saudável" de Sousa *et al.* (2019), que promovem a conscientização sobre a importância da higiene pessoal e ambiental. Ambos os estudos inspiraram resultados positivos na aprendizagem e engajamento dos estudantes. Desta forma, foram criados jogos e aplicados posteriormente, tomando o feedback dos estudantes e dos professores.

Imagem 2: Atividades com a equipe multiprofissional.



Fonte: Arquivo pessoal.

Apesar dos benefícios, existem desafios na implementação dos jogos pedagógicos no PSE. Um desses desafios é a resistência por parte dos educadores em utilizar jogos como estratégia didática (COSTA; NEVES, 2017). Além disso, como aponta Oliveira *etal.* (2018), a falta de recursos e infraestrutura adequada pode dificultar a implementação e avaliação.

Entre os desafios enfrentados, destaca-se a adaptação dos jogos pedagógicos às diferentes faixas etárias e necessidades dos alunos, bem como a resistência de alguns

alunos em participar das atividades. No entanto, a experiência mostrou que o engajamento dos alunos e da comunidade escolar pode ser alcançado com a abordagem lúdica e proposta interativa pelos jogos pedagógicos. Por tanto, a parceria com profissionais de saúde locais contribuiu para a qualidade e o encorajamento das atividades desenvolvidas.

CONCLUSÃO

A experiência comprova que a utilização de jogos pedagógicos no Programa Saúde na Escola contribui para a promoção da saúde e bem-estar dos alunos, fortalecendo a compreensão dos temas abordados. Recomenda-se a continuidade dessa prática e a expansão para outras escolas, buscando aprimorar e diversificar as atividades propostas.

Com base nos resultados positivos alcançados, espera-se que a experiência sirva como um modelo para outras escolas e municípios interessados em promover a saúde e o bem-estar dos estudantes por meio do uso de jogos pedagógicos. Então, sugere-se a criação de um repositório digital com os materiais e jogos hospedados, permitindo o compartilhamento e a adaptação desses recursos por outras instituições de ensino.

O sucesso dos jogos pedagógicos no PSE também depende do envolvimento das famílias e da comunidade. Ressaltamos que a parceria entre escola, família e comunidade é fundamental para o desenvolvimento e o bem-estar dos estudantes. Dessa forma, é importante que os jogos pedagógicos sejam projetados para envolver e informar as famílias, promovendo o diálogo e a cooperação entre os diferentes atores envolvidos no processo educativo.

Os jogos pedagógicos demonstraram um impacto significativo no Programa Saúde na Escola, promissores para a promoção da saúde e o desenvolvimento integral dos estudantes. Através da análise das contribuições de diversos autores, fica evidente que essa abordagem lúdica e contextualizada é fundamental para uma educação mais eficiente e engajadora. Contudo, é necessário enfrentar os desafios e investir na formação dos educadores e dos profissionais da saúde, garantindo que as potencialidades dos jogos pedagógicos sejam plenamente exploradas no PSE.

Palavras-chave: Jogos pedagógicos, Saúde, Programa Saúde na Escola, Educação, Bem-estar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, MEB (2002). Educação, ambientes virtuais e interatividade. In: Silva, M. (Org.). Sala de aula interativa. **Quarteto**: Rio de Janeiro, pp. 25-38.

BITTENCOURT, GG, & LOPES, RD (2009). A utilização de jogos educativos no ensino de ciências: uma contribuição para o processo de ensino-aprendizagem. **Revista Eletrônica de Educação da Faculdade Araguaia**, 2(2), 85-98.

BRASIL. (2007). **Programa Saúde na Escola**: Manual de Orientações. Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

COSTA, LA; NEVES, MA (2017). Desafios e possibilidades do uso dos jogos digitais na escola pública. **Revista Thema**, 14(3), 145-162.

FONSECA, LMG, SANTOS, LMS, RIBEIRO, FCM; SILVA, JR (2018). A utilização de jogos pedagógicos como estratégia de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 16(2), 569-588.

MATTOS, AD; NEVES, ED (2013). A contribuição dos jogos no ensino de ciências: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Ciência & Educação**, 19(4), 995-1011.

MORAES, LAR, SILVA, MR, FIGUEIREDO, EL; MORAIS, MC (2015). Jogos educativos no processo de ensino-aprendizagem em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Revista CEFAC**, 17(5), 1722-1734.

OLIVEIRA, RA, GOMES, RL, SILVA, VL; LIMA, RA (2018). Desafios e possibilidades para a implementação de jogos educativos na escola pública: um estudo de caso. **Revista Ciência e Educação em Foco**, 1(1), 69-80.

SILVA, DA, GUIMARÃES, PRB; LIMA, AF (2016). A ludicidade na promoção da saúde escolar. **Cadernos de Pesquisa**, 23(1), 29-38.

SOUSA, RG, OLIVEIRA, JR, SILVA, MF; LIMA, CF (2019). O uso de jogos educativos digitais na promoção da saúde na escola: Uma revisão sistemática. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 23.

MOVIMENTO SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARAGUAÍNA-TO

MOVEMENT HEALTH: EXPERIENCE REPORT WITH A GROUP OF ELDERLY PEOPLE IN THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY OF ARAGUAÍNA-TO

Fabyanne Oliveira Montelo RIBEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: naninmontelo@gmail.com

47

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como um modelo de reorganização da assistência à saúde e visa um olhar a todos os membros da família. Neste cenário familiar o idoso é um componente que requer uma atenção especial, devido na maioria dos casos estarem com maior vulnerabilidade física e psicológica.

Com este olhar Liberalesso et al (2017) e Jesus et al (2017) afirmam que o envelhecimento humano altera os principais sistemas fisiológicos, o que torna o idoso mais frágil e suscetível ao comprometimento da capacidade físico-funcional, ainda que envelhecer não seja sinônimo de adoecimento, com a idade avançada, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis, e assim têm maiores demandas sociais, físicas e psicológicas.

Diante deste contexto, com foco na melhoria da qualidade de vida dos idosos cadastrados nas Equipes de ESF, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Francisco Barbosa de Brito, foi implementado no dia 03 de abril de 2012, no auditório da UBS o grupo de idosos nomeado: Movimento Saúde.

Este projeto se justifica pela necessidade de potencializar o envelhecimento com maior qualidade de vida, através da implantação de grupo, proporcionando a convivência, socialização e atividade física, atividades relacionais e de movimentos, ampliando o vínculo entre equipe e pessoa idosa e estimulando esta população a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Promover semanalmente, por meio de grupo, atividades a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população idosa adscrita na UBS Dr. Francisco Barbosa de Brito.

Objetivos específicos

- 1) Realizar atividade física durante os encontros semanais;
- 2) Estimular vínculo entre os participantes do grupo por meio da socialização;
- 3) Promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos;
- 4) Proporcionar atividades recreativas, como: passeios, retiros, festas e caminhadas ecológicas.

METODOLOGIA

O projeto teve início com a junção de dois contribuintes, o primeiro foi meu desejo e planejamento de iniciar um grupo de idosos na UBS, somado com o interesse por parte de uma idosa moradora da área de abrangência de reunir um grupo para praticar atividade física.

Fiquei responsável pela organização e pactuação junto a gestão municipal de saúde (local, horário, profissionais e programação) e a moradora da área ficou responsável em realizar a divulgação e convite para outros (as) idosos (as), trabalho este também realizado pelas equipes da UBS.

O grupo era coordenado por mim, enfermeira da ESF, e contava com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com uma fisioterapeuta, dois profissionais de educação física, uma nutricionista, duas assistentes sociais, e a equipe da UBS.

Este projeto teve início no dia três de abril 2012 no auditório da UBS Dr. Francisco Barbosa de Brito e desde então segue em execução na praça da Vila Aliança. Os encontros sempre foram realizados três vezes na semana com duração de 1 hora.

No início, eram realizadas atividades lúdicas, de dança e música, educação em saúde, e exercícios físicos, sendo diversificadas com festas em datas comemorativas, incluindo festas para aniversariantes, caminhadas ecológicas, desfiles no dia 7 de setembro, retiros e visitas a asilos.

No decorrer dos anos foram realizadas algumas alterações na programação dos encontros e nas diversificações das atividades, hoje, nas segundas-feiras são realizadas

atividades livres, nas quartas-feiras atividades com bastão e nas sextas-feiras atividades com peso. Atividades diversificadas ainda são realizadas, como: palestras, comemoração mensal de aniversários e caminhadas ao ar livre. No momento, o grupo é coordenado por um profissional de Educação Física do NASF.

RESULTADOS

Atualmente são cadastrados no grupo mais 100 pessoas, com uma média de 40 a 60 participantes por encontro, o grupo tem foco na pessoa idosa mas tem acolhido todas as idades interessadas em participar, contando hoje com algumas crianças que acompanham seus avós, adolescentes e adultos menores de 60 anos, mas, a maioria são os idosos com predomínio do sexo feminino, sendo a maior parte atendidos e cadastrados nos serviços de saúde da UBS.

No decorrer de quase 11 anos contínuo do grupo (pausado somente no período da pandemia da COVID-19) é notório a evolução de cada participante, idosos (as) antes isolados (as) e depressivos (as) se juntam em grupos menores para bate-papos, observa-se uma melhora na aparência, um regaste da vaidade, satisfação e alegria de estar com outras pessoas, laços de amizades, trocas de receitas, preocupação na ausência do outro.

A atividade física ganha vida no corpo de cada um (uma), que apresenta uma maior coordenação motora, maior equilíbrio, força, disposição e ânimo, e como consequência uma diminuição na procura dos serviços de saúde devido a diminuição dos problemas de saúde. Estas percepções físicas, sociais e psicológicas são confirmadas nos depoimentos dos (as) participantes durante as atividades em grupo.

CONCLUSÕES

A criação do Grupo de Idosos Movimento Saúde na UBS Dr. Francisco Barbosa de Brito, vem favorecendo aos participantes o envelhecimento ativo e saudável, além da criação de vínculos entre comunidade e UBS e diminuição dos problemas de saúde.

O grupo faz parte da rotina e da programação da UBS, tem uma grande visibilidade na comunidade é o mais antigo e consolidado do município, nem a pandemia da COVID 19 e a mudança de endereço da UBS foi capaz de fragiliza-lo, e é referência em grupo de idosos no município.

Portanto, sabe-se que esta iniciativa é apenas um começo das inúmeras possibilidades que os profissionais de saúde do nosso município possam realizar com idosos, na perspectiva de um viver ativo e saudável, consoante com suas necessidades físicas, sociais e psicológicas.

Palavras-chave: Grupo de idoso; Prevenção de doenças; Socialização.

REFERÊNCIAS

JESUS, Isabela Thaís Machado de; ORLANDI, Ariene Angelini dos Santos; GRAZZIANO, Eliane da Silva; ZAZZETTA, Marisa Silvana. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm**, 2017; 30(6):614-20. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/SSwxqdQ5WShQRckHV3Q4nSg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 mar 2023.

LIBERALESSO, Taís Elizabete Manfio; DALLAZEN, Fernanda; BANDEIRA, Vanessa Adelina Casali; BERLEZI, Evelise Moraes. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, 2017; 41 (113): 553-562. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VYjv4Mbjw4LP8vj74HJMtcH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 mar 2023.

CONSULTA DERMATOLOGICA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS: AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

DERMATOLOGICAL CONSULTATION FOR COMMUNITY HEALTH AGENTS AND AGENTS TO FIGHT ENDEMIC DISEASES: EVALUATION OF A SUCCESSFUL EXPERIENCE

Fabyanne Oliveira Montelo RIBEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: naninmontelo@gmail.com

Pollyana Reis ALVES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: polluanareis@gmail.com

51

INTRODUÇÃO

As ações de saúde do trabalhador na rede pública de serviços de saúde é competência do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988. No decorrer dos anos inúmeras leis e portarias surgiram afim de organizar e regulamentar o serviço, dentre estas, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT).

Dentro da lista dos agravos em saúde do trabalhador, temos o Câncer Relacionado ao Trabalho e as Dermatoses Ocupacionais, estando sujeito a estes danos à saúde os profissionais que exercem seu trabalho em ambientes externos expostos a agentes físicos (sol) (BRASIL, 2019). Com este olhar, este projeto foi implantado e implementado desde o dia 10 de agosto de 2021, tendo como população alvo os trabalhadores do SUS, especificamente Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) do município de Araguaína-TO, totalizando 540 pessoas, que por exercerem seu trabalho em ambientes externos estão sujeitos aos danos ocasionados pela exposição solar.

Este projeto se justifica pela importância do diagnóstico precoce do câncer de pele, que além de detectar lesões ainda em estágio inicial e possíveis de cura, implica em menores deformidades e cicatrizes ao paciente.

Diante da exposição solar em consequência do trabalho realizado por esses profissionais, este projeto buscou estratégias que minimizem os riscos que as atividades desempenhadas trazem para a saúde destes trabalhadores.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Ofertar aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate a Endemias de Araguaína-TO uma consulta dermatológica anual para prevenção do câncer de pele.

Objetivos específicos

- 1) Promover prevenção de doenças ocasionadas pela exposição solar aos trabalhadores do SUS;
- 2) Identificar trabalhadores com alterações de pele e mucosa decorrentes da exposição solar;
- 3) Notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) os casos de Dermatoses Ocupacionais e Câncer Relacionado ao Trabalho identificado nas consultas;
- 4) Diminuir, por meio da prevenção, o custo com consultas medicas, exames complementares e tratamento medicamentoso.

METODOLOGIA

Este trabalho é resultado da I Oficina para ACS realizada pelo Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST), finalizada no início de 2020, onde teve dentre suas propostas finais de encaminhamentos a sugestão de uma consulta dermatológica preventiva para ACS. A sugestão foi considerada, acatada e iniciei a elaboração, fluxo, apresentação e pactuações junto a gestão municipal de saúde. Todo o projeto foi pensado e elaborado utilizando recursos e profissionais já disponíveis na rede municipal.

Previamente foi solicitado junto aos respectivos responsáveis a lista de todos os ACS e ACE, o nome dos trabalhadores foram separados em uma planilha pelo mês de nascimento, para que a consulta viesse a ser ofertada ao trabalhador no mês do seu aniversário, como um presente, ano após ano.

Após tudo pactuado, visitei todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) divulgando e formalizando via ofício junto ao diretor (a) a programação do projeto, o ofício foi igualmente encaminhado ao diretor do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) para divulgação junto aos ACE. O Projeto foi também divulgado no site oficial da prefeitura de Araguaína-TO.

O agendamento da consulta é realizada da seguinte maneira: na semana que antecede a consulta é feito o contato com o trabalhador, onde é ofertado o atendimento e informado, data, horário e local. Todos os atendimentos são registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica, e o controle do agendamento, comparecimento, diagnóstico e notificações dos agravos são registrados em uma planilha online do Excel, para controle e organização dos dados.

Para os trabalhadores que apresentam alterações na pele e necessitam de uma nova avaliação médica antes do período de um ano, é entregue um cartão de retorno durante a consulta, com este cartão o próprio trabalhador agenda o seu retorno no CEREST no tempo determinado pela médica. Para os trabalhadores que não apresentam alterações na pele a consulta é ofertada novamente no ano seguinte, no mês do seu aniversário.

RESULTADOS

Com 1 ano de sua implementação este projeto atendeu 273 trabalhadores, no período de agosto de 2021 a julho de 2022, e segue em execução. Foram identificados 203 trabalhadores com alterações de pele e mucosa, sendo a maioria decorrente da exposição solar, três trabalhadores apresentaram histórico de câncer de pele e 19 relataram histórico familiar da doença. Quanto ao registro de notificações de Dermatoses Ocupacionais, agravo subnotificado no SUS, foram totalizados 40 casos e Câncer Relacionado ao Trabalho um caso. Para 19 trabalhadores foi solicitado o retorno para reavaliação.

Além de propiciar a prevenção primária, personalizada no consultório médico de acordo com cada realidade e indivíduo, este projeto tem dentre seus resultados o diagnóstico precoce de lesões da pele dos trabalhadores, que se não houvesse sido identificadas, cuidadas e acompanhadas poderiam evoluir para doenças mais graves.

CONCLUSÕES

Este trabalho tem impactado diretamente a vida destes trabalhadores, além do sentimento de valorização e cuidado propiciado pelo ato, tem como resultado alcançado a prevenção, diagnóstico precoce e notificação de agravos dermatológicos, tornando menos oneroso financeiramente e psicologicamente para o indivíduo, comunidade e SUS. Como perspectiva futura, a intenção é estender o projeto para outros trabalhadores do município de Araguaína-TO, que executa algum tipo de atividade expondo-se ao sol, como trabalhadores da limpeza urbana, manutenção de vias públicas, motoristas, entre outros, assim como a transformação deste projeto em Lei Municipal.

Por ser utilizado em todo o processo recursos já disponíveis na rede municipal, como: telefone, recursos humanos, local físico para atendimento, o projeto não apresentou nenhum custo financeiro para sua implementação, tornando-se relevante e de fácil aplicabilidade no SUS, podendo ser repetido em outros municípios brasileiros.

Palavras-Chave: Trabalhador do SUS. Prevenção. Dermatoses Ocupacionais. Câncer relacionado ao trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. NOTA INFORMATIVA Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS. Brasília, 2019.

PLANTÃO 24 HORAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

24-HOUR SPECIALTIES AT THE DENTAL SPECIALTIES CENTER

Gabriela Carvalho DE MELO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: gabriella@hotmail.com.br

Érika Cristina Montes DANTAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: erika@hotmail.com.br

Danillo Marques PEREIRA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: danillo@hotmail.com.br

55

INTRODUÇÃO

O projeto trata-se de uma experiência a respeito dos atendimentos de urgências e emergências odontológicas no município de Araguaína, os mesmos ocorrem desde 2006 no Centro de Especialidades Odontológicas, localizado na rua Sete de Setembro, Centro. A unidade foi criada através do Programa Brasil Sorridente, e oferece atendimento odontológico 24 horas, funcionando com demanda espontânea, ou seja, não é feito por agendamento, preconizando o atendimento por classificação de risco, atendendo as prioridades como, crianças, idosos, gestantes, portadores de deficiência, entre outros.

Atualmente o plantão atende uma média de 25 (vinte e cinco) pacientes por dia, e é composto por 14 (quatorze) Cirurgiões Dentistas, 5 (cinco) são servidores do estado cedidos ao município, 9 (nove) são servidores efetivos do município e 5 (cinco) auxiliares de saúde bucal, nos quais são escalados mensalmente de acordo com o planejamento organizacional da coordenação do Centro Odontológico.

No serviço de Urgência, são ofertados os seguintes procedimentos:

- 1) Exodontias decíduos e permanentes;
- 2) Prescrição medicamentosa;
- 3) Alívio de dor;
- 4) Tratamento de Alveolites;
- 5) Drenagem de Abscesso;
- 6) Capeamento pulpar em decíduos e permanentes;

- 7) Acesso a polpa dentária;
- 8) Selamento Provisório;
- 9) Ulotomia/Ulectomia;
- 10) Retirada de suturas.

Dentre outros procedimentos quando a UBS se encontra fora do horário de funcionamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer o serviço de urgência e emergência ofertado pelo SUS, no Plantão do Centro Odontológico no Município de Araguaína.

Objetivos específicos

- 1) Mostrar a importância do plantão de urgências;
- 2) Diminuir a quantidade de urgências nas unidades de saúde;
- 3) A implantação da classificação de risco com acolhimento;
- 4) Fortalecimento da cobertura populacional do SUS;
- 5) Compreender o conceito de rede e organização de atenção à saúde em urgência e emergência.

METODOLOGIA

Trata-se de experiência de base documental a respeito do serviço de Urgência no CEO, o mesmo funciona em Araguaína desde 2006 durante todos os dias da semana. O Centro conta com atendimentos para a população funcionando 24 horas por dia, com plantonistas que durante a noite ficam de sobreaviso. A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, organizando a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas¹.

Em situação de atenção à urgência e emergência, o acolhimento deve estar associado a uma classificação de risco. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde e grau de sofrimento. A classificação de risco não

é um instrumento de diagnóstico de doença. Seu objetivo é estabelecer uma prioridade clínica para o atendimento de urgência e emergência¹. Foram avaliados o quantitativo de atendimentos de consultas e procedimentos realizados no plantão de urgência durante o ano de 2019 no município de Araguaína.

RESULTADOS

Durante o ano de 2019, o quantitativo de atendimentos de urgências resulta um total de 11.523, considerando 5.426 consultas e 6.097 procedimentos. Pode-se constatar que os Cirurgiões Dentistas puderam contribuir de forma significativa com a comunidade, visto que são profissionais que atuam rotineiramente em ambulatórios públicos, sempre de forma resolutiva. Os resultados esperados com a implantação da classificação de risco com acolhimento são:

- 1) Diminuir mortes evitáveis;
- 2) Priorizar de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada;
- 3) Aumentar a eficácia do atendimento;
- 4) Reduzir o tempo de espera;
- 5) Detectar casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado;
- 6) Diminuir a ansiedade do usuário, acompanhantes e funcionários;
- 7) Aumentar a satisfação dos profissionais e usuários.

CONCLUSÃO

Historicamente, os brasileiros apresentam dificuldades de acesso à assistência odontológica. Ademais, somente no final da década de 1980 é que os profissionais da odontologia despertaram para um modelo de atenção voltado para a promoção de saúde. Esses fatos históricos podem explicar, em parte, a demanda reprimida para os serviços odontológicos.

E isso culmina na procura pelos serviços de urgência². Os atendimentos de urgência odontológica oferecidos pelos serviços públicos podem ser o único meio que a população menos favorecida possui para sanar os problemas de dor de origem odontológica. Os usuários categorizados em situação pouco urgente ou não urgente devem receber avaliação e tratamento na própria UBS, pois a equipe de Saúde da Família é a competente para o tratamento desses casos.

Os atendimentos de urgências e emergências se faz importante pois auxilia nas demandas das Unidades Básicas de Saúde, fortalecendo a cobertura populacional do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) ³. Atualmente, parte da população não conhece o serviço de urgência odontológica ofertado pelo município, porém boa parte da população demonstra satisfação dos atendimentos que acontecem de forma resolutiva, tratando casos de dor do paciente.

Palavras-Chave: Plantão. Odontologia. SUS. Atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Rede de Atenção às Urgências e Emergências.gov.br,2022.Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/samu-192/rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias-1> >Acesso em: 22 de março de 2023.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1444 de 29 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a organização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2000 dez 29;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2994, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

AMPLIAÇÃO DE HORÁRIO DE ATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PRE- VENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NOVEMBRO AZUL EM ARAGUAÍNA-TO

EXPANSION OF SERVICE HOURS AS A STRATEGY FOR PREVENTION AND HEALTH PROMOTION AT NOVEMBER AZUL IN ARAGUAÍNA-TO

Hada Karênina Henriques Dias VAZ
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: hada.karenina@araguaina.to.gov.br

Littza Clayenne Araújo F. Dal BOSCO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: littza.clayenne@araguaina.to.gov.br

59

INTRODUÇÃO

No propósito de fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde entre o público masculino, durante o mês de novembro, diversas atividades são realizadas para conscientizar os homens sobre a importância de cuidar da saúde, como a realização de exames preventivos, a adoção de hábitos saudáveis de vida, a promoção de palestras e eventos educativos, entre outras ações.

O objetivo principal da campanha Novembro Azul é sensibilizar a população masculina sobre a importância de cuidar da saúde e de fazer exames preventivos regularmente, em especial o exame de próstata. O câncer de próstata é uma das formas mais comuns de câncer em homens e pode ser fatal se não for detectado e tratado precocemente.

De acordo com dados levantados pela Sociedade Brasileira de Urologia, junto ao ministério da saúde, os homens procuram bem menos os serviços de saúde que as mulheres. Diante disso, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Superintendência de atenção básica, no intuito de ampliar o acesso do público masculino aos serviços de saúde, optou por ofertar um horário estendido de atendimento (Período noturno) em 21 Unidades Básicas de Saúde do Município de Araguaína, em todas as quartas-feiras do mês de novembro. O que possibilitou aos homens, o atendimento após o expediente de trabalho.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, com ênfase na prevenção do câncer de próstata, durante a campanha Novembro Azul, no ano de 2022.

Objetivos específicos

- 1) Ampliar o acesso dos homens à Unidade básica de saúde;
- 2) Promover o diagnóstico precoce do câncer de próstata;
- 3) Minimizar os fatores que dificultam a procura do público masculino por atendimento na UBS;
- 4) Ofertar, em horário alternativo, serviço de saúde a fim de alcançar homens que tem dificuldades de buscar a UBS em seu horário de rotina.

METODOLOGIA

O projeto foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde durante o “Novembro Azul”. Durante o mês, diversas ações foram realizadas para conscientizar os homens sobre a importância do exame de próstata, que pode ajudar a detectar a doença em estágio inicial, aumentando as chances de cura.

A secretaria municipal de saúde de Araguaína, no intuito de ampliar os atendimentos ao público masculino e conseqüentemente estimular a prevenção e detecção precoce do câncer de próstata, ofertou durante o mês, um horário alternativo de atendimento. Todas as Unidades Básicas de Saúde do Município, também ofertaram atendimento noturno às quartas-feiras do mês, que iniciavam às 17:30 e seguiam até as 21:00 horas.

Nesse período foram ofertados além do atendimento focado no rastreamento do câncer de próstata, atendimento odontológico e imunização, no intuito de ampliar os atendimentos ao público masculino, que por vezes tem dificuldade de buscar as Unidades de Saúde em seu horário de rotina.

RESULTADOS

Durante todo o mês de novembro, observou-se um significativo aumento no número de atendimentos em relação ao mesmo período do ano passado. O novo horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, atraiu a atenção da população, que compareceu e correspondeu às expectativas da gestão, que além das

consultas médicas e de enfermagem, também disponibilizou imunização, farmácia aberta para dispensação de medicação, palestras educativas e orientações gerais.

Em 2021 onde os atendimentos realizados foram apenas durante a rotina da UBS, foram totalizados 2.551 atendimentos. Já em 2022 no mesmo período, foram realizados 3.306 atendimentos, um aumento de 32%. Vale ressaltar, que do total de atendimentos da campanha Novembro Azul de 2022, 1.599 foram realizados no período noturno, o equivalente a 48,36% do total de atendimentos. As Unidades contaram com 4 atendimentos noturnos no mês.

CONCLUSÃO

A ampliação do horário de atendimento conseguiu cumprir o objetivo e estimular a presença do público masculino na Unidade de saúde, atingindo o maior número de consultas na campanha novembro azul dos últimos quatro anos. Conseqüentemente, mais homens realizaram seus exames de rotina e tiveram a oportunidade do diagnóstico precoce do câncer de próstata, o que gera um grande impacto em questão de saúde pública. Outro ponto abordado, foi a realização de vacinação durante o período noturno, o que também minimiza danos.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Novembro Azul. Prevenção.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Novembro Azul**. Brasília, 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/novembro-azul>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

VIEIRA, Natan. Ministério da Saúde alerta que homens vão menos ao médico que as mulheres. **Yahoo Notícias**, novembro 2022. Disponível em:< <https://br.noticias.yahoo.com.162608217.html>>. Acesso em: 15 mar. 2023.

AUDITORIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

AUDIT OF ASSESSMENT OF THE QUALITY OF HEALTH SERVICES

Helaine Marinho Matos e MATOS
Faculdade Católica Dom Orione (FCDO)
E-mail: helainemarinho@gmail.com

Dênia Rodrigues CHAGAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.denia.enf@gmail.com

62

RESUMO

Houve um tempo em que pouco se sabia sobre os riscos de uma intervenção dentro de uma Instituição de Saúde, logo, prestar serviços de Saúde não envolvia avaliação de riscos; era uma ação livre de risco, que exercia a busca da Saúde e da Qualidade de vida. Em face da corresponsabilidade que as operadoras de planos de saúde têm em oferecer serviços de saúde de qualidade (Lei nº 9659/98), criou-se a necessidade de auditar as instituições de saúde com foco na qualidade dos processos funcionais e estrutura física. Este trabalho tem como objetivo enfatizar a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde, estabelecendo uma rede adequada de prestadores, que atenda às necessidades da população-alvo, aliada à preocupação de um rigoroso controle do processo de atendimento, das práticas e dos conceitos da gestão da qualidade.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde. Acesso e avaliação. Qualidade técnica. Auditoria administrativa.

ABSTRACT

There was a time when little was known about the risks of intervening in a health care facility. Providing health care services therefore involved no risk evaluation. It was a riskfree activity that aiming at providing Health and Quality of Life. In view of the joint responsibility of healthcare companies in providing quality healthcare services (Law nº 9659/98), the need arose to audit healthcare institutions focusing on the quality of both functional processes and physical facilities. This study is aimed at emphasizing

the importance of auditing healthcare services offered by the managed healthcare companies in order to set up a suitable network of healthcare providers that can meet the needs of the target population. The study is also intended to establish a strict control of the healthcare processes and practices within a concept of quality management

Keywords: Healthcare quality. Access and evaluation. Technical quality. Management audit.

INTRODUÇÃO

Conforme Eduardo (1998), no início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na Conferência de Alma-Ata, que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

De acordo com a Constituição da República do Brasil promulgada em 1988, no seu capítulo da Saúde, artigo 196, assegura que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo 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 a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p, on line).

A Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de setembro de 1990, regulamenta o SUS e dispõe sobre a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a). Partindo do princípio de que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e na mesma Lei nº 8.080 em seu Artigo 22, atribui que “Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições de seu funcionamento” (BRASIL, 1990a), faz-se necessário aprimorar e desenvolver a qualidade em qualquer setor do mercado de assistência à saúde.

O setor saúde veio, durante os últimos anos, passando por profundas mudanças e reordenamento das ações do atendimento. O estabelecimento da universalidade do atendimento público, a definição da política de saúde baseada na economia da oferta,

as questões do financiamento da atenção e as dificuldades em estabelecer controles e mecanismos adequados de regulação, determinaram o estilo da gestão do setor.

Estes fatores explicam, em parte, demora do setor saúde em incorporar as práticas de Garantia da Qualidade, apesar de evidenciadas algumas iniciativas na aplicação de ferramentas de qualidade, o setor não firmou o conceito como um modelo gerencial.

A globalização e o atual cenário político-financeiro do país acabaram por impulsionar o setor de saúde a procurar novas alternativas para a gestão, com foco na necessidade das organizações de saúde (tanto públicas como privadas) adaptar-se a um mercado que se vem tornando cada vez mais competitivo. A necessidade de garantir resultados positivos, mantendo clientes satisfeitos num mercado em permanente evolução, onde tecnologias similares estão cada vez mais acessíveis, requer mais que bons produtos e serviços, requer qualidade na forma de atuar.

Segundo Donabedian (1980) qualidade é o cumprimento de requisitos básicos de segurança e processos, garantindo a conformidade do atendimento. Utilizando a palavras de Teboul (1991), cientista francês, consultor de qualidade, “investir em qualidade é investir no conhecimento do processo, na prevenção, em know-how para obter um resultado sem erro”. Se observarmos, as instituições/empresas tendem à acomodação, aceitando falhas e concessões em termos de diminuição da qualidade de seus produtos e serviços, ou seja: a rotina, o costume faz com que as pessoas aceitem o erro. Em consequência, a melhor forma de iniciar a implantação da filosofia da qualidade é esquadrinhar a história institucional a fim de realizar um trabalho de fundo, em longo prazo e, como afirma o famoso provérbio: “Quem não aprende com o passado, com os erros do passado, está condenado a repeti-los”. Assim a “qualidade possibilitará a produtividade e preparará a flexibilidade” (TEBOUL, 1991).

A qualidade constitui hoje questão relevante no meio empresarial, na indústria e no contexto da Teoria da Administração; alguns autores já comentam sobre a Revolução da Qualidade constituindo, assim, uma profunda mudança na teoria administrativa, colocando por terra uma série de preceitos, anteriormente estabelecidos no modelo de administração de origem Taylorista (TEBOUL, 1991).

O Código de Defesa do Consumidor, regulamentado pela Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, estabelece como direitos básicos do consumidor a proteção, saúde e segurança contra riscos decorrentes da prestação de serviços à saúde (BRASIL,

1990b). Isso vem ao encontro da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde; em seu parágrafo 17, diz que as operadoras de serviços de saúde têm corresponsabilidade em relação à assistência fornecida aos seus usuários (respondem solidariamente pelos erros médicos e dos demais profissionais da assistência médica, bem como por condições inadequadas de atendimento pela rede prestadora de serviços) (BRASIL, 1998).

Sendo assim, faz-se necessário conhecer a rede prestadora de serviços, qualificando-a tecnicamente e administrativamente. Existem vários pontos fundamentais discutidos nessa nova legislação, sendo que, além dessa corresponsabilidade, estabelece limites para o credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas de saúde; logo, a operadora de saúde deve estar certa, em todos os aspectos (técnicos e administrativos), de quem participará da sua rede referendada. O conhecimento globalizado expôs as Instituições de Saúde, uma vez que os indivíduos são cada vez mais informados e passam a ter amplo poder de crítica e escolhas; com isso, traz a público a discussão sobre os riscos existentes, quando do não cumprimento de normas básicas de segurança, no atendimento em estabelecimentos de saúde. Os pacientes começam a identificar seus direitos e reivindicar por eles.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Enfatizar a importância da auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde dentro do processo de gestão das operadoras de planos de saúde.

Objetivos específicos

- 1) Estabelecer uma rede adequada de prestadores, que atenda às necessidades da população-alvo;
- 2) Conhecer a rede prestadora de serviços, qualificando-a tecnicamente e administrativamente.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa de revisão crítica da literatura que, através de estudos publicados, reunidos e sintetizados busca resultados evidenciados na ótica de diversos

especialistas, assim é consenso que a preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde não é recente; o crescente surgimento de novos procedimentos e tecnologias que se superam em períodos cada vez menores, requer qualidade. O conceito de Qualidade foi primeiramente associado à definição de conformidade às especificações. Posteriormente o conceito evoluiu para a visão de Satisfação do Cliente. Segundo Kotler (1998, p. 65) “Qualidade é a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação de necessidades declaradas e implícitas”.

Para análise e síntese do material observaram-se seguintes procedimentos: leitura exploratória, que foi realizada a leitura do material para saber o conteúdo dos artigos; leitura seletiva, que constituiu na seleção do material quanto a sua importância para o estudo; leitura crítica que buscou identificar a qualidade dos serviços de saúde.

JUSTIFICATIVA

A implantação de Sistema de qualidade é enfocada como o início mais viável para projetos voltados à qualidade total, que representa a busca da satisfação não só do cliente, mas de todas as entidades significativas na existência e da excelência organizacional da empresa, proporcionando um posicionamento estratégico perante o mercado.

A qualidade deixou de ser um pré-requisito opcional, mas é um requisito obrigatório de sobrevivência em um mercado cada vez mais competitivo, assim houve o interesse em abordar auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, por perceber que os critérios de qualidade dos processos hospitalares estão bem definidos, pois, já alguns anos, os hospitais buscam selos de qualidade como forma de aprimorar seus processos e receber crédito mediante a população, em relação à qualidade dos serviços que oferecem.

RECORTE TEÓRICO: AUDITORIA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliação da Qualidade em Saúde

De acordo com Zanon (2001) a primeira tentativa de avaliar objetivamente a assistência hospitalar foi feita em 1912 por Codman, um cirurgião de Boston, que pressupõe o conceito de que “a observação de tudo o que acontece durante e após o

tratamento é a melhor maneira de avaliar a qualidade da assistência prestada”. Já naquela época, Codman colocava o cliente como principal foco de atenção dos profissionais de saúde (ZANON, 2001).

Codman foi um dos precursores do movimento pela iniciativa de implantação de padrões para avaliação da qualidade nas instituições de saúde; em 1913 publicou uma obra intitulada “O produto dos hospitais”, sendo que o objetivo principal era a discussão da padronização das organizações por meio de avaliação por indicadores (ZANON, 2001). Em 1917, o recém-criado Colégio Americano de Cirurgiões, baseando-se nessa ideia, desenvolveu o chamado Minimum Standard for Hospitals, com requisitos básicos para a avaliação de hospitais (MELLO; CAMARGO, 1998).

De acordo com Mello e Camargo (1998), no começo da implantação desses sistemas de acreditação dos hospitais americanos, as instituições trabalhavam com requisitos de padrão de qualidade mínimos (base standards), pois todos os hospitais que recebiam pela seguridade social (Social Security), eram obrigados a ter os padrões propostos. Em 1972, o Congresso americano, por meio do Social Security Act, criou a Professional Standard Review Organization, com o objetivo de regulamentar a avaliação dos serviços de saúde. Foram criadas as unidades de auditoria e ampla rede de especialistas dedicados ao monitoramento desse processo.

As iniciativas de criar requisitos de avaliação da qualidade hospitalar no Brasil vêm ocorrendo desde 1990. A primeira entidade a estimular os hospitais a desenvolverem programas de qualidade foi a Associação Paulista de Medicina (APM), não necessariamente a buscarem o selo de Acreditação. Iniciaram com o Programa de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar – CQH, no Estado de São Paulo (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

No Brasil a introdução do programa de qualidade (Acreditação) ocorreu pela primeira vez em 1994, regulamentada pelo Ministério da Saúde e em 1997 foi implantado o Programa Nacional de Acreditação Hospitalar. Surge então, em 1998, o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”.

Em julho de 1999, foi criada e registrada a entidade que ficaria responsável pelo processo ONA - Organização Nacional de Acreditação, devido à necessidade da existência de um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com um sistema de avaliação para a certificação dos serviços de saúde, iniciando-se a

implantação das normas técnicas, o credenciamento de instituições acreditadoras, código de ética, qualificação e capacitação de avaliadores.

Os selos de qualidade tanto a Acreditação Hospitalar (ONA) como a Joint Commission (JCAHO), compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), entre outros, são métodos desenvolvidos para diagnosticar a assistência médico-hospitalar prestada e sistematizar os processos, visando à melhoria da qualidade na prestação de serviços.

As exigências e normas a serem cumpridas são determinadas pelas instituições acreditadoras, que se baseiam em critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Vigilância Sanitária e normas de qualidade relacionadas aos recursos físicos, humanos, funcionamento, organização, segurança e práticas de excelência. Esse processo, até então, é voluntário, aqueles que o desejam sofrem uma mudança e aprimoramento geral para adequação de suas estruturas: área física, recursos humanos e equipamentos, para que se enquadrem nas condições estabelecidas por essas organizações.

Acreditação Hospitalar (ONA)

A Acreditação é definida como uma ferramenta de qualidade, um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

O processo de certificação é realizado por instituições acreditadoras credenciadas pela ONA, a equipe encaminhada para o processo toma como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA específico.

É a Organização Prestadora de Serviços Saúde (OPSS) que manifesta o interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições Acreditadoras Credenciadas.

A organização de saúde que deseja certificar-se solicita à Instituição Acreditadora credenciada um diagnóstico organizacional, antes de solicitar a visita para a certificação. Nesta visita diagnóstica os avaliadores irão desenvolver um relatório individual por setores, são avaliados todos os setores do hospital, sejam próprios ou terceirizados. Após o diagnóstico a instituição se prepara para a avaliação de certificação, por meio de uma equipe composta por enfermeiro, físico e um outro profissional da área da saúde experiente; o serviço será avaliado para receber a certificação conforme os níveis mencionados.

Auditoria de Avaliação da Qualidade

Referendando o controle da qualidade e a busca da origem da auditoria, segundo Pereira e Takahashi (1991), a auditoria na área da saúde aparece pela primeira vez em um trabalho realizado por um médico dos Estados Unidos em 1918, Dr. George Gray Ward; neste trabalho foi realizada a verificação da qualidade assistencial prestada ao paciente através de registros em prontuário. Motta (2003) diz que a auditoria trata da avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente, e hoje esse trabalho tomou grandes proporções no contexto dos hospitais e operadoras de planos de saúde; com isso é necessário que a prática, em qualquer ramo da auditoria, seja baseada em evidências por meio da formação de conceitos sólidos fundamentando a prática.

Para Chiavenato (1985) a auditoria é um sistema de revisão de controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento; sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, mas, também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional.

Aquino (1980) considera auditoria como uma investigação profunda sobre o sistema, em seus aspectos qualitativos e não apenas rotineiros e burocráticos, podendo ser definida como um conjunto de técnicas analíticas destinadas a efetuar diagnósticos, prognósticos e recomendações.

A auditoria pode ser desenvolvida em vários setores da saúde e por diferentes profissionais; destacam-se entre eles a auditoria médica, que segundo Loverdos (2003):

A auditoria de enfermagem, conceituada como tratar da avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente. Ambas essas auditorias dispõem de áreas específicas de atuação, sendo que a característica do serviço em saúde definirá o papel do auditor e lembrando que seus objetivos são sempre os mesmos, ou seja, garantir a qualidade no atendimento ao cliente, evitar desperdícios e auxiliar no controle dos custos. Em se tratando de operadoras de planos de saúde, as auditorias mais comuns dessas duas categorias profissionais são auditoria de contas, que é a análise do faturamento das cobranças efetuadas, análise de sinistros.

Paterno (1997) entende como um conjunto de medidas através das quais peritos internos ou externos revisam as atividades operacionais de determinados setores de uma instituição, com a finalidade de medir a qualidade dos serviços prestados; auditoria de autorizações, que implica liberar procedimentos médico-hospitalares ou de diagnóstico conforme normas e requisitos técnicos e auditoria no setor de credenciamento, que consiste em avaliar os serviços credenciados e a credenciar de forma sistemática, auxiliando nas negociações contratuais, revisão e formulação de adendos. Mills (1994) define auditoria de avaliação como sendo:

A auditoria de avaliação dos serviços de saúde dentro das operadoras de planos de saúde, como já mencionado, está ligada ao setor de credenciamento em caráter de assessoria.

Segundo Dallari (2006), credenciamento é: o ato ou contrato formal pelo qual a administração pública confere a um particular, pessoa física ou jurídica, a prerrogativa de exercer certas atividades materiais ou técnicas, em caráter instrumental ou de colaboração com o poder público, a título oneroso, remuneradas diretamente pelos interessados, sendo que o resultado dos trabalhos executados desfruta de especial credibilidade, tendo o outorgante o poder /dever de exercer a fiscalização, podendo até mesmo extinguir a outorga assegurados os direitos e interesses patrimoniais do outorgado inocente e de boa fé.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para a avaliação em saúde seria necessário ter à disposição um número mínimo básico de indicadores para se conhecer os aspectos principais relativos à situação de saúde da população e da atuação desses serviços. Tais indicadores poderiam ser específicos, isto é, aqueles que refletissem as mudanças decorrentes da introdução de uma determinada medida de saúde, ou não específicas, como aqueles que se referissem a inúmeros fatores relacionados com o estado de saúde, como, por exemplo, devido aos desenvolvimentos socioeconômicos e sanitários, dentre outros. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de sistemas de qualificação deve ser entendido como um primeiro passo das organizações no sentido de alcançarem maior eficiência e eficácia

dos seus processos, visando à melhoria e a satisfação dos seus clientes (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006).

Dentro desta filosofia, a auditoria de avaliação dos serviços de saúde é um ótimo instrumento para as operadoras de planos de saúde avaliarem a qualidade dos serviços oferecidos para os seus usuários, além de disponibilizar informações que instrumentalizarão o setor de credenciamento a realizar comparativos de qualidade e perfil dos prestadores, ganhando maior poder de negociação e auxiliando no encaminhamento da clientela, permitindo oferecer aos clientes um atendimento diferenciado e específico para a sua necessidade.

O sucesso de qualquer organização depende diretamente da sua capacidade em mobilizar e organizar os meios e os recursos necessários que satisfaçam as exigências, as necessidades e as expectativas, em um processo mútuo de crescimento, resultando em qualidade e otimização dos serviços proporcionados pelos prestadores.

“Quando se pode medir aquilo a respeito de que se está falando e expressá-lo em números obtém-se conhecimento; mas quando não se pode medir, quando não se pode expressar em números, o conhecimento que se tem é escasso e insatisfatório” (LORD, 2006).

REFERÊNCIAS

AQUINO, C.B. **Administração de recursos humanos**: uma introdução. São Paulo: Atlas, 1980.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 7 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF, 11 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, 03 jun. 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 15 abr. 2022.

CHIAVENATO I. **Administração:** teoria, processo e prática. São Paulo: McGraw Hill, 1985.

DALLARI, A.A. Credenciamento. **Revista eletrônica de Direito do Estado**, Salvador, n. 5, jan./mar. 2006.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring the criteria and standards of quality.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

EDUARDO, M.B.P. Vigilância sanitária. **Série Saúde & Cidadania**, São Paulo, v. 8, 1998.

FEDERAÇÃO DAS UNIMEDS DO ESTADO DE SÃO PAULO - FESP. **Manual de auditoria médica e enfermagem.** 2. Ed. São Paulo: FESP, 1999.

KOTLER, P. **Administração de marketing:** análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LORD, K. **Science history.** Disponível em: http://www.todayinsci.com/cgi-bin/indexpage.pl?http://www.todayinsci.com/K/Kelvin_Lord/Kelvin_Lord.htm. Acesso em: 14 abr. 2022.

LOVERDOS, A. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares.** 3. ed. São Paulo: Editora STS, 2003.

MELLO, J.B., CAMARGO, M.O. **Qualidade na saúde:** práticas e conceitos sobre as normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Editora Best Seller, 1998.

MILLS, C.A. **A auditoria da qualidade.** São Paulo: Editora Makron Books, 1994.

MOTTA, A.L.C. **Auditoria de enfermagem no processo de credenciamento.** São Paulo: Iátria; 2003.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA. **História.** 2006. Disponível em: <https://www.ona.org.br/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Representação Brasil.** 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/brasil>. Acesso em: 14 abr. 2022.

PATERNIO D. Apresentação. *In:* LOVERDOS, Adrianos. **Auditoria e análise de contas médico-hospitalares.** São Paulo: Editora Sts, 1997.

PEREIRA, L.L.; TAKAHASHI, R.T. Auditoria de enfermagem. *In:* KUREGANT, P. *et al.* **Administração em enfermagem.** São Paulo: Editora EPU, 1991.

ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE ARAGUAINA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023 - JNT FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1 ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-56. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

TAYLOR, F.W. **Princípios de administração científica**. São Paulo: Atlas, 1980.

TEBOUL, J. **Gerenciando a dinâmica da qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. São Paulo: Editora Médice, 2001.

PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DE FIBROMIALGIA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA – TO

PRIORITY OF SERVICE: ISSUE OF THE IDENTIFICATION CARD OF PEOPLE WITH FIBROMYALGIA BY THE MUNICIPAL SECRETARY OF HEALTH OF ARAGUAÍNA – TO

Jales da Silva DIAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: Jales.dias.enf@gamil.com

Sandro Rogério Cardoso DE PAULO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: sandro@hotmail.com.br

Thaize Helena Eneias CORDEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: thaize@hotmail.com.br

74

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença incapacitante com sintomas de dores musculares, alterações do sono, distúrbios intestinais, incapacidade física e outros que dificultam a capacidade de locomoção, atuação e autonomia do cidadão na sociedade, diante da necessidade das pessoas que possuem essa condição de saúde fez-se necessário a implantação do sistema de emissão de carteirinhas para atendimento prioritário aos indivíduos cometidos por essa enfermidade.

A prefeitura Municipal de Araguaína através da Secretaria Municipal de Saúde SEMUS implantou no ano de 2022 o serviço de emissão de carteirinhas de identificação da pessoa portadora de fibromialgia, a fim de que elas possam usufruir do direito de atendimento prioritário conforme Leis:

- 1)** Lei Municipal 3.117/2019 que dispõe sobre o atendimento preferencial, em filas, de pessoas com fibromialgia;
- 2)** Lei Estadual 6135/2022 que dispõe sobre a criação da Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia no âmbito do Estado do Tocantins;
- 3)** LEI Nº 14.233/2022 que institui o Dia Nacional de Conscientização e Enfrentamento da Fibromialgia, comemorado no dia 12 de maio.

A SEMUS implantou através da portaria Nº 93 de 09 de agosto de 2022 o serviço de emissão das Carteirinha de pessoas portadoras de fibromialgia, visando garantir o direito pleno do cidadão o benefício do atendimento preferencial em filas de bancos, lotéricas, hospitais e outros estabelecimentos públicos e privados de Araguaína – TO.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar a importância da emissão de carteira de identificação de pessoas portadores de fibromialgia em Araguaína – TO.

Objetivos específicos

- 1) Demonstrar a importância de estabelecer um serviço de emissão de carteiras de identificação para as pessoas portadoras de fibromialgia visando assegurar o direito de prioridade dos mesmos;
- 2) Expor a organização e funcionamento do sistema de emissão;
- 3) Esclarecer os benefícios da carteira da pessoa portadora de fibromialgia no município de Araguaína – TO;
- 4) Discutir e analisar os resultados e dados obtidos desde a implantação até o momento presente.

METODOLOGIA

Esse estudo foi elaborado pela necessidade de apresentar a comunidade araguainense os serviços de emissão de carteirinha prioritária para as pessoas portadoras de fibromialgia, bem como esclarecer a todos sobre a importância e benefícios deste sistema para os cidadãos que precisam usufruir desse direito, tendo em vista sua condição de saúde.

Para tanto este estudo teve como base metodológica a apreciação das leis federal e estadual que asseguram o direito de prioridade de atendimentos aos cidadãos, bem como a análise dos dados obtidos desde a implantação do sistema até os dias atuais, traçando perfil dos usuários do serviço de emissão de carteirinha.

Sendo assim, as informações obtidas na coleta de dados serão apresentadas

por meio de gráficos contendo elementos coletados no próprio sistema de informação, relacionado ao quantitativo de pessoas que que solicitaram a emissão da carteirinha; traçadoo perfil dos sujeitos portadores de fibromialgia classificando-os em gênero (masculino ou feminino) e faixa etária compreendendo as idades com intervalo 8 anos.

Durante a realização do projeto tivemos como princípio básico a pesquisa quantitativa para a coleta de dados, e a análise qualitativa das informações do Sistema de banco de dados da SEMUS nas quais foram evidenciados o número de beneficiadas e outras informações relevantes ao estudo.

RESULTADOS

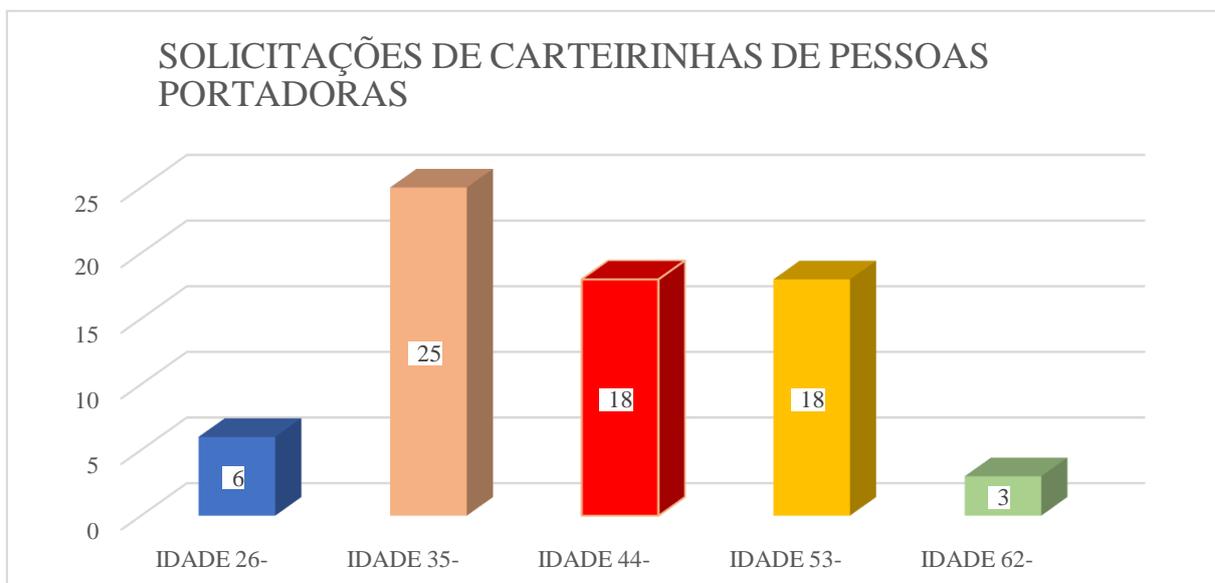
Com base na análise de dados do sistema de emissão de carteiras foi possível identificar 70 pessoas com a doenças que solicitaram o documento, sendo deferidos. Com relação ao perfil das pessoas portadoras de fibromialgia no município de Araguaína, que solicitaram a carteira de identificação, é possível inferir que a maioria predominante são do gênero feminino somando 64 casos (91%), enquanto o masculino são apenas 9 casos (9%).



Fonte: Os autores.

Já ao analisar a faixa etária dos solicitantes percebe-se que eles estão entre 26 e 70 anos de idade, sendo 8,6% com idade entre 26 - 34 anos, 35,7% entre 35 e 43 anos,

25,7% de 44 – 52 anos, 25,7% correspondente a idade de 53 – 61 anos e 4,3% com 62 – 70 anos. Cabe ressaltar que as pesquisas nacionais que revelam que cerca de 2% da população adulta brasileira fazem parte do grupo de pessoas com fibromialgia.



Fonte: Os autores.

É importante mencionar que a carteirinha é um documento personalizado, com verificação de veracidade através do código QR CODE impresso no documento, e para obtê-la o solicitante deve demonstrar por meio de laudo a condição de portador de fibromialgia e comprovar residência em Araguaína - TO.

CONCLUSÃO

Considerando os fatos e dados mencionados nesta pesquisa pode-se inferir que o serviço de emissão da carteira de identificação da pessoa portadora de fibromialgia no município de Araguaína é marco importante na conquista do direito prioridade em atendimento daqueles sujeitos que se encontram em condição de saúde limitante, garantindo-lhe o atendimento prioritário em estabelecimento públicos e privados. Cabe ressaltar que o número de solicitação ainda é muito pequeno em relação a demanda de pessoas que precisam deste benefício.

É relevante mencionar que o serviço atende aos requisitos preconizados nas leis: federal, estadual e municipal que visam a equidade de atendimentos para todos os cidadãos araguainenses. Torna-se necessário manter e se possível ampliar a divulgação do serviço por parte das entidades públicas e privadas para que a

população geral tenha conhecimento deste benefício resguardado aos portadores de fibromialgia, e dessa forma fazer uso do mesmo nos casos em que fizerem jus.

Palavras-Chaves: Fibromialgia. Acesso. Prioridade.

REFERÊNCIAS

AGARUAÍNA. **Câmara Municipal de Araguaína LEI Nº 3.117** - Dispõe sobre o atendimento preferencial, em filas, de pessoas com fibromialgia. <https://leis.araguaina.to.gov.br/Lei/3117/2354.aspx>.

BRASIL. **Diário Oficial da União - LEI Nº 14.233/2022** que institui o Dia Nacional de Conscientização e Enfrentamento da Fibromialgia. <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14233&ano=2021&ato=9cbUTRE9UMZpWT4a5>.

MARACCINI Gabriela . **Fibromialgia:** o que é, sintomas, causas e como tratar. <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/fibromialgia>.

TOCANTINS. **Diário oficial do Estado do Tocantins -lei 6135/2022** - Fica criada a Carteira de Identificação da Pessoa com Fibromialgia no âmbito do Estado do Tocantins. <https://doe.to.gov.br/diario/4685/download>.

AVALIAÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE INSERÇÃO DE DADOS NO SISREG NAS UBS DE ARAGUAÍNA

EVALUATION OF THE DECENTRALIZATION OF DATA ENTRY PLACES IN SISREG AT UBS OF ARAGUAÍNA

Jales da Silva DIAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: jales.dias.enf@gamil.com

Amanda de Sousa FREITAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: amanda@hotmail.com.br

Thaíze Helena Eneias CORDEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: thaize@hotmail.com.br

Sandro Rogério Cardoso DE PAULO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: sandrodepaulo@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O projeto de implantação de Central Regulação do Acesso do Município de Araguaína foi iniciado no ano de 2009 e inaugurado no ano de 2014, visando regular exames e consultas médicas especializadas através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG no qual todas as solicitações eram lançadas no SISREG na sede do serviço, situada na central de regulação municipal.

Entretanto, durante a execução do lançamento dos dados nos SISREG foram identificados alguns problemas pontuais: a dificuldade de acesso e locomoção do cidadão a Central de Regulação localizada no centro da cidade e a ocorrências de extravios de documentos essenciais durante o traslado entre Unidades Básicas de Saúde – UBS e a central.

Sendo assim, o projeto que ora se apresenta justifica-se por demonstrar a relevância da garantia de eficiência do processo de lançamento de dados no SISREG, tendo como base de inserção de dados nas UBS mais próximas do cidadão araguainenses, pois elas foram consideradas o principal vínculo entre a comunidade e os serviços da Atenção Básica.

Diante do que foi evidenciado, no ano de 2016 como projeto piloto deu-se início

ao processo de descentralização do lançamento dos pedidos no SISREG em 4 primeiras UBS.

Assim as UBS receberam toda a estrutura física, humana e tecnológica. Em 2017 a descentralização foi ampliada para 8 UBS, sendo o projeto concluído finalmente no ano de 2022 englobando todas as 21 UBS com serviço ativo no SISREG à disposição da população na sua comunidade. E para tanto, foram realizados treinamentos a todos os profissionais envolvidos na operacionalização do sistema SISREG, pelo suporte técnico da Superintendência da Atenção Básica e da Superintendência da Atenção Especializada, visitas in loco nas UBS e na sede da SEMUS, orientando os profissionais na organização e utilização correta do SISREG, especialmente suas funcionalidades.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar os resultados das solicitações lançadas no sistema SISREG das Unidades Básicas de Saúde em Araguaína, no período de 2016 a 2022.

Objetivos específicos

- 1) Analisar o acesso ao serviço por meio da descentralização do SISREG;
- 2) Identificar melhorias no serviço para os usuários com descentralização do SISREG;
- 3) Analisar o ano de 2021 e 2022 onde passou a contar com Suporte Técnico aos profissionais operadores do SISREG nas UBS.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva quantitativa com análise de dados da série histórica dos anos de 2016 a 2022 do SISREG. Iniciou-se o projeto, com a coleta de dados do Sistema, nas quais foram evidenciadas as quantidades de Exames e Consultas Especializadas solicitadas em todas as UBS em Araguaína. Para tanto, foi feita uma análise das solicitações médicas que estavam lançadas no SISREG de cada uma das 22 UBS, localizadas em diversas áreas da cidade. Após essa análise, os dados coletados, foram consolidados em um gráfico, para uma comparação dos números de solicitações de exames e consultas especializadas da Atenção Básica. Essas informações foram

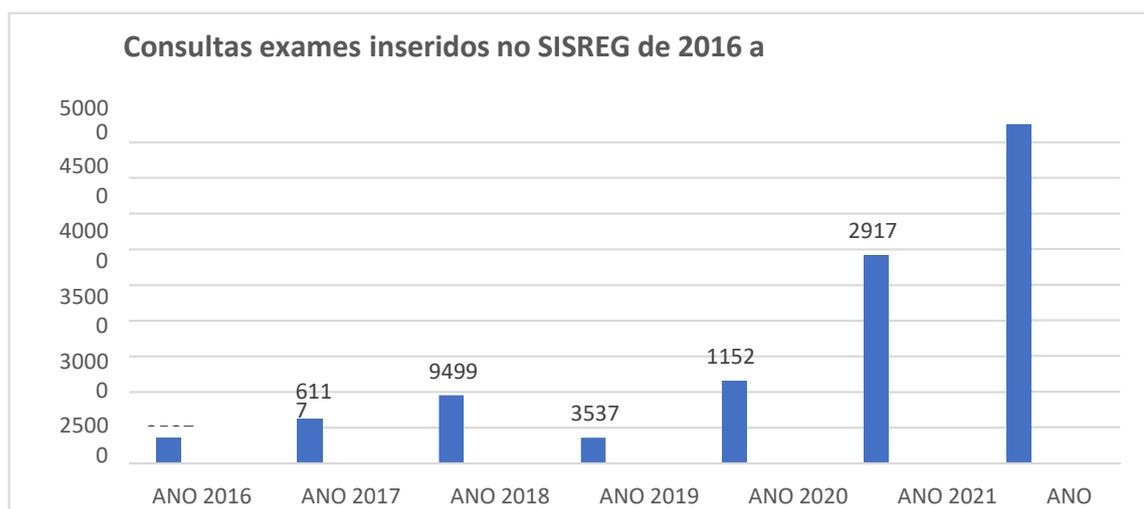
quantificadas em números e percentagens que possibilitou mensurar melhoria do acesso ao SISREG.

RESULTADOS

Os resultados obtidos na pesquisa foram contabilizados em uma planilha de dados constando as solicitações de Exames e Consultas Especializadas registradas no SISREG entre os anos de 2016 à 2022 conforme segue:

Gráfico: Número de solicitações de exames e consultas especializadas da Atenção Básica por ano no SISREG.

81



Fonte: Os autores.

O serviço de Regulação de Exames e Consultas Especializados no ano de 2017 (primeiro ano completo de oferta do serviço) somou o total de 6117 de registros com variações positivas crescentes na oferta nos anos seguintes, com forte aumento de 26,3%.

O ano de 2022 os dados lançados no SISREG, quase dobraram, somando 47.516, totalizando um percentual de 42,8% de todas as solicitações de exames e consultas médicas especializada desde o início da regulação.

O trabalho da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS em descentralizar o serviço do SISREG para as UBS foi determinante no projeto, porque aproximou a Regulação Municipal de Araguaína da população, garantindo agilidade no processo saúde-doença e a efetividade na proposta da Atenção Básica no SUS.

O acesso aos serviços regulados foi facilitado com a descentralização, quando os lançamentos se deram nas UBS, sendo que bem como foram sanados os extravios de documentações, por não mais se fazer necessário o deslocamento de documentos entre UBS e Central de Regulação.

CONCLUSÃO

Diante dos dados obtidos percebe-se que houve um crescimento no lançamento de dados no sistema SISREG, evidenciando um aumento na demanda de oferta e procura dos serviços regulados. Isso se deve ao fato de atualmente todas as 21 UBS da Rede da Atenção Básica de Araguaína contarem com o serviço de regulação informatizado para a solicitações de Exames e Consultas Especializadas interligado com as Central de Regulação Municipal de Araguaína, garantindo aos cidadãos que necessitam, o acesso ao serviço.

Cabe ressaltar que a relevante implantação de orientação técnica aos profissionais que utilizam o serviço, trouxe resultados positivos, ajustando a eficácia em tratamentos de saúde dos usuários, pois todas as consultas e exames que são ofertadas pelo Município de Araguaína são inseridas na fila pela própria UBS, não sendo necessário o deslocamento do usuário até a Central de Regulação em busca de informação sobre o seu encaminhamento, pois cada UBS conta com profissionais aptos para orientar e acompanhar a situação de sua consulta e/ou exame no sistema. Diante dos argumentos e dados apresentados pode-se afirmar que descentralização dos locais de inserção de dados no SISREG nas UBS de Araguaína constitui-se uma experiência exitosa, pois o serviço cumpri seu propósito de promover agilidade e facilidade do usuário ao serviço.

Palavras-Chave: SISREG. Regulação. Descentralização. Resultados.

REFERÊNCIAS

ARAGUAÍNA. **Diário Oficial**. Protocolo de Regulação de Acesso a Consulta e Exames Ambulatoriais Especializados nº 2.516 – quinta ferira, 24 de março de 2022. <https://diariooficial.araguaina.to.gov.br/Arquivo/DiarioOficial/pdf/2516.pdf>. Acesso em 25/09/2023 às9:19:10

BRASIL. **Sistema Nacional de Regulação**. Disponível em <https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index#>. Acesso em 25/09/2023 às9:19:10.

ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE ARAGUAINA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023 - JNT FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1 ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-56. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

TELESSAÚDE: INOVAÇÃO TECNOLÓGICA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

TELEHEALTH: TECHNOLOGICAL INNOVATION IN NURSING CARE IN HEALTH PROMOTION, PREVENTION, AND RECOVERY

Jordania Sousa Nogueira do NASCIMENTO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: jordania_sousa1@outlook.com

Shelly Moura COELHO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: shcoelho18@gmail.com

83

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema: Telessaúde: Inovação tecnológica na assistência de enfermagem na promoção, prevenção e recuperação da saúde, remete-se a telessaúde e suas ramificações que vem sendo constantemente discutidas na atualidade como uma nova forma de se levar saúde a população. Entre suas ramificações podemos citar a ascensão da telenfermagem impulsionada ainda mais pela pandemia do Covid-19, regulamentada pela resolução COFEN nº 634/2020 que inicialmente avançou significativamente com a rápida evolução da pandemia. Este artigo tem o objetivo de discorrer sobre a telessaúde e a telenfermagem como um instrumento de inovação tecnológica.

METODOLOGIA

Este estudo, trata-se de uma revisão integrativa de literatura tens uma notável penetração na área da saúde, fato esse atrelado a busca para conhecer e compreender os aspectos direcionados ao cuidado em saúde nos horizontes individuais e coletivos. Resultado e discussão: Mediante o exposto, o artigo traz informações de suma relevância científica a respeito da telessaúde e a ascensão da telenfermagem como uma inovação no ramo da tecnologia e saúde e suas possibilidades dentro da assistência de enfermagem. Para a enfermagem em seu processo de trabalho, em sua rotina diária, proporcionando-lhe uma visão mais autônoma do cuidado.

Palavras-chave: Inovação. Tecnologia. Telessaúde. Telenfermagem.

ABSTRACT

The theme of this article is: Telehealth: Technological innovation in nursing care in the promotion, prevention, and recovery of health, refers to telehealth and its ramifications that are constantly being discussed today as a new way to bring health to the population. Among its ramifications, we can mention the rise of telenursing, driven even further by the Covid-19 pandemic, regulated by COFEN Resolution No. 634/2020, which initially advanced significantly with the rapid evolution of the pandemic. This article aims to discuss telehealth and telenursing as an instrument of technological innovation. Methodology: This study, which is an integrative literature review, has a remarkable penetration in the health area, a fact that is linked to the search to know and understand the aspects directed to health care in the individual and collective horizons. Results and discussion: Based on the above, the article brings the information of great scientific relevance regarding telehealth and the rise of telenursing as an innovation in the field of technology and health and its possibilities within nursing care. For nursing in their work process, in their daily routine, provides them with a more autonomous view of care.

Keywords: Innovation. Technology. Telehealth. Telenursing.

INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem – COREN (2012) é incumbido ao profissional enfermeiro as atividades inerentes ao planejamento da programação de saúde, elaboração de planos assistenciais, participação em programas destinados a assistência integral, bem como aqueles destinados ao aperfeiçoamento de técnicas e ao desenvolvimento de tecnologias, concernindo para o exercício digno que auxilie na promoção da saúde.

A enfermagem configura-se como uma ciência multifacetada, voltada especialmente ao cuidado e a prestação de serviços para promover a qualidade de vida (QV) da população. Não obstante, o cenário promovido pela crise sanitária mundial, oriunda da proliferação do vírus Sars-CoV-2 colocou em xeque todo sistema de saúde nacional, sobretudo devido à falta de suporte técnico causado pela superlotação das unidades de saúde, culminando em 03 de fevereiro de 2020, na

homologação e ratificação da Portaria Ministerial nº 188 pelo Ministro da Saúde – MS, cujo declarara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN.

Impulsionado pelo fato transcorrido, o MS em 20 de março de 2020 homologa a Portaria nº 467, no qual dispõe sob caráter temporária a execução de ações e medidas tendo por base o atendimento por meio da telemedicina, sendo considerado a interação à distância, contemplando todos os aspectos inerentes ao atendimento médico, no qual se faz possível visto a aplicação das tecnologias de informação e comunicação – TICs. Apesar do acesso proporcionado pelas TICs, o termo telemedicina torna-se muito restritivo, haja visto que subentende que o mesmo só é possível com profissionais médicos, isentando a aplicação dessas pelos demais profissionais de saúde.

Os autores Lima, Souza e Silva (2022) destacam um conceito mais abrangente sobre o uso da tecnologia no atendimento, denominado como telessaúde no qual conceituam como sendo uma rede de serviços associados, gerenciados por instituições de saúde, ensino e pesquisa, cujo oferecem apoio constante para a execução de trabalhos de tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico, telepsicologia, telenfermagem, telecuidado de forma assíncrona e síncrona. Segundo os autores, o termo telessaúde deriva-se de uma composição a partir do prefixo grego “tele”, cujo significado denota distância ou algo ao longe.

A tecnologia surge, nesse sentido, como uma variante capaz de diversificar de maneira exponencial a maneira como os processos de comunicação e atenção são realizados, visto a capacidade de incorporar a gestão, assistência, ensino e pesquisa em um ambiente, levando em consideração os aspectos oriundos da contemporaneidade. Barbosa e Silva (2017) apontam que a influência da tecnologia sobre os aspectos fundamentais do processo comunicativo entre profissional de saúde e assistido, acaba por ser modificado pela ascensão das TICs.

Diante dos fatos apresentados, o estudo em questão busca realizar uma análise a respeito da telessaúde e a ascensão da telenfermagem e seus instrumentos de inovação tecnológica dirigidos ao cuidado em enfermagem, bem como promoção, prevenção e recuperação da saúde, subsidiando-se nas ferramentas da tecnologia de informação e comunicação – TICs. De tal forma, que justifica-se a temática devido aos avanços proporcionados nas ferramentas comunicativas e a ascensão dessa modalidade de atendimento surgida anterior a pandemia e diversificada durante, mas

também ao fato dessa apresentar um viés de integração e universalidade ao serviço de saúde.

METODOLOGIA

O presente estudo, trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que segundo Soares (2014) dentre os muitos estudos que utilizam da síntese dos achados a revisão integrativa – RI, tem uma notável penetração na área da saúde, fato esse atrelado a busca para conhecer e compreender os aspectos direcionados ao cuidado em saúde nos horizontes individuais e coletivos. Os autores destacam que RI, tem por característica a reunião de achados acerca de determinada temática com diferentes perfis metodológicos, o qual permite ao revisor sintetizar os resultados da pesquisa sem ferir a filiação epistemológica dos estudos levantados na revisão.

Roman e Friedlander (1998) destacam que as pesquisas de revisão integrativa possuem como finalidade a sintetização dos resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira holística e ordenada, tendo por objetivo a contribuição e formulação de conhecimentos sobre o questionamento. Cooper (1982, *apud* Roman e Friedlander, 1998) relata que é um método que agrupa resultados de pesquisas tidas como primárias sobre o assunto, sintetizando e formulando explicações mais abrangentes sobre fenômenos específicos.

Neste sentido, busca-se a realização da pesquisa com base nos procedimentos descritos por Cooper (1982, *apud* Roman e Friedlander, 1998), no qual destacam cinco estágios que devem ser realizados de maneira sincrônica, sendo-as:

- 1) **Formulação do problema:** fase caracterizada pelo estudo profundo do problema ou da questão norteadora, a fim de responder de maneira abstrata e operacional, as variáveis de maior impacto e significância para a temática; Coleta dos dados: fase posterior a formulação da problemática, tem por objetivo buscar material teórico para dar sustentação ao problema de pesquisa, no qual se faz valia de critérios de busca para compor a população do estudo;
- 2) **Avaliação dos dados:** fase no qual o(s) pesquisador(es) faz(em) o julgamento do material levantado, utilizando apenas aqueles que estão concernente a temática e que agregam valor para a pesquisa;
- 3) **Análise e interpretação dos dados coletados:** nesta etapa os dados

coletados serão confrontados, discutidos e analisados sistematicamente, de modo a levantar discussivamente relação entre os materiais, quer seja de maneira quantitativa ou qualitativa;

- 4) Apresentação pública dos dados: ao fim, os dados discutidos e analisados são transcritos em redação, para que possam ser veiculados como material científico.

REFERENCIAL TEÓRICO

Telessaúde no Brasil

A medida homologada pelo Ministério da Saúde – MS, na pandemia levou em consideração uma série de fatores em prol de mitigar e contingenciar a transmissibilidade do vírus, dentre as quais, cita-se a necessidade de estabelecer um plano de resposta ao evento, bem como articulação por parte dos gestores estaduais, distrital e municipais que fazem parte do Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse aspecto, Balzer *et al.* (2020) aponta que devido a velocidade de transmissão do vírus e as medidas de isolamento imposta a população, fizera com que novos hábitos fossem desenvolvidos, conduzindo a novas formas para promover o atendimento à população.

Segundo Celes *et al.* (2018) a telessaúde consiste na aplicação das ferramentas TICs para a prestação de serviços de saúde a distância, podendo por meio dessas compartilhar e disseminar informações a respeito da promoção e integração da saúde. Aponta-se que na literatura é comum encontrar os termos denominados telessaúde, telemedicina e e Health para referir-se as estratégias de saúde que buscam fazer valia dos recursos tecnológicos para prestar assistência a saúde, mas também fazer valia como recurso para correção de problemas socialmente construídos, tal como escassez de profissionais.

Pereira *et al.* (2020) destaca que o uso da telessaúde no país data-se de 2007 no Programa Telessaúde, cujo era utilizado para dar apoio à Atenção Básica, sendo por sua vez ampliado em 2011 pela Portaria nº 2.546 do MS, o qual passou a ser denominado como Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes, objetivando o fornecimento de assistência para os assistidos por meio das Redes de Atenção à Saúde – RAS do SUS, oferecendo diversos serviços e prestações para promoção da qualidade

de vida.

Segundo Pereira *et al.* (2020) a telessaúde estava por sua vez sendo disseminada por profissionais das áreas de enfermagem e psicologia, sendo oriunda dos anos 2000 com o Grupo de Estudos e Pesquisas em Comunicação no Processo de Enfermagem – GEPECO- PEN. Barbosa e Silva (2017) explanam a respeito do uso da telessaúde, datado na literatura por volta da década de 1950 nos Estados Unidos da América por meio de consultas realizadas por telefones, no qual observa-se atualmente acelerada disseminação, especialmente ao avanço e incorporação das TICs ao processo.

No Brasil, a utilização das ferramentas geradas pela telessaúde apresentam-se como ponto de partida para sanar a disparidade e distribuição desigual dos profissionais de saúde. Conforme Prado (2013) as dimensões territoriais da federação constituem um ponto de impasse para dar viabilidade e universalização ao acesso aos sistemas de saúde, visto a grande concentração desses profissionais em centros urbanos e a dificuldade de acesso oriundas da geografia do país.

A valia da telessaúde no contexto nacional possui indícios de tê-lo empregado anterior à crise sanitária mundial de 2020, segundo Pereira (2020) tem-se aplicações da telenfermagem datadas dos anos 2000, embora tenha se tornado mais abrangente e disseminada no período de crise. Cujo, teve-se respaldo técnico por intermédio da Resolução nº634/2020, o qual reafirmou a importância da enfermagem e do papel do enfermeiro(a) no combate à pandemia, visto que esses cumprem papel ímpar no atendimento e prestação de serviço para a comunidade.

Prado *et al.* (2013) aborda que a telessaúde vem auxiliar nas práticas de enfermagem, servindo como um tipo de “guarda-chuva”, incluindo as temáticas de telemedicina, telenfermagem, teleodontologia e demais áreas do escopo da saúde. Sendo que a telenfermagem, conforme define o International Council of Nurses – ICN (*apud*, Prado *et al.*, 2013) como sendo componente da telessaúde destinado e desenvolvido para a prática de enfermagem quando a distância é um fator preponderante e decisivo, sendo mediada pela utilização de veículos eletrônicos e englobando todos os aspectos inerentes a prática da enfermagem.

O Ministério da Saúde (2022), ressalta que a telessaúde vem se apresentando como o início de uma nova era tecnológica na área da saúde. O fortalecimento desse ideal de ampliar fortalecer os atendimentos a distância via TICs podem ampliar os

diagnósticos e conseguir fazer uma maior detecção precoce de diversas patologias, além de aproximar o profissional dos pacientes, podendo ultrapassar e vencer as barreiras geográficas especialmente de populações que vivem em áreas mais restritas e distantes. Essa nova era de ampliação da telessaúde no Brasil visa aumentar o acesso, a eficiência e a efetividade dos serviços, transpassando por suas diversas etapas, tanto no acolhimento, no suporte assistencial, nas consultas ofertadas, no diagnóstico, quanto em todo o acompanhamento durante o tratamento, ou após cirurgias.

Necessário ressaltar, que a telessaúde no Brasil segue todas as diretrizes e normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para garantir que os atendimentos sejam prestados com o mesmo padrão de qualidade e normas dos atendimentos presenciais seguindo todos os preceitos éticos estabelecidos (BRASIL, 2022).

O Ministério da Saúde (2022), relata que mais de 14,8 milhões de reais foram destinados as Unidades Básicas de Saúde (UBS) espalhadas por todo o país para sua estruturação e tecnologias como prontuários eletrônicos, e conexão com a internet. Dessa forma, espera-se que aos poucos as unidades comecem a ampliar os atendimentos a distância, especialmente para as pessoas com maiores dificuldades de acesso. Com o intuito de que as unidades comecem a fornecer teleconsultas com especialidades, telediagnósticos, teleconsultorias, entre outros. Para participar do projeto e receber o investimento financeiro é preciso que a unidade solicite a sua adesão junto ao sistema do Ministério da Saúde, o e- Gestor Atenção Básica e cumpra com os critérios solicitados.

A Ascensão da Telenfermagem

O tema telessaúde e suas ramificações vem sendo constantemente discutido na atualidade como uma nova forma de se levar saúde a população. Entre suas ramificações podemos citar a ascensão da telenfermagem (BRASIL, 2022).

A oferta dos cuidados dentro da telenfermagem exige que seja feito um treinamento dos profissionais para a utilização dos novos meios tecnológicos no seu atendimento para que seja alcançada a meta de atender todas as demandas da população. Outrossim, com o acontecimento da pandemia aumentou a tendência da implementação de ferramentas educativas, divulgação de informações e orientações

via redes sociais. Dessa forma, pode-se caracterizar essa nova tecnologia como um poderoso instrumento de comunicação sobre a saúde. As tecnologias da informação podem ser utilizadas em webconferências, palestras a distância de qualquer lugar do país, disseminando conhecimentos e promovendo cada vez mais uma participação ativa dos indivíduos (BRASIL, 2022).

Consoante o Cofen (2020), no contexto da telessaúde impulsionada ainda mais pela pandemia do Covid-19, nasce a telenfermagem, regulamentada pela resolução COFEN nº 634/2020. Inicialmente a telenfermagem avançou significativamente com a rápida evoluçãoda pandemia e foi colocada como forma de combate ao vírus, visto que as unidades de atendimento encontravam-se cada vez mais superlotadas, além da necessidade de monitorar a distância os pacientes contaminados e a progressão da doença.

Através da comunicação a distância a telenfermagem pode desenvolver suas atividadesessenciais, com o intuito de minimizar as barreiras que a população pode ter para ter acesso aos seus serviços, especialmente as barreiras geográficas. Para a efetivação plena das suas atividades é essencial que haja investimentos voltados a tecnologia como computadores, acesso a internet, utilização de prontuário eletrônico, telefones, sistemas especializados de armazenamento de dados entre outros dispositivos, além de um ambiente adequado assim como acontece presencialmente para garantir o conforto, o sigilo, a privacidade e a ética profissional que deve manter os mesmos padrões de qualidade (COFEN, 2020).

Assim como no atendimento presencial durante a consulta de enfermagem, o Cofen (2020) ressalta que é necessário na teleconsulta de enfermagem que o paciente concorde com as etapas do seu atendimento. É necessário um termo de consentimento, para que todas as informações do atendimento, dados pessoais, diagnósticos, cuidados, resultados de exames, entre outros sejam registrados no prontuário.

Ademais, é obrigatório a presença da identificação do profissional e o número do seu COREN (Conselho Regional de Enfermagem), e o local que está sendo realizado o atendimento. Em relação ao usuário é imprescindível sua identificação, o seu termo de consentimento ou de seu responsável, data e horário do atendimento realizado, observações clínicas, encaminhamentos (POLAKIEWICZ, 2020) e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e das suas 5 etapas dentro do

Processo de Enfermagem:

- 1) Histórico de enfermagem/ Coleta de dados;
- 2) Diagnóstico de enfermagem;
- 3) Planejamento de enfermagem;
- 4) Implementação;
- 5) Avaliação.

O processo de enfermagem e suas etapas devem ser realizadas em todos os ambientes em que o cuidado do profissional enfermeiro é realizado, incluindo os ambientes virtuais como acontece na telenfermagem para que se alcance os resultados esperados (COFEN, 2009).

Através da busca de material para a construção do presente artigo, nota-se que a telenfermagem está em constante evolução também no cenário internacional. Polakiewicz (2020) destaca que diversos países já fazem sua utilização incorporada aos seus programas de atendimento ao usuário.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com os eventos adversos ocorridos na atualidade, a telessaúde passa a ser vista como uma inovação tecnológica. Adentrando no contexto da promoção, prevenção e recuperação da saúde, a telenfermagem advinda da telessaúde, torna-se instrumento de grande valia na aprimoração dos atendimentos de enfermagem com o intuito de transpassar as barreiras e dificuldades de acesso aos serviços que os usuários encontram.

Apesar de serem constantemente confundidos, o termo promoção e prevenção da saúde apresentam significados distintos. Ximenes (2020) descreve que a prevenção da saúde são as atividades específicas realizadas para impedir ou minimizar o desenvolvimento das doenças. Já a promoção da saúde são as políticas, programas, planos e ações com o intuito de orientar a população a evitarem determinados hábitos ou ações que as exponham a fatores de riscos para as doenças, são ações mais abrangentes e menos específicas.

Moll *et al.* (2019) ressalta a importância do enfermeiro dentro da telenfermagem, onde mesmo pode desenvolver ações com a finalidade de promover a saúde, utilizando estratégias para identificar fatores de risco, e planejamento para promover ações como a divulgação de informações e orientações aos seus pacientes,

realização de palestras online com a comunidade, atendimentos grupais que possibilitam a interação entre as pessoas e a troca de experiências.

Nesse contexto, o enfermeiro assume uma relevante função na articulação de divulgação de informações, saberes técnicos e populares estabelecendo uma educação em saúde constante e coerente a realidade social, cultural, econômica, e ambiental de cada comunidade, com o intuito de impactar positivamente o estilo de vida da população incentivando sua autonomia no âmbito do cuidado (MOLL *et al.* 2019). Consoante Bruzaca (2019), em relação a prevenção da saúde o enfermeiro pode realizar diversas atividades, incluindo as de monitoramento. Pode-se fazer uma interligação dessas ações através da telenfermagem. A prevenção de doenças pode ser dividida em quatro tipos: Prevenção primária, prevenção secundária, prevenção terciária e prevenção quaternária, cada tipo relacionada com a fase da história natural da doença.

O período Pré-Patogênese corresponde a fase antes da doença se instalar e está relacionado com a tríade: Ambiente, Agente e Hospedeiro (BRUZACA, 2019).

O intuito da prevenção primária é fazer a intercepção de fatores que podem vir a desencadear alguma patologia. A mudança nos hábitos de vida, alimentação saudável, o uso do ácido fólico no início da gestação são exemplos de prevenção primária. Ações feitas pelo próprio indivíduo seguindo a orientação do enfermeiro que pode ser transmitida através da teleconsulta de enfermagem (XIMENES, 2019).

A Prevenção secundária julga que há a possibilidade de alguma doença já estar instalada no organismo e tem o objetivo de identificá-la precocemente. Dessa forma, utiliza-se medidas de rastreamento, exames periódicos entre outros. Trazendo para a temática da telenfermagem, para a introdução de uma prevenção secundária a enfermagem pode distinguir o público que precisa desse tipo de atendimento e consegue fazer o encaminhamento, fazendo essa identificação a distância que poupa tempo de serviço e recursos, evitando que o usuário faça um deslocamento antecipado desnecessário até a unidade. Ademais, dentro desse tipo de prevenção, delimita-se os possíveis danos e através de orientações busca evitar futuras complicações ou sequelas (BRUZACA, 2019).

A Prevenção Terciária consoante Bruzaca (2019) está voltada para a reabilitação e tem o objetivo de prevenir que o indivíduo possa ter alguma incapacidade decorrente da doença. O seu intuito é promover uma melhor qualidade

de vida. Juntamente com a equipe multidisciplinar, pode-se estimular a realização de fisioterapia com exercícios de fácil execução e menor complexidade que possam ser realizados em casa, encaminhar para o setor de psicologia que também pode realizar um atendimento e monitoramento a distância, entre outras soluções.

E a Prevenção Quaternária que visa evitar iatrogenias que de acordo com Bruzaca (2019) são as intervenções desnecessárias que não irão trazer benefícios para o usuário, podendo até mesmo lhe causar algum dano, de forma sucinta é evitar danos causados pelos próprios profissionais, fator intrinsecamente ligado aos princípios da bioética: a não maleficência.

No que concerne a recuperação da saúde Bender e Carvalho (2018) apontam que a telenfermagem possibilita a obtenção de dados e informações que auxiliam na construção de um panorama do estado clínico do paciente, mesmo que a distância, em tempo real. Possibilitando resultados eficazes na introdução dessa tecnologia que pode facilitar a promoção e prevenção, e auxiliar no processo de recuperação da saúde através do monitoramento, que proporciona uma redução de custos e consegue ultrapassar as maisdiversas barreiras encontradas no país.

CONCLUSÃO

Visto que a Telessaúde, bem como a telenfermagem irá favorecer toda a equipe, esta composta por uma gama multiprofissional, como médicos, enfermeiros, odontólogos, psicólogos, onde uma grande demanda de atribuições se mostra no profissional enfermeiro, é indispensável que tais profissionais estejam aptos para as situações que podem ocorrer em suaunidade, bem como, buscar apoio das tecnologias para auxiliá-los com as adversidades pertinentes a realidade da população dos municípios em que essa ferramenta será empregada, procurando sempre atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS.

Ademais, destaca-se a importância da participação dos gestores locais como elementosfundamentais para a tomada de decisão quanto à inclusão dos processos de Educação mediados por tecnologias de informação e comunicação à distância, dessa forma garantindo um fortalecimento do vínculo primordial para o desenvolvimento da Telenfermagem.

Pode-se inferir, que a telessaúde veio para ficar e se aprimorar cada vez mais no Brasil e no exterior. No contexto da telessaúde nasce a telenfermagem,

caracterizada como ferramenta tecnológica e um novo modo de realizar os serviços de enfermagem.

Neste cenário, a telessaúde afeta, diretamente, o enfermeiro em seu processo de trabalho, em sua rotina diária, proporcionando-lhe uma visão mais autônoma do cuidado. Com isso, o futuro profissional deverá estar mais preparado e qualificado, podendo ele agir no cuidado através da promoção da saúde, nos 4 níveis de prevenção: primária, secundária, terciária e quaternária, na educação e na pesquisa, na recuperação da saúde dos indivíduos, no monitoramento e acompanhamento dos pacientes, diversificando o seu olhar, porém com um único objetivo: o cuidar do ser humano.

REFERÊNCIAS

BALZER, Edimara Rafaelli *et al.* **Novas Perspectivas para as Profissões de Enfermagem e Farmácia na Telessaúde.** Revista Aproximação, v. 2, n. 04, 2020.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes da. **Cuidado de enfermagem por telessaúde: qual a influência da distância na comunicação?** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 70, p. 928-934, 2017.

BENDER & CARVALHO. **Telessaúde Enquanto Instrumento de Trabalho do Enfermeiro na UTI Adulto: uma Revisão Bibliográfica.** 2018. Disponível em: <<https://journalhealthscience.pgskroton.com.br/article/view/4285>>. Acesso em: 17 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020.** Brasília, 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html>. Acesso em: 14 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020.** Brasília, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>>. Acesso em: 14 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Governo Federal regulamenta Telessaúde e amplia acesso à saúde em áreas remotas do Brasil.** Brasília, 2022. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/17456>>. Acesso em: 14 de março de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Digital e Telessaúde.** 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital/telessaude/telessaude>>. Acesso em: 17 de março de 2023.

BRUZACA, Caio Graco. **Quais os tipos de prevenção na Saúde Pública?** 2019. Disponível em: < <https://bruzaca.com/genetica-medica-e-genomica/quais-os-tipos-de-prevencao-na-saude-publica/>>. Acesso em: 17 de março de 2023.

CELES, Rafaela Santana *et al.* **A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e84, 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 358/2009.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 17 de março de 2023.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Telenfermagem é regulamentada no Brasil.** 2022. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil_99227.html#:~:text=A%20pr%C3%A1tica%20de%20Telenfermagem%20en%20global,Prot%20e%20A7%C3%A3o%20de%20Dados%20\(LGPD\)>](http://www.cofen.gov.br/telenfermagem-e-regulamentada-no-brasil_99227.html#:~:text=A%20pr%C3%A1tica%20de%20Telenfermagem%20en%20global,Prot%20e%20A7%C3%A3o%20de%20Dados%20(LGPD)>)>. Acesso em: 17 de março de 2023.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Quais as devidas funções do enfermeiro, dotécnic de enfermagem e do auxiliar enfermagem e quais as diferenças entre cada categoria?** 2012. Disponível em: < http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html#:~:text=Al%C3%A9m%20de%20integrar%20a%20equipe,zelar%20pel%20limpeza%20em%20geral.>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2023.

DANTAS, Renato Matias *et al.* **A telessaúde como instrumento de educação em saúde: uma revisão da literatura.** Rev Saúde. com, v. 12, n. 4, p. 688-92, 2016.

DE LIMA, Erica Aparecida Cesar; DE SOUZA, Vanessa Karla Santos; DA SILVA, Ednaldo Antonio. **Análise Crítica da Aplicação da Telessaúde no Campo da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Durante o Enfrentamento da Pandemia da COVID-19.** APS EM REVISTA, v. 4, n. 2, p. 104-121, 2022.

MOLL, Fernandes Marciana *et al.* **O ENFERMEIRO NA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.** 2019. Disponível em: < <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2001/570>>. Acesso em: 16 de março de 2023.

PEBMED. Saúde Pública. **Telenfermagem: Como podemos utilizar a telessaúde nos cuidados do enfermeiro.** 2020. Disponível em: < <https://pebmed.com.br/telenfermagem-como-podemos-utilizar-a-telessaude-nos-cuidados-do-enfermeiro/>>. Acesso em: 15 de março de 2023.

PEREIRA, Mirian Caroline *et al.* **Telessaúde e Covid-19: experiências da enfermagem e psicologia em Foz do Iguaçu.** Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 3, n. Supl., 2020.

POLAKIEWICZ, Rafael. **Telenfermagem: Como podemos utilizar a telessaúde nos cuidados do enfermeiro?**. 2020. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/telenfermagem>>-Acesso em: 17 de março de 2023.

PRADO, Cláudia *et al.* **Teleamamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 990-996, 2013.

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. **Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.** Cogitare Enfermagem, v. 3, n. 2, 1998.

SOARES, Cassia Baldini *et al.* **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 48, p. 335-345, 2014.

XIMENES, Antonia. **Promoção e Prevenção de Saúde.** 2019. Disponível em: <https://antoniaximenes.com/diferenca-de-promocao-e-prevencao-de-saude/>. Acesso em: 15 de março de 2023.

EFEITOS DA LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DE LESÕES POR PRESSÃO NO SAD DE ARAGUAÍNA – TO

EFFECTS OF LASERTHERAPY IN THE TREATMENT OF PRESSURE INJURIES IN ARAGUAÍNA SAD – TO

Kamylla Sandes Rocha de MORAIS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: kamyllaborgessilva@gmail.com

Caroline Borges TOMAZI
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: karol_tomazi@hotmail.com

97

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão – LP acontecem por consequência de uma pressão aplicada sobre a pele durante um período prolongado de tempo, ocasionando necrose celular e prejuízo da circulação local e, usualmente, acontecem sobre uma proeminência óssea. Elas representam um dos principais problemas de saúde pública da atualidade, alcançando índices preocupantes e mortes evitáveis. Elas acometem, sobretudo, pacientes idosos e pediátricos que permanecem por longo tempo imobilizado em leitos.

O objetivo do estudo foi estudar a eficácia da laserterapia no processo de cicatrização de LP. A terapia com laser aumenta o fluxo sanguíneo na fase inicial da cicatrização e ativa mediadores inflamatórios para a lesão na fase de coagulação além de estimular a produção de colágeno nos estágios finais da cicatrização (SILVA JRM, et al., 2021).

O fechamento da LP é um processo complexo, dependendo de vários fatores, de ordem social, econômica, nutricional, entre outros, contudo, o fator que interfere na cura está diretamente relacionado à eliminação da compressão contínua sobre a região do corpo afetada.

A terapia com laser é considerada uma terapia não invasiva, indolor e não térmica, a luz monocromática que é realizada pelo profissional enfermeiro como forma alternativa de tratamento de uma lesão. Segundo Brum MLB, et al. (2019), o cuidado de lesões é atribuição da enfermagem, sendo instituído pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 501/2015.

OBJETIVOS

O objetivo geral

Investigar os benefícios do uso da laserterapia de baixa potência no tratamento das lesões por pressão de agosto a dezembro/2022 no Serviço de Atenção Domiciliar – SAD de Araguaína – TO

Objetivos específicos

- 1) Abordar a laserterapia como tratamento complementar;
- 2) Demonstrar a eficiência do laserterapia e correlacionar com as orientações da equipe;
- 3) Evidenciar por meio científicos o processo de cicatrização com uso do Laser.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou identificar os benefícios da laserterapia no tratamento de feridas.

Para a produção do estudo houve a definição do objetivo, o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a escolha da amostra, as informações a serem extraídas dos artigos selecionados, a análise e discussão dos resultados.

A coleta de dados foi realizada de agosto a dezembro/2022, onde foram aplicadas em campo a técnica de laserterapia nos pacientes que já estavam aptos ao tratamento, e em relação a literatura foram considerados estudos dos últimos 5 anos, encontrados nas principais bases de indexação da saúde, por meio da seleção de artigos nacionais e internacionais na National Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

A equipe do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD de Araguaína selecionou 10 pacientes que já estavam com as lesões aptas para receber o tratamento com laserterapia. Foi elaborada uma escala de atendimento com a frequência que deveria ser aplicado a laser-terapia com intervalo de no mínimo 72h entre cada aplicação, e nesse intervalo foram realizados curativos diários com outras coberturas indicadas. Como meio de verificar os resultados foram tiradas fotos das lesões antes, durante e

ao término do tratamento, bem como a medição das lesões.

Durante o atendimento, o paciente era entrevistado para verificar o limiar de dor e a perspectiva do mesmo em relação ao tratamento.

RESULTADOS

Pode se observar que os pacientes que seguiram com as orientações repassadas pela equipe multiprofissional, como mudanças de decúbito, controle da glicemia, aportenutricional, limpeza e confecção correta do curativo no intervalo da aplicação do laser, obtiveram resposta com êxito no processo de cicatrização/epitelização nesse período, em relação aos pacientes que não seguiram com as orientações ou que tem problemas metabólicos descompensados.

Figura 1. Paciente que seguiu as orientações



Fonte: Os autores.

CONCLUSÃO

A análise dos estudos possibilitou identificar que a laserterapia é um forte aliada no tratamento de feridas, podendo facilitar o processo cicatrização e sem dúvida um excelente equipamento, que veio para agregar qualidade e eficiência no tratamento de LP para equipe do SAD.

Pode-se evidenciar que a terapia com laser acelera o processo de cicatrização das feridas por provocar efeito anti-inflamatório, analgésico e regenerativos. A bioestimulação causada pelo laser aumentando o metabolismo, promovendo o aumento de granulação nos tecidos, regenerando as fibras nervosas, estimulando a

formação de novos vasos sanguíneos e a regeneração dos linfáticos, favorecendo desta forma a recuperação mais rápido. Diante disso o presente estudo é importante pois este buscou evidências científicas que contribuiu para o fortalecimento do conhecimento dos profissionais quanto ao uso do laserterapia no tratamento de feridas, dentro do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD.

Palavras-Chave: Lesão por Pressão. Laserterapia. Benefícios.

REFERÊNCIAS

ACERVO MAIS. **Importância da laserterapia no tratamento de feridas.** Acervo Mais. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/9078-Artigo-98254-1-10-20211025.pdf>. Acesso em 30 março 2023.

BIOCURSOS. **Os efeitos da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização em tecidos moles.** Portal Bio Concursos. Disponível em :< https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/33/17.

PICANYO, P aulo_Michel_de_Sousa. **_Os_efeitos da Laserterapia de baixa intensidade_na_cicatrização_em_tecidos_moles_P aulo Michel de Sousa PicanYo_pdf.pdf>.**Acesso em 30 março 2023.

SCIELO. **Efeitos da laserterapia no tratamento de lesões por pressão:** uma revisão sistemática. Disponível :<http://www.scielo.org.co/scielo.php? >. Acesso em 30 março de 2023.

RSDJOURNAL. **O laser no tratamento de lesão por pressão.** rsdjournal.org. Disponível em:<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/17853-Article-222932-1-10-20210719.pdf>. Acesso em 30 março 2023.

O ACOLHIMENTO 24H DE PACIENTES NO CAPS AD III: UMA PROPOSTA DE CUIDADO EM LIBERDADE PAUTADO NA REDUÇÃO DE DANOS E RESGATE DE VÍNCULOS

THE 24-HOUR RECEPTION OF PATIENTS AT CAPS AD III: A FREE CARE PROPOSAL BASED ON DAMAGE REDUCTION AND RESCUE OF LINKS

Luíza Cristina Milhomem BARBOSA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: luiza@hotmail.com.br

101

INTRODUÇÃO

O CAPS ad III é um ponto de atenção inserida na Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, normatizada por meio da PORTARIA MS 130 de 26 de janeiro de 2012, que constitui de uma estratégia de demanda espontânea, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território articulando e fornecendo atenção contínua.

O Caps ad III de Araguaína – TO possui atualmente cadastrado junto ao serviço para realização de tratamento cerca de 4000 mil pacientes tendo um papel social importantíssimo por ser um serviço regionalizado e que oferta cuidado as pessoas oriundas dos 17 municípios circunvizinhos.

São ofertados um conjunto de estratégias terapêuticas dentro de seu Projeto Terapêutico Singular e como uma das estratégias terapêuticas dos PTS, o acolhimento integral (24h) de pacientes se apresenta como uma medida terapêutica que busca intensificar o cuidado ofertado, reduzindo os danos causados pelo uso/abuso de álcool e outras drogas e promovendo o resgate da autonomia e dos vínculos familiares e sociais dos pacientes.

Ademais, tem se apresentado como uma possibilidade de enfretamento dessas problemáticas, da necessidade de desintoxicação para continuidade do tratamento, dentre outros. Neste sentido, apresentamos o acolhimento integral (24h) de pacientes dentro do contexto do Caps ad III como uma experiência exitosa e foi analisada a referida estratégia de cuidado adotada pela equipe técnica da unidade junto aos pacientes em tratamento no período de 01/01/2022 á 31/12/2022.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar as contribuições do acolhimento integral (24h) de pacientes no Caps ad III para o desdobramento do tratamento realizado junto a referida instituição no ano de 2022.

Objetivos específicos

- 1) Verificar as ações realizadas junto aos pacientes acolhidos em regime integral (24h) no Caps ad III no ano de 2022;
- 2) Identificar que estratégias de continuidade do tratamento dos pacientes acolhidos em regime integral (24h) no Caps ad III são delineadas pela equipe multidisciplinar da Unidade;
- 3) Evidenciar avanços e dificuldades no que tange ao tratamento em relação ao período de acolhimento integral (24h) dos pacientes no Caps ad III.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com cunho exploratório. Esse tipo de pesquisa vem de encontro com o trabalho proposto, realizado no CAPS ad III.

O acolhimento integral (24h) no Caps ad III, consiste de uma estratégia de cuidado dentro do Projeto Terapêutico singular (PTS) que busca dentre outros aspectos, sistematizar e intensificar o cuidado ofertado aos pacientes em tratamento junto ao serviço.

Assim, o acolhimento integral (24h) de pacientes é uma medida terapêutica realizada delineada de acordo com a Portaria Ms130/2012 que regulamenta este serviço a partir dos critérios clínicos em especial, desintoxicação e psicossocial, quando há necessidade de observação, repouso, recaídas, situação de vulnerabilidade, dentre outros.

Desta forma, a experiência supramencionada foi avaliada no decurso do ano de 2022 como proposta de redução de danos, resgata de autonomia do sujeito, fomento

de vínculos muitas vezes interrompidos e/ou fragmentados por conta da situação de dependência em que os pacientes se encontram.

De fato, as propostas tornam a equipe multidisciplinar crucial na consolidação dos enfrentamentos. E assim, tão importante quanto a criação de um plano de cuidados e a sua implementação, é a visualização e discursão dos resultados para que haja uma reorganização do trabalho já ofertado. Isso facilita a percepção por parte do paciente e da equipe da metodologia aplicada com um olhar sistematizado.

RESULTADOS

Com um levantamento de 96 a 100 pacientes que passaram pelo acolhimento integral (24h) na unidade de estudo, foi identificadas percepções exitosas tanto da equipe multidisciplinar como aqueles pacientes que passaram por esse manejo ligado ao seu PTS.

Existe relatos de melhora em casos clínicos que apresenta grandes particularidades e fragilidades, bem como uma vinculação e conhecimento do próprio usuário nos seus cuidados, com autonomia para exercer o autocuidado.

Ademais, com apoio de outras unidades que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é visto uma continuidade do serviço não apenas durante os quatorze dias (14), mas quando observado individualmente cada caso, é feita a compactação de acolhimento em unidades de recuperação prolongada, para maior êxito na estratégia de atenção contínua.

As informações obtidas e o convívio da implementação dessa prática de redução de danos, reparou as fragilidades psicossociais, como pacientes que tiveram de volta o inserimento ao mercado de trabalho e/ou cursos profissionalizantes oportunizando uma nova perspectiva ao sair da unidade. Dessa forma, o serviço vem de encontro ao manejo centrado na redução de danos e corrobora em evidências qualitativas de resgate e recuperação de pessoas em uso/abusivo de álcool e drogas.

CONCLUSÃO

Há notoriedade do serviço e oferta dessa modalidade de cuidado ofertado na unidade do Caps ad III, com uma nova perspectiva dos anseios dos pacientes que chega e que são avaliados para inserimento no acolhimento integral (24h).

Frente aos objetivos, é visto avanços que proporcionaram a eles, um alicerce psicossocial que vinculasse não somente ao tratamento, mas ao convívio social dentro e fora da unidade, com uma busca de gerar autonomia e a reflexão de uma luta antimanicomial, que é uma problemática ainda pertinente no tratamento em saúde mental.

Relatos de adesão, com períodos maiores sem o uso de álcool de drogas foram observados no ano de 2022, com sucesso na continuidade da assistência para aqueles que retornaram para a casa ou para os encaminhados para outras unidades de recuperação.

Existe, portanto, pontos positivos e êxito na qualificação do acesso ao acolhimento e isso, traz um olhar para políticas em saúde que contribua nesse recurso. Para que seja ofertado, é necessária estrutura organizacional, bem como qualificação adequada e incentivo aos profissionais que compõe a equipe para que tenham atendimento multidisciplinar, que age em consenso aos objetivos do SUS.

Palavras-chave: Acolhimento integral. CAPS ad III. Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 02 de abril de 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 2011. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 02 de abril de 2023.

TAVARES, Andressa Ayres; FERREIRA, Jacqueline Jhennysser de Almeida; NASCIMENTO, Ana Caroline Peixoto. **O que se entende sobre acolhimento noturno da equipe do CAPS ad III de Palmas/TO:** Relato de experiência. Revista Humanidades e Inovação - ISSN 2358-8322 - Palmas - TO - v.9, n.11. Disponível em: < <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/6955#:~:text=M%C3%A9todo%3A%20Trata%2Dse%20de%20uma,de%20Enfermagem%20e%20Terapia%20Ocupacional.>>. Acesso em: 02 de abril de 2023.

ATENDIMENTO AO HOMEM TRANS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

SERVICE TO TRANS MAN IN THE UNITED HEALTH SYSTEM (SUS)

Maria Odete da Silva Souza GUIMARÃES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: guimaraesodete1@gmail.com

RESUMO

discussões sobre identidade de gênero vêm ganhando notoriedade nos últimos anos e debates sobre o tema vem acontecendo não apenas nos meios acadêmicos, mas em diversos espaços da sociedade. O presente artigo trás uma análise de como acontece o atendimento de homens trans ou pessoa transmasculina, sendo elas pessoas que nasceram com sexo biológico feminino, mas tem uma identidade de gênero masculino. O estudo abrange pesquisas relacionadas ao tema no âmbito da sociedade brasileira, sendo necessário conhecer o que é um homem trans, e como acontece o atendimento no contexto do SUS (Sistema Único de Saúde). Nesse sentido, o estudo tem como objetivo conhecer a condução e condições do atendimento ao homem trans no SUS, sendo parte intrínseca da avaliação, pois, reconhecer o formato de acolhimento neste caso é primordial para analisar se de fato o acompanhamento é feito de forma profissional, sendo preservado aos homens trans o direito a um atendimento legítimo como cidadão. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, a partir de artigos, sites e autores como Bento, Peres, Butler e outros.

Palavras-Chave: Homens Trans. Direito. SUS

ABSTRACT

Discussions about gender identity have been gaining notoriety in recent years and debates on the subject have been taking place not only in academic circles, but in different areas of society. This article brings an analysis of how the care of trans men or transmasculine people happens, being people who were born with a female biological sex, but have a male gender identity. The study covers research related to the subject in the context of Brazilian society, being necessary to know what a trans

man is, and how the care takes place in the context of the SUS (Unified Health System). In this sense, the study aims to know the conduct and conditions of care for trans men in the SUS, being an intrinsic part of the evaluation, sincerecognizing the reception format in this case is essential to analyze whether in factthe follow-up is done in a professional manner. , preserving for trans men the right to legitimate care as citizens. The methodology used was bibliographical research, based on articles, websites and authors such as Bento, Peres, Butler and others.

Keywords: Trans Men. Right. SUS.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho pretendeu analisar como se dá o atendimento de homens trans ou pessoa transmasculina no âmbito do sistema de saúde, sendo ele o SUS (Sistema Único de Saúde). Sabe-se que este tema ainda é pobre em questão de dados quantitativos, por se tratar de um tema novo, percorre caminhos ainda desconhecidos pela maioria da população. Contudo, vem ganhando cada vez mais notoriedade no âmbito social e muito mais se pretende conhecer acerca do tema. A Constituição Brasileira em seu artigo 226 apresenta e assegura o direito da construção familiar e da liberdade do casal:

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

É certo que nem todos os homens trans possuem uma família constituída, as vezes podem ter filhos de forma independente, e isso basta para sua auto satisfação. Todavia, observa-se que em maiori a possuem uma parceira, com quem divide a vida, os anseios e as angústias advindos da transexualidade. A construção da identidade humana, do conhecimento do próprio corpo, dos direitos autônomos de cada indivíduo, não é meramente biológica, mas social. Sendo possível destacar a afirmação de Butler (2008 p. 45):

[...] o corpo é uma construção social e que, portanto, a possibilidade de mudar, interferir no corpo por meio de cirurgias é a afirmação da necessidade de questionar o próprio corpo, demonstrando assim o

caráter mutável, não natural e construído das categorias sexo, gênero e heterossexualidade.

O ser humano é livre, é dono de sua estrutura corpórea e possui responsabilidades sobre sua integridade, sobre suas escolhas e necessidades. O homem trans ou pessoa transmasculina passa por uma transformação que diz respeito a sua natureza e sua afirmação como homens trans, seu direito garante sua liberdade.

O estudo, busca analisar como ocorre o atendimento de homens trans ou transmasculina no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), é parte deste processo conhecer a condução e condições do atendimento ao homem trans para que seja feita uma análise entre teoria do direito e prática. A identidade de gênero ainda é um tabu a ser quebrado, existe uma resistência muito grande por parte da classe religiosa. A Igreja Católica elaborou em 2019 um documento cujo objetivo seria colaborar com professores, pais, estudantes e o clero, afim de que fossem instruídos a lidar junto a crise dentro da educação no que se relacionada à Educação Sexual. O documento foi intitulado "Homem e mulher Ele os criou" (CIDADE DO VATICANO, 2019), para a igreja a questão de gênero se confunde entre desejos súbitos e a evolução cultural. Ressalta ainda que o conceito de gênero é uma tentativa de deturpar a ordem que Deus criou para a vida humana em que os sujeitos homem/mulher devem se unir para procriar e desta forma constituir família.

Este estudo abordou alguns tópicos sobre os homens transexuais no Brasil tais como: Conhecer o que é um homem trans e em especial o atendimento no contexto do SUS, sendo este o foco principal do estudo.

HOMEM TRANS OU PESSOA TRANSMASCULINA

No final do século XX iniciou-se na Europa um movimento que defendia os direitos das pessoas Homossexuais, com isso lutavam contra a discriminação, preconceito e pelos direitos que todo cidadão possui diante da lei, sendo possível destacar na Constituição Federal Brasileira no artigo 5º que trata dos direitos civis:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade...[...].

Todavia, sabe-se que embora a lei devesse proteger os direitos de todo cidadão nem sempre isso aconteceu ou acontece, assuntos relacionados a orientação sexual ou identidade de gênero ainda é um tabu a ser quebrado, afinal, um número considerável de pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, passam por maus tratos, agressões, constrangimentos e abusos.

Os homens trans, por exemplo, são em maioria marginalizados por ter uma conduta diferente do que a maioria considera padrão, sendo em alguns momentos tratados como pervertidos. Com tudo, situações desta natureza ainda perduram até os dias atuais, de uma forma mais amena, porém ainda desrespeitosa. O caminho é longo, deve ser guiado pelo respeito ao próximo e aceitação de que o outro possui um livre arbítrio para escolher seu caminho. Portanto é preciso considerar que:

A transexualidade se fundamenta na não concordância entre o sexo biológico e o gênero através do qual a pessoa deseja ser reconhecida. Falar de transexualidade implica na reflexão sobre o que é sexualidade para além das concepções biológicas, obrigando-se a pensar nas vivências da sexualidade nos âmbitos privado e público, tanto como prática individual, como prática social e política (ÁVILA; GROSSI, 2010, s/p. on line).

A transexualidade masculina é uma forma de aceitação pessoal, sendo a pessoa nascida biologicamente como mulher, porém tem em sua mente e nas transformações corporais, como pertencentes ao gênero masculino. Desta forma, a transmasculinidade refere-se em totalidade às pessoas que ao nascer foram consideradas como mulheres, fato designado através de seu órgão genital, todavia, no decorrer de sua vida se após a essa cotação e se distinguem como homens.

Os olhares acostumados ao mundo dividido em vagina-mulheres-feminino e pênis-homem-masculino ficam confusos, perdem-se diante de corpos que cruzam os limites fixos do masculino/feminino e ousam reivindicar uma identidade de gênero em oposição àquela informada pela genitália e ao fazê-lo podem ser capturados pelas normas de gênero mediante a medicalização e patologização da experiência (BENTO, 2008, p. 22).

O homem trans busca autonomia para construção de sua própria identidade de gênero, este desejo fala muito através do seu corpo, cujo intuito seja a expressão máxima de sua escolha, pois o corpo é a demonstração visual de quem somos, é a identificação do ser como pessoa, como parte intrínseca de um grupo.

ATENDIMENTO AO HOMEM TRANS NO CONTEXTO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a designação do sistema público de saúde brasileiro, conta com atendimento em várias áreas, com público bastante diversificado e unidades em todo território nacional. A identificação é feita através do cartão do SUS que é um documento emitido pelo Governo Federal que permite ao usuário receber atendimento gratuito, o mesmo possui um número de identificação que é único, pessoal e intransferível, a partir dele os profissionais da saúde tem acesso ao histórico médico do paciente. Com o intuito de disseminar entre os brasileiros os direitos no tocante à saúde, foi publicada a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006), pelo Ministério da Saúde. A carta dos direitos dos usuários da saúde garante que:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência

Um avanço no trato aos seus usuários, afinal, contempla as especificidades dos diversos grupos sociais, dentre eles o LGBT e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), fortalecendo assim os direitos previstos na constituição de 1988. Esta ação partiu da compreensão que a discriminação e exclusão dos LGBT dentro do sistema são realidade, portanto, almeja-se estabelecer imparcialidade dentro do SUS, garantindo assim a efetivação dos seus direitos:

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (BRASIL, 2009a, p. 81).

Neste cenário, iremos vislumbrar como ocorre o atendimento do homem trans no contexto do SUS, para tanto, veremos que existe o Plano Nacional de Promoção da

Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009) que apresenta diretrizes importantes em relação aos direitos reprodutivos:

5.40. Efetivação do Estado Laico como pressuposto para a implementação do SUS, garantindo os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório por orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia. 5.44. Qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e direitos reprodutivos em todas as fases de vida para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do SUS;

5.48. Disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva.

110

Sem sombra de dúvidas o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT é um avanço bastante significativo para a comunidade, fortalece sua luta e as questões de direito que todo cidadão tem perante a lei. Todavia, embora os avanços no desenvolvimento do atendimento de homens trans no SUS tenha ganhado notoriedade, o indivíduo transgênero ao se consultar com médico ginecologista, por exemplo, sente-se desconfortável, pois suas características sexuais não condiz com sua identidade de gênero, o impacto médico/paciente proporciona esse tipo de constrangimento no ato da consulta e nos atendimentos da rede. Sabe-se que do ponto de vista da história a ginecologia é parte da ciência que estuda e cuida da saúde da mulher. Alguns médicos demonstram de forma velada certa falta de empatia com o atendimento à população transgênero.

Existe muito preconceito, desconhecimento e informação no âmbito do sistema de saúde. Brachman (2015) relata que 19% da população transgênero tem o atendimento negado pela sua condição, 28% foram assediados verbalmente, 2% fisicamente agredidos, e 28% adiaram a procura do serviço por conta da discriminação. Após seteanos observa-se que muito precisa ser mudado, moldado e transformado no que diz respeito aos cuidados com o homem trans. Destarte, acordo com as colocações de Wiliam Peres (2014):

É preciso colocar em questão a necessidade de uma crítica mais incisiva que denuncie as limitações dos essencialismos biológicos e reducionismos psíquicos e promover posições políticas em que a psicologia possa não só denunciar as violações dos direitos sexuais e humanos, mas que se comprometa com sua função emancipatória de valorização e respeito das expressões sexuais e de gêneros dentro de

uma visão ampliada e positiva do ser humano enquanto diversidades, multiplicidades, diferença da diferença (PERES, 2014, p. 337).

Desta maneira, demonstra-se imprescindível e essencial que os profissionais da área da saúde utilize melhores estratégias para o acolhimento ao homem trans. Algumas atitudes como por exemplo: Respeitar o nome social apresentado, pois, é o nome dá identidade ao homem trans, reconhecer isso é primeiro passo para que ele se sinta acolhido e respeitado em sua individualidade, sendo este direito já assegurado pelo Ministério da Saúde através da *Carta de Direitos dos Usuários do SUS*, estabelecida por intermédio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.

Isso deve acontecer seja no acolhimento, em consulta e nos prontuários, não demonstrarem ou terem ações preconceituosas ou discriminatórias durante o atendimento, para que não venha a constranger o usuário do sistema. A partir do momento em que o homem trans tiver suas diferenças respeitadas, desde o acolhimento aos procedimentos que tiver que passar, a ação se torna mais satisfatória e prazerosa para ele.

Observa-se que o conservadorismo ainda é uma barreira, no tocante ao atendimento ao homem trans, os maiores conflitos estão relacionados aos profissionais com faixa etária mais avançada, contudo em maioria foram criados por regras muito rígidas, onde as normas tradicionais eram pra ser cumpridas e não dissolvidas. Vale ressaltar que os Cadernos de Atenção Básica preconizam a orientação sexual e identidade de gênero como condições de saúde:

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (BRASIL, 2009a, p. 81).

Entretanto, infelizmente muitos atendimentos no SUS ainda não são realizados ou não possuem profissionais qualificados para atender um homem trans, segundo (BOSSI, 2020) existem clínicas ginecológicas que não realizam atendimento ao homem trans, porém, essa questão é invertida quando o profissional já tem um nível de conhecimento acerca da necessidade do seu paciente. A empatia é algo necessário na relação profissionais/paciente. Afinal, uma equipe bem preparada estará pronta para

atender às demandas que surgirem assim como as particularidades do homem trans. Boas práticas podem instigar a criação de um elo de confiança entre o paciente e os profissionais da saúde.

Muitos Homens ou mulheres transexuais passam por mudanças corporais, procedimentos que ocorrem em diversas vezes em seu próprio contexto, sem intervenção médica, levando-os a riscos sem precedentes.

No geral ou em maioria as mulheres trans usam hormônios femininos e os homens trans fazem uso de testosterona. Outros procedimentos são realizados e medicamentos são utilizados para que a mudança visual seja mais rápida, menos impactante e traga menos transtornos à pessoa trans. O que deveriam fazer era sempre buscar orientação médica, seja para medicamentos ou intervenções. Desta maneira observa-se o quanto o corpo é propício a mudanças, contudo, a busca pela aceitação ou afirmação é algo inerente ao ser. Sobre essa questão de mudanças corporais Butler (2008 p.45) afirma:

[...] o corpo é uma construção social e que, portanto, a possibilidade de mudar, interferir no corpo por meio de cirurgias é a afirmação da necessidade de questionar o próprio corpo, demonstrando assim o caráter mutável, não natural e construído das categorias sexo, gênero e heterossexualidade.

O corpo fala por sí, é parte da construção do homem trans, das lutas, dos movimentos em prol de sua liberdade de direito. A responsabilidade se potencializa nas escolhas e no livre arbítrio de cada um.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É a atitude de discriminar, de negar oportunidades, de negar acesso, de negar humanidade. Nessa perspectiva, a omissão e a invisibilidade também são consideradas atitudes, também se constituem em discriminação (CARRARA et al., 2009, p. 26).

O universo do homem trans é cercado por diversas peripécias, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) não é diferente. Evidentemente existem avanços significativos, porém, muito a evoluir, situações adversas como atitudes de discriminação ainda persistem dentro do cenário hospitalar. Foi observado, sobretudo que no atendimento da área ginecológica o homem trans passa por muitos constrangimentos, advindos da falta de preparo dos profissionais envolvidos.

preconceito é evidente dentro dos centros de saúde, afinal, os profissionais não sabem se quer abordar um homem trans de maneira respeitosa.

A forma desrespeitosa com que a maioria dos homens trans são tratados dentro do SUS é uma violação de seus direitos constituintes, a cada vez que seu nome social não é respeitado, quando há uma negação a sua identidade de gênero, este ser é ultrajado, é exposto, ridicularizado e como resultado negativo vem a angústia, o sofrimento, a dor da rejeição, baixa autoestima e tantos outros transtornos que podem levar até a morte.

Cada pessoa é única, o que nos difere são as características. Todavia, nos identificamos com alguns e somos diferentes de outros. As políticas públicas podem gerenciar muitas mudanças no cenário do SUS. Novas medidas como qualificar os profissionais da rede para atender com respeito os homens trans podem amenizar os efeitos colaterais dos anos de transfobia causados a eles, talvez desta forma as pessoas trans masculinas possam ter uma saúde mental mais equilibrada.

REFERÊNCIAS

ANGONESE, Mônica. **“Um pai trans, uma mãe trans”**: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais. 2016. (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ÁVILA, Simone. **Transmasculinidades**: a emergência de novas identidades políticas e sociais. Rio de Janeiro: Multifoco, 2014.

ÁVILA, Simone; GROSSI, Miriam. Maria, Maria, João, João: Reflexões sobre a transexperiência masculina. In: **Anais Eletrônicos Seminário Internacional Fazendo Gênero 9**. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 23 a 26 de agosto de 2010, Florianópolis.

Disponível

em:

http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278255349_ARQUIVO_Maria,MariaJoao,Joao040721010.pdf. Acesso em: 20/11/2022.

BACHMANN, Gloria A.; MUSSMAN, Brianna; TOBIA, Anthony. Transgender and Gender-Nonconforming Patients' **Obstetrics and Gynecology Care**: “Gender-Equal” Ambulatory Care Templates. *Obstetrics & Gynecology*, v.125, 2015.

BENTO, Berenice Alves de Melo. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. (Coleção Primeiros Passos).

BENTO, Berenice. **A reinvenção corpo**: sexualidade e gênero na experiência

transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BOSSI, Runa Maffei.; FREDERICO Giovana.; HAMIDA Abdul BassetMalat. Especificidades do atendimento ginecológico na população transgênero masculina. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa** v. 17, n. 48, jul./set. 2020 ISSN 2318-2083

(eletrônico).Dispon

ível

em:<http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/1289/u2020v17n48e1289>.Acesso em: 24 nov. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria 1.707, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 18 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília, DF, 2009.

BUTLER, J. **Problema de Gênero**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**; Trad. Renato Aguiar. – 2ª ed. – Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2008.

CARRARA, Sérgio. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. **Bagoas**. n.5, p. 131-147, 2010. Disponível em:<http://www.cchla.ufrn.br/bcarrara.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2022.

CARRARA, Sérgio L. et al. (Orgs.). **Gênero e diversidade na escola: formação de**

professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de Conteúdos. Versão 2009. Rio de Janeiro/Brasília: CEPESC/SPM, 2009.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero:** conceitos e termos / Jaqueline Gomes de Jesus. Brasília: Autor, 2012. 24p. : il. (algumas color.)

OLIVEIRA, A. L. G. **“Somos quem podemos ser”:** os homens (trans) brasileiros e o discurso pela (des)patologização da transexualidade. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

PERES, Wiliam Siqueira. **Contra a Psicologia do Sacerdócio:** a vida que sangra, pulsa, vibra. In: MINELLA, Luzinete Simões; ASSIS, Gláucia de Oliveira; FUNCK, Susana Bórneo (Orgs.). **Políticas e fronteiras:** desafios feministas. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

A HUMANIZAÇÃO NA UTI POR MEIO DAS TECNOLOGIAS EM TEMPOS DE ISOLAMENTO SOCIAL – REVISÃO INTEGRATIVA

HUMANIZATION IN THE ICU THROUGH TECHNOLOGIES IN TIMES OF SOCIAL ISOLATION - INTEGRATIVE REVIEW

Maysa Rodrigues de SOUSA

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: maysasousa149@gmail.com

Amanda Diniz da SILVA

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: amandadinz22@gmail.com

Ruth Danielly Albano de ALMEIDA

Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)

E-mail: ruhdani1@gmail.com

RESUMO

A unidade de terapia intensiva é considerada como um local altamente agressivo e invasivo, em razão da intensidade das situações. No entanto, com a descoberta de um vírus potencialmente grave e de elevada transmissibilidade a COVID-19, levou a restrição das visitas presenciais e abertas à família na UTI, tal como, em todo contexto hospitalar, tornando-se um novo desafio tanto para os profissionais como também para os pacientes. Este trabalho tem como objetivo enfatizar a humanização diante dessa nova realidade por meio das tecnologias usadas para aproximar o paciente com seus familiares e tornar mais humano o cuidado, mesmo diante deste cenário. De modo geral, o uso das vídeos chamadas, mensagens de voz e mensagens de texto facilitou a comunicação, e a permanência no momento de fragilidade e transmitibilidade da doença.

Palavras-chave: Unidade de terapia intensiva. COVID-19. Isolamento social. Humanização por meio de tecnologias.

ABSTRACT

The intensive care unit is considered a highly aggressive and invasive place, due to the intensity of the situations. However, with the discovery of a potentially serious virus with high transmissibility to COVID-19, it led to the restriction of face-to-face and open

visits to the family in the ICU, as well as in the entire hospital context, becoming a new challenge for both the professionals as well as for patients. This work aims to emphasize humanization in the face of this new reality through the technologies used to bring patients closer to their families and make care more humane, even in this scenario. In general, the use of video calls, voice messages and text messages facilitated communication, and the permanence in the moment of fragility and transmission of the disease.

Keywords: Intensive care unit. COVID-19. Social isolation. Humanization through technologies.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu pela necessidade de reunir em um só lugar uma concentração de equipamentos, profissionais e cuidado contínuo para pacientes em estado crítico. A criação da UTI representou um marco importante na comunidade hospitalar intensiva no século XX. Atualmente, contribui constantemente para a recuperação e reabilitação de pacientes de diversas patologias, aplicando o tratamento correto (MORAES, TAVARES, FREITAS, AUED, 2021)

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do COVID-19 constituía uma Emergência de Saúde Pública de importância internacional, o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Diversas UTI's especializadas e exclusivamente para Covid foram instaladas, com a finalidade de concentrar em apenas um local todos os pacientes graves. Considerando também que é uma patologia contagiosa, medidas de proteção dos profissionais e da população em geral foram executadas (OMS, 2020).

Sendo assim, normas como equipamentos de proteção individual para profissionais da saúde, isolamento social, impedimento da permanência de acompanhantes para pacientes internados foram instaurados. O ser humano, que não está acostumado a viver isolado começou a sentir o impacto dessa ação, dentro dos próprios hospitais, profissionais de saúde iniciaram maneiras de tornar a reabilitação desses pacientes mais humanizados, buscando um conforto físico e mental para tais pacientes que já estavam sem apoio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL, 2020)

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A Revisão integrativa aqui apresentada se realizou mediante uma pesquisa qualitativa de literatura. Para isso foi necessário um levantamento bibliográfico a partir dos descritores: Pandemia da COVID 19, isolamento social, saúde mental, uti covid, google acadêmico, bases do SciELO e bibliotecas digitais. Os mesmos nos aproximaram das bases para revisão da literatura, bem como também, investigação científica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República

Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos, denominada de COVID 19. A doença COVID 19 (CORONAVIRUS DISEASE 2019) é uma infecção respiratória provocada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-Cov-2) (Schumann et al., 2020).

Isolamento social em tempos do Covid-19

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID 19 como uma pandemia (SCHMIDT et al., 2020). Nesta situação, o status da doença se modificou pela alta taxa de transmissão do vírus e sua propagação em nível mundial. A COVID-19 foi registrada em mais de 180 países ao redor do mundo, e mediante ao grande avanço da contaminação da doença, várias autoridades governamentais adotaram diversas estratégias, com a intenção de reduzir o ritmo da progressão da doença (KRAEMER et al., 2020).

No Brasil, diante da decorrência da pandemia de COVID-19, foi decretado pelo governo federal, por meio da portaria nº 340, de 30 de março de 2020, recomendações sobre medidas para o enfrentamento da emergência em Saúde Pública de importância Nacional decorrente de infecção humana pela COVID-19, no âmbito das Comunidades Terapêuticas. O Isolamento social tem como principal objetivo restringir o contato

entre as pessoas, buscando reduzir as chances de contaminação do vírus e, assim, a procura pelos serviços de saúde e o número de mortes (AQUINO ET AL., 2020).

No entanto, é preciso acrescentar que mesmo diante destes benefícios que o isolamento social traz que ao vivenciar esta restrição social pode ocasionar consequências na SM dos indivíduos. Nota-se que alguns estressores durante o IS são: afastamento de familiares e amigos, a constante incerteza quanto a duração deste isolamento, o acúmulo de tarefas durante as atividades de homeschooling e homeworking, etc. (BROOKS ET AL., 2020; SINGHAL, 2020).

Ainda nesse contexto, durante o processo de IS foi decretado em vários países, inclusive no Brasil, medidas que determinaram o fechamento de universidades, escolas, edifícios de escritórios, shoppings, comércios em geral, entre outros. Essas medidas geraram um profundo impacto na economia global (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

Pensando nas consequências do IS, um dos principais gatilhos para o surgimento do estresse é o sentimento de perda do direito de ir e vir, que ocasiona um estado de negação da gravidade da doença, e automaticamente a desconsideração da relevância do IS por meio de suas atitudes e comportamentos frente ao problema (BROOKS et al., 2020; ENUMO et al., 2020).

Ausência de Acompanhantes em UTI Covid

Aos enfermeiros há um entendimento em relação à presença do acompanhante na UTI como principal fonte de apoio psicológico e emocional ao paciente internado. Durante a internação em uma UTI, os enfermeiros têm como papel fundamental tornar este processo menos doloroso através de novas estratégias. O profissional deve buscar a educação continuada a fim de promover uma atualização em protocolos, através de seu embasamento científico. Quando questionados acerca do significado da presença do acompanhante e seus benefícios aos pacientes, os enfermeiros participantes informaram que o próprio auxilia nas questões emocionais, na segurança e resulta na maior aderência ao tratamento (MORAES; TAVARES; FREITAS; AUED, 2021).

Eugênio e Souza (2017) comprovam em seus estudos que a presença do familiar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), diminui a ansiedade do paciente, melhora os perfis hormonais e reduz complicações cardiovasculares. Promove o bem-estar cognitivo, bem como melhora a frequência cardíaca e respiratória, aumentando

consequentemente a saturação periférica de oxigênio, e corroborando para a melhora do paciente.

De acordo com o estudo feito por Moraes, Tavares, Freitas e Aued, a maior dificuldade expressa pelos enfermeiros foi em relação aos protocolos internos da UTI que muitas das vezes são rompidos pelos acompanhantes. As ações que se destacam são: manuseio de equipamentos restritos a equipe da UTI, falta de higienização de mãos, quebra da permanência restrita ao leito do paciente. Considerando estas questões há uma grande necessidade de capacitar a equipe de saúde a promover melhor relação com os acompanhantes, no sentido de facilitar a estes a compreensão sobre a segurança do paciente a partir da observância dos protocolos (MORAES; TAVARES; FREITAS; AUED, 2021).

Humanização dos pacientes em UTI Covid

Na área da saúde não é possível falar em cuidado sem enfatizar a humanização, isto é, tornar humano, benévolo, sendo entendida como uma medida que busca resgatar o respeito à vida humana em ocasiões sociais, éticas e psíquicas, presente no relacionamento humano. É ter capacidade de ser frágil, de chorar, de ser vulnerável, porém, ter vigor, lutar, resistir, compreender e observar a complexa relação entre corpo, mente e espírito (BECCARIA, 2008).

A unidade de terapia intensiva é considerada como um local altamente agressivo e invasivo, em razão da intensidade das situações, como risco de morte, ausência de controle de iluminação natural, presença de ruídos e uma rotina dinâmica da equipe (MORGON, GUIRARDELLO, 2004).

A proximidade do familiar no contexto hospitalar é vista por especialistas na área da saúde como um fator-chave na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde, pois tende a diminuir falhas ou erros na comunicação entre profissionais e famílias e aumentar a confiança dos envolvidos, durante o tratamento do paciente. (MENDIOLA, 2021).

No entanto, com a descoberta de um vírus potencialmente grave e de elevada transmissibilidade, identificado em dezembro de 2019, o novo coronavírus (SARS-CoV-2), capaz de causar sintomas leves a moderados semelhantes a uma gripe, mas que em outros casos, pode causar sintomas graves sendo necessário suporte respiratório e internação em UTI, levou a restrição das visitas presenciais e abertas à família na UTI,

tal como, em todo contexto hospitalar, após publicação do decreto da Organização Mundial da Saúde (OMS) declarando estado de pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

A nova realidade trouxe inúmeros desafios, tanto para os profissionais da saúde, quanto para pacientes e seus familiares. Os profissionais da saúde depararam-se dia a dia com obstáculos voltados ao medo da contaminação, devido à exposição a um patógeno pouco conhecido, insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado para situação, escassez de leitos de UTI para suprir a demanda da COVID-19. (BRASIL, 2020).

Para os pacientes, os desafios frente a uma internação em UTI já eram grandes mesmo antes do período pandêmico, como restrição ao leito, alimentação diferenciada dos hábitos diários, vergonha da exposição do corpo durante momentos de higiene e/ou hábitos intestinais, ruído e iluminação constante, comunicação prejudicada em casos de pacientes traqueostomizados e/ou desorientados (VALLEY; SCHUTZ; NAGLE; MILES; LIPMAN; KETCHAM; KENT; HIBBARD; HARLAN; HAUSCHILDT, 2020).

Com a COVID-19, além das dificuldades e desafios citados, soma-se o isolamento social excepcional, onde as visitas presenciais foram temporariamente suspensas, contribuindo ainda mais para o estresse agudo, ansiedade e sintomas de depressão dos pacientes e levando muitos a desenvolverem delirium, dificultando o desmame de ventilação mecânica e aumentando a necessidade de sedação contínua (NING; SLATYER, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a pandemia da COVID 19, com a demanda de pacientes internados na unidade de tratamento intensivo, o uso de dispositivos móveis foi adotado como estratégia para auxiliarem o contato paciente-família, bem como permitiram que as famílias participassem das decisões médico-pacientes.

O enfoque inicial foi pensado nos pacientes que estavam em isolamento social (O entendimento de isolamento é a separação de indivíduos infectados dos não infectados durante o período de transmissibilidade da doença.), com a preocupação da equipe multidisciplinar em manter a saúde mental, o contato com a família e a melhora do mesmo. O uso das vídeo chamadas, mensagens de voz e mensagens de texto facilitou a comunicação, e a permanência no momento de fragilidade e transmitibilidade da

doença, o principal objetivo de qualquer avanço tecnológico é otimizar os sistemas atuais, facilitar o trabalho do médico e, em geral, melhorar o atendimento ao paciente, reduzindo o erro humano e ainda diminuindo custos e garantindo a aproximação dos familiares.

REFERÊNCIAS

Aquino, E., Silveira, I. H., Pescarini, J., Aquino, R., & Souza-Filho, J. A. (2020). **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil.** *Ciênc. Saúde Coletiva Preprints*. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550>. Acesso em 14 de Março de 2023.

BECCARIA, Lúcia M. et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde*, v. 2, n. 15, p. 65-9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa analisa impacto psicológico da covid em profissionais da saúde** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

EUGÊNIO, Cláudia Severgnini; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade?. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, [S.L.], v. 7, n. 3, p. 539-549, 17 out. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-34364>. Acesso em: 13 de Março, 2023.

FARIAS HS. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. Espaço e Econ. *Rev Bra Geogr*. Econ.2020;9(17):1-10. DOI: 10.4000/espacoeconomia.11357

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. (2020a). **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial Informações Gerais**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cartilha-saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>. Acessado em 13 de Março, 2023

FREEMAN-SANDERSON, Amy; ROSE, Louise; BRODSKY, Martin B. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corta laços com o mundo exterior dos pacientes. *Australian Critical Care*, v. 33, n. 5, pág. 397-398, 2020.

KRAEMER, M. U. G., Yang, C.-H., Gutierrez, B., Wu, C.-H., Klein, B., Pigott, D. M., Plessis, L.D., Faria, N. R., Li, R., Hanage, W. P., Brownstein, J. S., Layan, M., Vespignani, A., Tian, H., Dye, C., Pybus, O. G., & Scarpino, S. V. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science Preprints*, 1–10. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abb4218> 13 de Março, 2023.

MARIN-CORRAL, Judith; GARCIA-SANZ, Àngela; MASCLANS, Joan Ramon. Humanizing ICU Coronavirus Disease 2019. **Care. Chest**, [S.L.], v. 159, n. 2, p. 489-491, 2021.

MENDIOLA, Brittany et al. Facilitando a Visitação Virtual em Unidades de Terapia Intensiva Durante uma Pandemia. **Prática Holística de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 60-64, 2021.

MORGON FH, GUIRARDELLO EB. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev Latinoam Enferm** 2004;12(2):198-203.

NING, Jing; SLATYER, Susan. When 'open visitation in intensive care units' meets the Covid-19 pandemic. **Intensive And Critical Care Nursing**, [S.L.], v. 62, p. 102969. 2021. Disponível em: <https://researchrepository.murdoch.edu.au/id/eprint/58977/> Acesso em: 13 de Março, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doença causada pelo coronavírus (COVID-19): **Relatórios de Situação da OMS**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid19>. Acesso em: 13 de Março, 2023.

Schuchmann, A. Z., Schnorrenberger, B. L., Chiquetti, M. E., Gaiki, R. S., Raimann, B. W., & Maeyama, M. A. (2020). Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(2), 3556–3576. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>.

VALLEY, Thomas S.; SCHUTZ, Amanda; NAGLE, Max T.; MILES, Lewis J.; LIPMAN, Kyra; KETCHAM, Scott W.; KENT, Madison; HIBBARD, Clarice E.; HARLAN, Emily A.; HAUSCHILDT, Katrina. Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. **Am J Respir Crit Care Med.**, Nova York, v. 202, n. 6, p. 883-885, 2020.

WENDEL PK, STACK RJ, CHISHOLM MF, KELLY MJ, ELOGOODIN B, LIGUORI G A, GREEN DST, KALSI MS, SOFFIN EM. Development of a Communications Program to Support Care of Critically Ill Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) **Patients**;7(5):673- 676. 2020.

A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO

THE PERFORMANCE OF SOCIAL SERVICE IN THE SUPERINTENDENCE OF PRIMARY CARE IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUAÍNA-TO

Samara Marinho de ARAÚJO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: samaramarinho324@gmail.com

Marcia Pereira da SILVA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: marcia@hotmail.com.br

Jales da Silva DIAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: jales.dias.enf@gamil.com

Thaize Helena Eneias CORDEIRO (SMSA)
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: marcia@hotmail.com.br

RESUMO

A implantação do Departamento de Serviço Social na Superintendência da Atenção Básica SUPAB na cidade de Araguaína surgiu diante da necessidade de organizar o fluxo de atendimentos das demandas para tratamento de saúde via SUS – Sistema Único de Saúde da população araguainense, tendo em vista a evidências apontadas por órgãos judiciais e executivos dos serviços de saúde público do Estado do Tocantins, que revelaram um grande quantitativo de pessoas buscando por tratamentos de saúde oriundos de outros Estados Federativos que modificavam dados no Sistema do Cartão SUS - CADSUS WEB a fim de conseguir atendimento na rede SUS de Araguaína, ocasionando uma superlotação das redes da Atenção Básica e Especializada de Saúde, comprometendo acesso dos munícipes locais a atendimento de saúde.

Palavras-chave: Serviço social. Atenção básica. Acesso.

ABSTRACT

The implementation of the Department of Social Service in the Superintendency of Basic Care SUPAB in the city of Araguaína emerged from the need to organize the flow of care for demands for health treatment via SUS - Unified Health System of the Araguainense population, in view of the evidence pointed out by judicial bodies and executives of public health services in the State of Tocantins, which revealed a large number of people seeking health treatments from other Federative States who modified data in the SUS Card System - CADSUS WEB in order to get care in the network SUS de Araguaína, causing an overcrowding of the Primary and Specialized Health Care networks, compromising the access of local citizens to health care.

Keywords: Social service. Basic attention. Access.

INTRODUÇÃO

A implantação do Departamento de Serviço Social na Superintendência da Atenção Básica SUPAB na cidade de Araguaína surgiu diante da necessidade de organizar o fluxo de atendimentos das demandas para tratamento de saúde via SUS – Sistema Único de Saúde da população araguainense, tendo em vista as evidências apontadas por órgãos judiciais e executivos dos serviços de saúde público do Estado do Tocantins, que revelaram um grande quantitativo de pessoas buscando por tratamentos de saúde oriundos de outros Estados Federativos que modificavam dados no Sistema do Cartão SUS - CADSUS WEB a fim de conseguir atendimento na rede SUS de Araguaína, ocasionando uma superlotação das redes da Atenção Básica e Especializada de Saúde, comprometendo acesso dos munícipes locais a atendimento de saúde.

Outro problema detectado foi a questão da morosidade na realização de análise de solicitações de autorização para o serviço de transporte sanitário, que precisava ser melhor organizado e otimizado para atender de forma mais qualitativa a população.

Diante disso, em 04 de março de 2021, foi criado Decreto Municipal nº 011 que dispõe sobre a obrigatoriedade do Cartão Nacional de Saúde - CNS para atendimento no âmbito da Gestão Municipal de Araguaína, esse decreto visa resguardar o direito de atendimento dos cidadãos munícipes de Araguaína. Já em 18 de março de 2021, foi criada a Portaria Municipal nº 59 que dispõe sobre aprovação do Manual de

Procedimento Operacional do Transporte Sanitário no âmbito de competências da Secretaria Municipal de Saúde que regulamentou e organizou o serviço de transporte sanitário com parte das atribuições do Serviço do Serviço Social implantado.

Os trabalhos do Serviço Social da SUPAB foram iniciados após a publicação das regulamentações para que os direitos dos usuários pudessem ser garantidos.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Apresentar a importância da implantação do Serviço Social na Atenção Básica de Araguaína como forma de organizar, implementar e assegurar os cumprimentos dos requisitos básicos para a obtenção de direitos básicos dos cidadãos.

Objetivos específicos

- 1) Realizar uma explanação dos benefícios da implantação do Serviço Social na Atenção Básica de Araguaína;
- 2) Demonstrar a necessidade de organização das demandas oriundas para acesso ao SUS de Araguaína;
- 3) Analisar a relevância de otimizar o acesso ao Serviço de Transporte Público Sanitário conforme critérios estabelecidos;
- 4) Garantir a atualização do Cartão Nacional de Saúde aos usuários residentes no município de Araguaína.

METODOLOGIA

Diante da necessidade de organização do sistema de atendimento de atualização e regularização das demandas para acesso ao sistema SUS na cidade de Araguaína – TO, e da implementação dos serviços de transporte sanitário fez-se imperativo a implantação do Serviço Social na Atenção Básica a fim de organizar analisar e implementar os processos de solicitações para transporte sanitário e regularização do Cadastro Nacional de Usuários do Sistema SUS.

Diante do que foi mencionado e para realização deste projeto fez-se necessário realizar um estudo/pesquisa de base qualitativa e quantitativa, objetivando analisar e discutir a importância do Serviço Social no âmbito da Atenção Básica. Sendo a primeira

de caráter exploratório para evidenciar e formular hipóteses úteis para comprovação da importância do serviço ofertado a população, já a segunda para mensurar o número de atendimentos realizados pelo Serviço Social desde a sua implantação até o momento atual assegurando sua eficácia e eficiência diante das demandas e exigências locais.

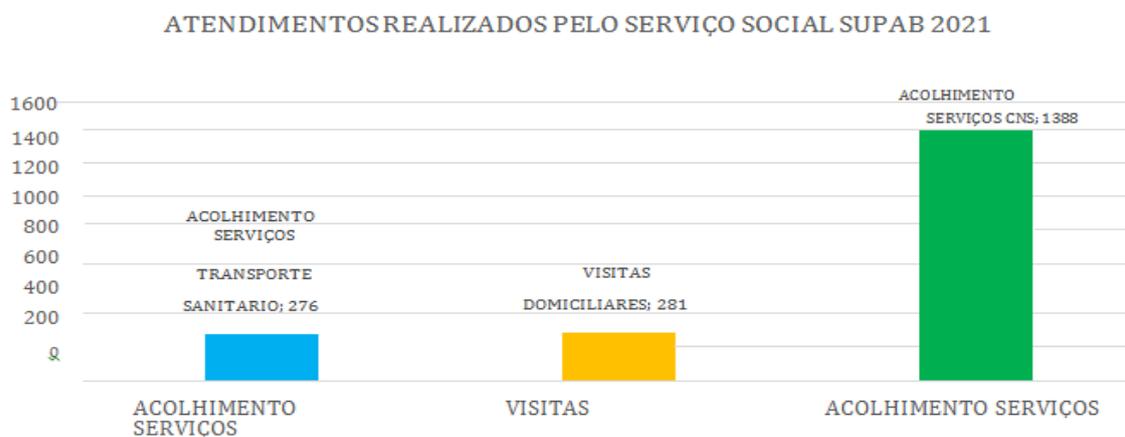
RESULTADOS

O Serviço iniciou-se em janeiro de 2021 com apenas um profissional Assistente Social, mas devido ao aumento das demandas, no ano de 2022, viu-se a necessidade de integrar mais um profissional ao serviço.

No que concerne a regularização do Cartão SUS, atualmente é realizado triagem e visitas domiciliares com objetivo de identificar a veracidade e comprovação das informações fornecidas, a fim de viabilizar e regularizar as solicitações feitas pelos usuários.

Já para o transporte sanitário as solicitações dos usuários são feitas pelas Unidades Básicas de Saúde, onde a equipe de saúde realiza uma visita domiciliar para atestar a necessidade do cidadão, e manifesta sua opinião por meio de relatório encaminhado para o Departamento de Assistência Social que avalia para deferimento ou indeferimentos da solicitação, em caso de deferimento encaminha a solicitação para o setor de transporte para as providenciar o atendimento da solicitação.

Atualmente, o setor de Transporte da Secretaria Município de Saúde de Araguaína conta com três veículos específicos sendo eles duas ambulâncias e um van de com capacidade para dezoito lugares, além da frota convencional que também pode ser utilizada para atendimentos de pacientes com mobilidade normal.



Fonte: autoral

Em 24 meses de implantação do Serviço Social na SUPAB, foram realizados um total de 1945 atendimentos, sendo 1.388 acolhimentos para demandas do serviço do CNS, 276 acolhimentos do serviço do transporte sanitário e 281 visitas domiciliares. Já as solicitações e atualizações de CNS foram registrados 19.583 serviços realizados no ano de 2021 e 29.119 no ano de 2022.

CONCLUSÃO

Foi possível analisar o resultado dessa experiência ao qual a implantação do Serviço Social da SUPAB teve resultado exitoso, considerando os atendimentos na Atenção Básica através do controle de cidadãos advindos de outros municípios, controle das alterações cadastrais do CADSUS, para os cidadãos Araguaínenses e ainda foi possível garantir o cumprimento das prerrogativas prevista no Decreto Municipal 011/2022 para acesso dos usuários sistema SUS no município de Araguaína, bem como orientar o fluxo para os atendimentos dos transportes sanitários ofertados pela Atenção Básica.

Um dos princípios do SUS, a integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender as demandas e necessidades desta pessoa.

Neste viés de pensamento a disponibilização do Serviço Social na SUPAB foi um mecanismo para a garantia do acesso mais humanizado ao usuário do Sistema Único de Saúde por meio de um serviço voltado para o atendimento das necessidade reais dos munícipes de Araguaína, bem como para análise e regulação da demanda existente tendo como base a veracidade e checagem in loco das informações e dados fornecidas pelos solicitantes, para assim, assegurar a eficácia e eficiência dos serviços ofertados na Rede SUS de Araguaína –TO.

REFERÊNCIAS

ARAGUAÍNA. **Portaria nº 59 de 18 de março de 2021**, que dispõe sobre aprovação do Manual de Procedimento Operacional do Transporte Sanitário no âmbito de competências da Secretaria Municipal de Saúde. Diário Oficial do Município de Araguaína-TO, ano X segunda feira, 22 de março de 2021 – nº 2,270.

ARAGUAÍNA. **Decreto municipal nº 011 de 04 de março de 2021** que dispõe sobre a obrigatoriedade do Cartão Nacional de Saúde - CNS para atendimento no âmbito da Gestão Municipal de Araguaína e dá outras providências. Diário Oficial do município de Araguaína-TO, ano x – quinta feira, 04 de março de 2021 – nº 2,258.

CADSUS CADWEB - **Cadastro Nacional dos Usuários do Sistema Único de Saúde**
Disponível em
<https://cadastro.saude.gov.br/novocartao/restrito/usuarioConsulta.jsp?govBrCode=Zf1LDn> - Acesso em 25/03/2023.

PALIVIZUMABE: A IMPORTÂNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS POLOS DE ADMINISTRAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA PARA A REGIÃO MÉDIO NORTE ARAGUAIA

PALIVIZUMAB: THE IMPORTANCE OF DECENTRALIZATION OF IMMUNOGLOBULIN ADMINISTRATION POINTS FOR THE MID-NORTE ARAGUAIA REGION

Pâmella Araújo FERREIRA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: pamella@hotmail.com.br

Welka Cerqueira Brandão GOUVEIA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: welkabrandao@yahoo.com.br

130

INTRODUÇÃO

O Palivizumabe (anticorpo monoclonal humanizado) é um medicamento indicado para a prevenção de doença grave nas vias respiratórias causadas pelo vírus sincicial respiratório-VSR, um dos principais agentes etiológicos causadores de infecções das vias respiratórias em recém-nascidos e crianças pequenas de alto risco. Por evoluírem com maior gravidade, os principais grupos de risco elegíveis ao uso do Palivizumabe são: prematuros menores de 28 semanas e 6 dias, aqueles com cardiopatia congênita e doença pulmonar crônica da prematuridade.

O VSR é responsável por grande número de casos de bronquiolite viral aguda, chegando 64% dessas infecções no Brasil. A administração do palivizumabe consiste no máximo em cinco doses anuais, observando a sazonalidade de cada região do país. No Tocantins a época propícia para administração corresponde aos meses de janeiro a maio.

A profilaxia com Palivizumabe foi associada a redução das causas de mortalidade e hospitalizações pelo VSR, redução do número de dias de hospitalização, do uso de oxigênio e na frequência de internações na UTI.

No ano de 2014 iniciou-se o processo de implantação do Palivizumabe no estado do Tocantins, os 2 primeiros polos do estado a realizar a administração do anticorpo estavam no município de Palmas, sendo eles o Hospital Dona Regina e o Hospital Infantil de Palmas.

Após a elaboração do projeto de maneira conjunta com a Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína e a Secretaria de Estado do Tocantins, foi implantado em janeiro de 2020 o III Polo de Administração do Palivizumabe no Hospital Municipal Dr. Eduardo Medrado no município de Araguaína, atendendo todas as crianças elegíveis ao uso da medicação da região Médio Norte Araguaia.

OBJETIVO

Objetivo geral

Ampliar o acesso dos recém-nascidos e crianças da região macronorte a administração do Palivizumabe, a fim de reduzir o número de hospitalizações por bronquiolite.

Objetivos específicos

- 1) Reduzir o quantitativo de pacientes faltosos na administração do Palivizumabe, a fim de diminuir a vulnerabilidade dos recém-nascidos e crianças a complicações causadas por Bronquiolite.
- 2) Melhorar o acesso das crianças com pelo menos 1 critério para uso da profilaxia com Palivizumabe a um polo de administração para prevenção de casos graves de Bronquiolite.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com análise retrospectiva da implantação do polo do Palivizumabe, no município de Araguaína nos anos de 2020 a 2023. Foi constatada pela Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Araguaína, a necessidade de um novo polo de administração da imunoglobulina que atendesse a necessidade da região Médio Norte Araguaia, pois devido a distância entre a região e os polos já existentes, o quantitativo de faltosos eram altos, fazendo com que mais crianças elegíveis ao uso da medicação ficassem vulneráveis ao desenvolvimento de casos graves de bronquiolite.

Após a realização da análise iniciaram as reuniões entre a Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína e Secretaria Estadual de Saúde para dar início ao processo de descentralização do serviço para Araguaína com o objetivo de viabilizar o acesso dos

pacientes da Região Médio Norte Araguaia e reduzir o absenteísmo dos recém-nascidos e crianças.

Foram realizadas reuniões de alinhamento e construção do fluxo durante o ano de 2019 entre as equipes da Secretaria Municipal de Saúde, Hospital Municipal Dr. Eduardo Medrado e Secretaria Estadual de Saúde por meio da Área Técnica da Rede Cegonha e Saúde da criança. Em janeiro de 2020 foi realizada a capacitação da equipe do polo de Araguaína, onde a equipe composta por Enfermeiras, Farmacêutica e Técnica de Enfermagem tiraram todas as dúvidas. Após todo o alinhamento da equipe, no dia 28 de fevereiro de 2020 foi realizado o primeiro dia D do III Polo de administração do Palivizumabe no Hospital Municipal de Araguaína.

RESULTADOS

Em pouco tempo, após a implantação do novo polo, identificou-se uma quantidade significativa de pacientes de Araguaína e também encaminhados de outros municípios para receber a medicação, demonstrando a importância de um polo que atendesse a logística dos municípios para a efetividade do serviço. Desde a implantação do III Polo de administração do Palivizumabe em 2020 (janeiro de 2020 a março de 2023), 67 pacientes foram elegíveis com pelo menos 1 critério e receberam Palivizumabe.

A faixa etária dos pacientes variou entre 1 mês e 2 anos incompletos, sendo 61,2% com doença pulmonar, 34,3% cardiopatas congênitos e 4,5% prematuros. Do total de pacientes que receberam o anticorpo 61,2% das crianças são do município de Araguaína e 38,8% dos municípios da região. Até o momento, não houve intercorrências na administração da medicação e não foi relatada nenhuma reação adversa documentada. Notou-se que houve maior adesão e acessibilidade dos municípios da região médio norte Araguaia ao polo III do Palivizumabe, devido a menor distância percorrida ao trazer os pacientes para uso da medicação.

Os recém-nascidos que preencheram os critérios para receber o Palivizumabe que necessitaram permanecer internados na unidade neonatal do Hospital Dom Orione, iniciaram as doses ainda internados e completaram o esquema após a alta hospitalar.

CONCLUSÃO

No primeiro ciclo de administração do anticorpo após a criação do III polo no município de Araguaína, 25 pacientes receberam o anticorpo, uma quantidade significativa de pacientes que foram encaminhados para receber a medicação, reforçando mais uma vez a necessidade de uma logística que atenda a necessidade dos pacientes e seja viável aos municípios para maior efetividade das ações.

Todos os pacientes elegíveis com no mínimo 1 (um) critério para uso da medicação com prescrição após o fim da sazonalidade no ano, são orientados que o anticorpo será realizado no próximo ciclo de sazonalidade. O Palivizumabe é um anticorpo monoclonal, único disponível no mercado até o momento e tem a ação de neutralizar e inibir o processo de fusão do vírus à célula epitelial respiratória, impedindo a sua replicação.

Deste modo, o Palivizumabe gera imunização passiva o que faz com que a criança não tenha infecção ou tenha uma apresentação clínica mais branda ao ser infectada pelo antígeno viral. Diferentemente das vacinas, o Palivizumabe não induz memória imunológica, sendo necessária sua aplicação de forma recorrente durante todo o período de sazonalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria conjunta nº 23, de 3 de outubro de 2018. **Aprova o Protocolo de Uso do Palivizumabe para a Prevenção da Infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório**. Diário Oficial da União, n. 196, seção 1, p. 63, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Ku-jrw0TZC2Mb/content/id/44708464/. Acesso em: 03 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso do anticorpo monoclonal Palivizumabe durante a sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório - VSR** [recurso eletrônico].

CONITEC. **Protocolo de uso. Palivizumabe para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório**. [Cited 2021 May 01]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_ProtocoloUso_Palivizumabe.pdf

ORIENTAÇÕES PARA O USO DO PALIVIZUMABE NAS UNIDADES DE CUIDADOS NEONATAIS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **Farmácia Cidadã do Espírito Santo**, 2021. Disponível em: <https://farmaciadada.es.gov.br>. Acesso em: 10/03/2023.

RODRIGUES, APARECIDA MONTEIRO; BEZERRA, DANIELLA TEIXEIRA; CUNHA, MARIA LUIZA FERREIRA DE SOUSA VIEIRA DA; CHAGAS, MARIA LÚCIA; CANTUARIA, ALESSANDRA PEREIRA. **Implantação De Um Polo De Referência Para Aplicação De Palivizumabe No Município De Guarulhos/sp,2016.** <http://anais.sbp.com.br/trabalhos-de-congressos-da-sbp/19-congresso-brasileiro-de-infectologia-peditrica/0264-implantacao-de-um-polo-de-referencia-para-aplicacao.pdf>

SANTOS, Ivana Dalcol Rodrigues dos. **Avaliação da administração do Palivizumabe em pacientes prematuros no período neonatal e no seguimento ambulatorial no primeiro ano de vida** / Ivana Dalcol Rodrigues dos Santos. - Botucatu, 2021

PALIVIZUMABE. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 27/03/2023.

**CONSTRUINDO UM PROTOCOLO ORGANIZACIONAL: UMA
EXPERIÊNCIA COM A ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA
DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA-TO**

**BUILDING AN ORGANIZATIONAL PROTOCOL: AN EXPERIENCE WITH
ORAL HEALTH CARE AT THE ARAGUAÍNA-TO HEALTH
DEPARTMENT**

Sandro Rogério Cardoso DE PAULO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: sandro@hotmail.com.br

Thaíze Helena Eneias CORDEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: thaize@hotmail.com.br

Dênia Rodrigues CHAGAS
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
E-mail: dra.denia.enf@gmail.com

Gabriela Carvalho DE MELO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: gabriella@hotmail.com.br

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína passa por transformações significativas nos serviços de saúde, com possibilidades de reflexão e discussão para reorganizar os serviços nas Unidades de Saúde, de forma participativa e democrática (BRASIL, 2017).

O processo de trabalho está fundamentado nas necessidades de saúde da população, no fortalecimento do vínculo e da integralidade do cuidado. Diante desse cenário a Secretaria Municipal da Saúde vem promovendo as atualizações dos seus protocolos para dar mais qualidade aos processos de trabalhos, com atendimentos mais humanizados e com fluxos na rede mais transparentes, respeitando as políticas públicas vigentes do Ministério da Saúde, suas portarias e baseados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) que constituem como documentos oficiais, para garantir a assistência terapêutica integral existentes, produzidos pelo mesmo Ministério (RIGO, 2021) e documentos normativos da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os incidentes com danos gerados aos pacientes são conhecidos como Eventos Adversos (EA), podem e devem ser evitados ou minimizados com tomadas de decisões corretas que evitem situações de acidentes odontológicos, na possibilidade de influenciar na segurança do paciente por eventos adversos (WHO, 2008).

Por isso, estamos construindo um protocolo para padronização das ações/serviços/procedimentos em atenção à saúde bucal para a Secretaria Municipal de Araguaína, um instrumento para melhoria dos serviços prestados e que traga benefícios aos trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Para tanto, foi necessária a participação de todos os profissionais da área técnica de saúde bucal na elaboração desse documento, e, posteriormente, esse documento, será apreciado por meio de uma consulta pública, para que de fato a participação/construção seja de forma ascendente e envolva os diversos segmentos do ensino-serviço-comunidade. Finalizando com a publicação e a aplicação do protocolo na rede local em outra etapa, depois dessa.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Construir um protocolo de atenção à saúde bucal com a Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Objetivos específicos

- 1) Envolver todos os cirurgiões-dentistas e os gestores do SUS local, com a comunidade na construção do protocolo em atenção à saúde bucal;
- 2) Atualizar o protocolo em atenção à saúde bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína;
- 3) Apresentar, em um prazo determinado, para consulta pública da minuta do novo protocolo em atenção à saúde bucal aos profissionais, usuários e gestores locais e conselheiros de saúde do SUS;
- 4) Minimizar as fragilidades na gestão do cuidado e aumentar as potencialidades na atenção à saúde bucal na rede local.

METODOLOGIA

Trata-se da construção de um protocolo organizacional para a Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, por meio de uma pesquisa bibliográfica, levantamento de dados secundários, disponíveis de algumas secretarias municipais de saúde no Brasil e com experiências exitosas na elaboração e aplicação de protocolos em atenção à saúde bucal, e também da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Foram selecionados protocolos de diferentes cidades, portarias do ministério da saúde, normativas municipais da atenção básica em saúde e outros documentos que contribuíram para organizar o protocolo. Com isso, verificou-se a existência de um protocolo de Araguaína do ano de 2012 desatualizado. Esse levantamento foi feito pela assessoria técnica da Superintendência da Atenção Básica (SUPAB) e profissionais da diretoria de saúde Bucal.

Após a análise desses documentos, foi realizada uma reunião com a equipe para a sondagem das necessidades, fragilidades e potencialidades existentes na Atenção em Saúde Bucal na rede local. Após isso, verificou-se a necessidade de atualizar o protocolo do ano de 2012.

Para tanto, foi iniciado um novo protocolo em atenção em saúde bucal para a Superintendência da Atenção Básica com os seguintes conteúdos: a participação da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde, abordando a sua transversalidade na atenção básica por meio da estratégia saúde da família, os serviços ofertados na rede, as recomendações da leitura dos documentos orientadores da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde e decretos e normativas municipais, o papel e as atribuições dos profissionais e suas competências, a organização dos processos de trabalho incluindo o fluxo e linha de cuidado, o atendimento odontológico pela rede especializada (CEO) na referência e contrarreferência.

Portanto, como se trata de um documento em construção, a próxima etapa será a consulta pública que será nos meses de abril a maio de 2023 e posteriormente sua publicação com validação e aplicação do instrumento nos serviços na rede local.

RESULTADOS

Com a construção do protocolo, o resultado foi a padronização dos processos de trabalho, fluxos definidos com a organização dos serviços por meio da gestão

participativa, na perspectiva de minimizar as fragilidades referentes à gestão do cuidado e aumentar as potencialidades na rede local em saúde bucal para os profissionais e pacientes, fomentando a agilidade no atendimento e sempre promovendo os princípios e diretrizes do SUS e o controle social. Assim, após a consulta pública, prosseguir com a publicação e validação desse instrumento de gestão para efetivar sua implementação na rede local.

CONCLUSÃO

Concluimos que é possível a construção de um protocolo organizacional com a participação de todos os interessados, porque com a padronização dos processos de trabalho e dos fluxos, vamos notar uma melhora na comunicação eficiente para e com os serviços ofertados na rede local e entre os envolvidos nessa construção e, conseqüentemente, avançar na qualidade dos serviços na atenção à saúde bucal.

Com isso, minimiza os problemas gerenciais e potencializar os atendimentos, de forma mais humanizada, promovendo a segurança do trabalhador e dos usuários do SUS em relação às demandas e seus caminhos para a integralidade da atenção, na perspectiva de qualificar os serviços prestados e satisfazer os usuários. Entretanto, a construção do protocolo ainda não foi finalizada, já que falta a consulta pública e publicação oficial que estão pendentes e serão concluídas em outra etapa.

Palavras-Chave: Saúde Bucal; Protocolo Organizacional; Cirurgião-dentista; Serviços de Saúde

REFERÊNCIAS

ARAGUAÍNA. Decreto 012, de 4 de março de 2021. Dispõe sobre as normas de gestão e aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Araguaína**. 04 març.2021.

ASSOCIAÇÃO de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **Conselho Federal de Odontologia (CFO)**. Recomendações AMIB/CFO para enfrentamento da COVID-19 na Odontologia. Fevereiro. [Internet]. 2020. [citado em 03 de Maio de 2021]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/AMIB_CFO-Recomendac%CC%A7o%CC%83es.pdf.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; 17. Ministério da Saúde, 2008.

ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE ARAGUAÍNA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023 - JNT FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1 ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-56. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 17. Brasília, 2006.

BRASIL, Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: . Acesso em 30/01/2023.

GONÇALVES, E.R.; RAMOS, F.R.S. Dentists' work within the family health strategy: potential and limits in the struggle for a new care model. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.301-14, abr./jun. 2010.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. **Saúde da Família**: a procura de um modelo anunciado. *Cad. Saúde Família*, v.1, n.1, p.3-8, 1996.

LUNA Fº, B. Seqüência básica na elaboração de protocolos de pesquisa. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 71, n. **Arq. Bras. Cardiol.**, 1998 71(6), p. 735-740, dez. 1998.

NÓBREGA, W. F. S., da Silva, G. C. B., Barbosa, D. V., & Cavalcanti, S. D. Á. L. B. (2021). **Acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária antes e durante o contexto da pandemia de COVID-19**. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 10(7), 1164-1166.

RIGO, A. P., Levandovski, R. M., & Tschiedel, B. (2021). **Protocolo Clínico do Ministério da Saúde/Brasil para Doença de Parkinson**: adesão e percepção do médico prescritor. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 197-208.

WERNECK, M. A. F. de Faria, H. P. Campos, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary of the evidence on patient safety: implications for research**. Genebra: WHO, 2008.

ESTRATÉGIAS EFICAZES PARA CESSAR O TABACO EM PACIENTES NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA

EFFECTIVE STRATEGIES TO QUIT TOBACCO IN PATIENTS IN THE MUNICIPALITY OF ARAGUAÍNA

Tuliana Pereira Santos DIAS
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: ulianasantos@hotmail.com

Neyra Renha de Sousa MIRANDA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: neyra.miranda@araguaina.to.gov.br

140

INTRODUÇÃO

Em maio de 2022, iniciou-se 2 grupos de tabagismo, sendo um grupo na UBS Couto Magalhães, onde os encontros aconteciam no período vespertino, com total de 20 pacientes, e outro grupo na UBS Araguaína Sul, sendo realizado no período noturno devido a necessidade dos participantes não conseguirem comparecer na unidade de saúde no período comercial, totalizando 18 pacientes que finalizaram os grupos deixando de fumar. Os Grupos ofertaram apoio emocional, suporte psicológico, acompanhamento nutricional, técnicas de respiração entre outras atividades.

Os grupos oferecem uma combinação de apoio emocional, conselhos práticos e informações sobre as melhores práticas para parar de fumar. A reunião acontece presencialmente nas Unidades Básicas de Saúde durante um período de 6 a 12 meses contemplando os pacientes que desejam cessar o uso do tabaco.

Os grupos de tabagismo trazem muitos benefícios para o município como a redução dos custos de saúde, sabendo-se que o tabagismo é um grande fator de risco para uma série de doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias.

Essas doenças podem levar a altos custos de saúde para o município. Ao ajudar as pessoas a parar de fumar, os grupos de tabagismo podem reduzir esses custos. Melhoria da qualidade de vida, pois o tabagismo também pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, ao ajudar as pessoas a parar de fumar, elas melhoraram sua saúde e bem-estar geral. Promoção de hábitos saudáveis, ajudando encorajar as pessoas a adotar outros hábitos, como fazer exercícios e seguir uma dieta

equilibrada, isso pode ter um impacto positivo na saúde geral da comunidade. Fortalecimento da comunidade, onde as pessoas se apoiam e trabalham juntas para alcançar objetivos comuns. Isso pode levar a um maior senso de conexão e pertencimento na comunidade.

Muitas pessoas que querem parar de fumar, porém podem não ter acesso a serviços de tratamento adequados, como aconselhamento e medicamentos para ajudá-los a superar o vício. Um projeto de tabagismo pode fornecer acesso a esses serviços para aqueles que precisam deles.

Existe uma necessidade de conscientização pública, ainda há muita desinformação sobre o tabagismo e seus efeitos na saúde. É necessário ajudar a aumentar a conscientização pública sobre os riscos associados ao tabagismo e incentivar as pessoas a tomar medidas para reduzir o risco de doenças relacionadas ao tabaco.

Algumas pessoas lutam para parar de fumar por conta própria e podem se beneficiar de suporte e orientação adicionais. Por isso a importância de fornecer esse suporte e ajudar as pessoas a alcançar seus objetivos de saúde e bem-estar.

Tabagismo é o hábito de fumar cigarros ou outros produtos que contenham tabaco. O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, pois o consumo do tabaco está associado a diversos problemas de saúde, incluindo doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer e outros problemas de saúde. Além disso, o tabagismo também é um fator de risco para outras doenças e condições, como diabetes e infertilidade.

Existem muitas estratégias para ajudar as pessoas a pararem de fumar, incluindo terapia de reposição de nicotina, medicamentos prescritos, terapia comportamental e suporte social. A cessação do tabagismo pode levar a melhorias significativas na saúde, incluindo uma redução no risco de doenças relacionadas ao tabaco e uma melhoria na qualidade de vida.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Promover mudanças positivas de comportamento que contribuam para redução da exposição a fatores de risco de câncer, entre outras doenças causadas pelo tabagismo nos pacientes no município de Araguaína.

Objetivos específicos

- 1) Reduzir o uso do tabaco e seus efeitos nocivos à saúde;
- 2) Realizar medidas de prevenção e controle do tabagismo, que incluem ações de conscientização sobre os riscos do uso do tabaco, políticas públicas para reduzir o acesso ao tabaco;
- 3) Dar apoio para a cessação do tabagismo e tratamento para doenças relacionadas ao tabaco;
- 4) Promover uma sociedade livre do tabaco e melhorar a saúde e qualidade de vida da população.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada em grupo de tabagismo pode variar dependendo da abordagem adotada pelos profissionais envolvidos. No entanto, geralmente são utilizadas algumas técnicas e estratégias comuns, como:

- 1) Avaliação inicial: os participantes são avaliados individualmente para identificar suas necessidades e nível de dependência do tabaco;
- 2) Educação sobre os riscos do tabagismo: os participantes são informados sobre os riscos do tabaco para a saúde e os benefícios de parar de fumar;
- 3) Terapia comportamental: os participantes aprendem técnicas para lidar com situações de risco e a lidar com a abstinência;

Terapia de reposição de nicotina: os participantes podem receber ajuda para substituir a nicotina do tabaco por outras formas de reposição de nicotina, como adesivos, gomas ou pastilhas.

Grupos de apoio: os participantes podem compartilhar suas experiências e dificuldades com outros que estão passando pelo mesmo processo de parar de fumar.

Acompanhamento: os participantes são acompanhados regularmente para avaliar seu progresso e fornecer suporte contínuo.

O grupo de tabagismo é conduzido por profissionais da saúde, como

médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, educador físico, farmacêutico, dentista terapeuta ocupacional e assistente social. A abordagem pode ser individual ou em grupo.

PALESTRA INTRODUTÓRIA

A palestra de introdução ao Programa de Tabagismo, como o próprio nome já indica, é o primeiro contato da Equipe Multiprofissional com os possíveis integrantes do grupo. Deve ser um momento esclarecedor sobre o tabagismo, quais os riscos e as consequências do consumo do tabaco, e também um momento acolhedor.

Tem como objetivo de informar os possíveis participantes do Grupo sobre como o Programa funciona, quais os objetivos, a metodologia utilizada pelo grupo, qual a responsabilidade da equipe multiprofissional, bem como os deveres dos integrantes, visto que é de suma importância o comprometimento de cada um para que se consiga êxito no tratamento presente toda equipe multiprofissional que irá conduzir o grupo, e a reunião deve ser aberta aos pacientes interessados em deixar o hábito de fumar.

Tal palestra deve ser um encontro informal, um prévio contato para abertura de portas da equipe aos pacientes interessados, para que eles se sintam apoiados e seguros para iniciar o tratamento e também para que entendam que existem diretrizes que regem o andamento do Programa e devem ser seguidos por todos os integrantes do Grupo.

CONSULTAS INDIVIDUAIS

A consulta individual é realizada pelos coordenadores do grupo e tem como objetivo a realização da anamnese do paciente. Na primeira consulta individual, além da anamnese, deve ser aplicada a avaliação de Fagerstrom para identificar o grau de dependência de cada paciente.

Nessa avaliação é feito o planejamento da terapêutica mais indicada para cada paciente, considerando a singularidade de cada um, bem como a que ofertar maior possibilidade de adesão. É nesse momento, também, que a equipe decide se existe a

necessidade de associar o tratamento cognitivo comportamental (que é utilizado para todos os pacientes) à terapia farmacológica.

É importante ressaltar que o tratamento cognitivo comportamental pode ser utilizado isoladamente, todavia, a terapia farmacológica sob nenhuma hipótese será aplicada separadamente. Cabe ressaltar que esta última, se proposta ao paciente também será de caráter diferenciado, decisão essa que é tomada pela equipe multiprofissional baseada na avaliação do grau de dependência.

Essas consultas individuais acontecem intercaladas no decorrer do tratamento, entre uma sessão e outra, tendo como objetivo uma avaliação contínua do paciente, oportunizar as adequações que se fizerem necessárias no tratamento, bem como identificar a evolução do mesmo nesse contexto.

SESSÕES ESTRUTURADAS

As sessões estruturadas são reuniões de grupo devendo conter de 15 a 20 participantes, previamente triados e que se encaixaram nos critérios do Programa Nacional do Controle de Tabagismo (PNCT). Cada sessão tem duração de uma hora e meia, e são realizadas uma vez por semana, por um período de quatro semanas, sendo que, o dia e o horário da realização devem ser pré-definidos pela equipe e pactuado com os participantes são utilizados como estratégia a interação de grupo e o incentivo e apoio às mudanças.

Esses encontros já possuem uma programação básica que deve ser mantida, contudo pode haver flexibilidade nas atividades propostas onde acontece o apoio da equipe multiprofissional com atendimentos dos dentistas, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educador físico, terapeuta ocupacional.

Em maio de 2022, iniciou-se 2 grupos de tabagismo, sendo um grupo na UBS Couto Magalhães, onde os encontros aconteciam no período vespertino, com total de 20 pacientes, e outro grupo na UBS Araguaína Sul, sendo realizado no período noturno devido a necessidade dos participantes não conseguirem comparecer na unidade de saúde no período comercial, totalizando 18 pacientes que finalizaram o grupo deixando de fumar.

SESSÃO 1: ENTENDER POR QUE SE FUMA E COMO ISSO AFETA A SAÚDE

As sessões aconteceram conforme a programação inicial, cumprindo todas as datas previstas no cronograma. No primeiro encontro, é onde cada um dos integrantes fala seu nome e conta um breve relato de como iniciou a fazer uso do tabaco. Posteriormente propõe-se que seja feita uma dinâmica de reconhecimento dos cheiros, onde serão utilizadas algumas substâncias como canela, cravinho e etc. Essa atividade tem o objetivo de demonstrar aos participantes o quanto o olfato fica prejudicado em detrimento do tabagismo.

Dando seguimento a reunião segue as etapas preconizadas pelo Ministério da Saúde: Atenção individual, informações (uso do material fornecido pelo MS), revisão, discussão e tarefas.

SESSÃO 2: OS PRIMEIROS DIAS SEM FUMAR

Para esta sessão foi articulado com Educador Físico/ Fisioterapeuta, onde realizaram algumas atividades como exercícios respiratórios, alongamentos e outros. Além de auxiliar os integrantes do grupo a lidar com a abstinência utilizando das técnicas de respiração durante o momento da fissura. Da mesma maneira que no primeiro encontro devem ser seguidas também as etapas sugeridas pelo MS.

SESSÃO 3: COMO VENCER OS OBSTÁCULOS PARA PERMANECER SEM FUMAR.

Tendo em vista que um dos principais obstáculos para permanecer sem fumar é o ganho de peso sugeriu-se que essa sessão acontecesse com a presença de um nutricionista que enriqueceu o encontro dando as devidas orientações quanto à alimentação saudável e como lidar com essa nova fase. Realizando as medidas antropométricas de cada paciente e orientações em relação a importância de uma alimentação adequada e ingestão de líquidos.

SESSÃO 4: BENEFÍCIOS OBTIDOS APÓS PARAR DE FUMAR

Para esse encontro propomos a presença de um odontólogo para dar orientações quanto à higienização e demais cuidados de saúde bucal, além disso, que seja aberta uma agenda para atendimentos individuais desses participantes por um profissional odontólogo.

Para dar continuidade propomos que seja repetida a dinâmica do cheiro com o objetivo de mostrar aos integrantes do grupo o reflexo positivo no paladar e no olfato devido à ausência do tabaco, “quando o cigarro sai o cheiro e o gosto voltam”. É importante durante esse encontro lembrar os participantes qual foi a motivação que os trouxe o grupo e acima de tudo ressaltar os ganhos que já tiveram até o presente momento. Da mesma forma que nas outras sessões, devem ser seguidas as etapas sugeridas pelo MS.

As sessões de manutenção são reuniões mensais que aconteceram após as sessões estruturadas e foram realizadas até que se complete um ano de tratamento. Tais encontros serviram para manter o contato do grupo, além de descobrir possíveis recaídas ou abandono de tratamento. Serviu também para verificar os benefícios alcançados por aqueles que conseguiram se manter fora do vício e por fim para incentivar aqueles que permanecem fumando.

Com temas direcionados, a equipe interage com os participantes, passando as informações mais relevantes das doenças causadas pelo uso do tabaco, oferecendo apoio psicossocial, incentivo à mudança de comportamento e estilo de vida, bem como, orientações para que possam se sentir preparados para interferir com segurança e tranquilidade, vencendo a dependência e encontrando o melhor caminho para se tornar um ex-fumante. A equipe da Atenção Básica capacitada em tabagismo estará sempre apoiando o servidor na conquista desta grande vitória.

Por isso, adere às Campanhas da agenda do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, promovendo ações educativas nos ambientes de trabalho, garantindo ambientes de trabalho 100% livres de fumo, fazendo-se cumprir a legislação sobre ambientes livres de fumo nos órgãos públicos e em todos os ambientes públicos fechados; jus ao nome, com todos reconhecendo que a dificuldade existe para todos, mas o grupo foi um grande incentivo para a cessação do tabagismo e para a mudança de alguns hábitos, para que assim, fatores de risco fossem prevenidos.

O foco principal foi a promoção da saúde para auxiliar no combate aos fatores de risco ocasionados pelo tabaco, bem como o desejo que os participantes tiveram em cessar o hábito de fumar. O grupo colaborou para a divulgação do tratamento do tabagismo na rede pública de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS), e para o impacto dessa estratégia na população beneficiada, o que serviu de parâmetro e estímulo a outros cenários. Este projeto incentivou a criação de novos grupos de educação em

saúde, que se vincularam também ao tema abordado em questão com aprendizado eficaz. Toda essa mudança de hábitos serviu como prevenção e facilitador para tratar doenças já existentes e que os participantes obtiveram melhoria na qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Com base no que foi apresentado sobre o grupo de tabagismo, é possível concluir que a participação nesse tipo de grupo trouxe diversos benefícios para os fumantes que desejaram parar de fumar. Os grupos de tabagismo são compostos por profissionais de saúde e outros indivíduos que estão passando pela mesma situação, o que cria um ambiente de apoio e troca de experiências.

Durante as reuniões, os participantes receberam informações sobre os efeitos do tabagismo na saúde, técnicas para lidar com a abstinência e estratégias para evitar recaídas. Além disso, os grupos de tabagismo oferecem um suporte emocional importante, uma vez que muitos fumantes enfrentam dificuldades para lidar com o processo de parar de fumar, seja por conta dos sintomas de abstinência, das pressões sociais ou de outros fatores.

Por fim, é importante ressaltar que a decisão de parar de fumar é uma escolha pessoal e que nem todas as pessoas precisam ou desejam participar de um grupo de tabagismo para alcançar esse objetivo.

No entanto, para aqueles que buscam apoio e orientação nesse processo, os grupos de tabagismo podem ser uma excelente opção e assim, conseguimos reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, seguindo um modelo no qual ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas, se potencializam para prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação de fumar e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco.

Palavras-chave: Tabagismo; Cessação do tabaco. Grupo tabagismo.

RESULTADOS

Os 02 grupos de tabagismo tiveram resultados satisfatórios promovendo mudanças positivas nos pacientes, diminuindo os fatores de risco ao câncer, entre outras doenças causadas pelo tabagismo. Com um total de 18 pacientes que deixaram

de fumar e tendo mudança de hábitos e qualidade de vida. A cada encontro e etapa percorrida os participantes falaram sobre suas dificuldades, abstinência, ansiedade, fazendo que assim o trabalho em grupo fizesse

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica (nº 35)** - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. ISBN 978-85-334-2114-1.

BRASIL. **Drogas:** cartilha sobre tabaco. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 36 p.

BRASIL. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Benefícios obtidos após parar de fumar:** manual do participante – sessão 4. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 9 p. ISBN 85-7318-091-9.

BRASIL. **Drogas:** cartilha sobre tabaco. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 36 p.

**PRESCRIÇÕES DE MEDICAMENTOS PELA ENFERMAGEM NAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA NECESSIDADE NA SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAGUAÍNA**

**PRESCRIPTIONS OF DRUGS BY NURSING IN BASIC HEALTH UNITS: A
NEED IN THE MUNICIPAL HEALTH DEPARTMENT OF ARAGUAÍNA**

Welka Cerqueira Brandão GOUVEIA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: welkabrandao@yahoo.com.br

Thaize Helena Enéias CORDEIRO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: thaize@hotmail.com.br

Hada Karenina Henriques Dias VAZ
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: hada.karenina@araguaina.to.gov.br

Sandro Rogério Cardoso DE PAULO
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: sandrodepaulo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A lei n.7.498/1986, que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, traz sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiro em programas de saúde pública aprovada pela instituição de saúde em seu artigo 11, inciso II, alínea "c". Essa função é ratificada no decreto nº 94.406/1987.

Devido à publicação dos regulamentos de supervisão definidos pelo Ministério da Saúde e pelos protocolos publicados. Encontramos experiências dessas prescrições em vários países. No Reino-Unido, que têm longa tradição de prescrição de medicamentos por enfermeiros, a expansão da prescrição é baseada em pesquisas financiadas pelo governo que visam avaliar a aceitabilidade, eficácia e segurança das práticas de prescrição de enfermeiros.

Esta organização do trabalho foi idealizada pela Superintendência da Atenção Básica (SUPAB), da necessidade de regulamentar e aprovar a prescrição de medicamentos por Enfermeiros, bem como adesão do município de Araguaína, através da Secretaria Municipal de Saúde, aos programas, normas, cadernos, rotinas, protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde, incluindo a prescrição de

medicamentos elencados nos programas de saúde e rotinas aprovados por esta Secretaria, conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEM).

Diante da necessidade do serviço de regulamentar a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde; idealizou-se a criação e publicação de uma Portaria por parte da Secretaria Municipal, adequando-se assim ao que é estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem no seu código de ética, onde proíbe essa prescrição, caso não tenha uma regulamentação definida pelo gestor: “Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, excetoem situações de emergência.”

Dessa forma organizou-se uma comissão para implementar a portaria referente às prescrições da enfermagem, sendo a primeira nessa atenção à saúde que estabelece e legaliza, na gestão municipal, a prescrição dos medicamentos pelos enfermeiros na Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Criar portaria para normatizar as prescrições de medicamentos pelos enfermeiros na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína.

Objetivos específicos

- 1) Criar comissão para implementar a portaria de prescrições de medicamentos pelos enfermeiros na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína;
- 2) Realizar reuniões com a comissão de criação da portaria de prescrições de medicamentos pelos enfermeiros na atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína;
- 3) Fazer levantamento de dados bibliográficos, leis, decretos, normativas existentes sobre prescrições em enfermagem;
- 4) Publicar portaria criada no diário oficial do município de Araguaína.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa documental com dados primários obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína, em sites de buscas de artigos científicos publicados, das leis, portarias e resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEM) que abordassem o assunto de prescrições de medicamentos pelos enfermeiros na atenção básica. Os documentos foram selecionados após serem analisados e avaliados, tendo enfoque os protocolos e políticas públicas da Atenção Primária em Saúde publicados pelo Ministério da Saúde.

Após a organização do texto da Portaria que regulamentar a prescrição de enfermagem, a mesma foi submetida a análise da Comissão Farmácia Terapêutica do Município de Araguaína para aprovação, o que aconteceu no dia 22/02/2022. Também, teve-se o cuidado de encaminhar ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e ao Conselho Regional de Enfermagem - TO (COREN) uma cópia do documento final para análise e informação para o Conselho. Após a publicação da Portaria regulamentadora, foi feita uma capacitação com os enfermeiros sobre os medicamentos que podem ser prescritos por eles, finalizando o trabalho nessa etapa.

RESULTADOS

A prescrição de medicamentos pela enfermagem é regulamentada em Lei, sendo crível na Atenção Primária em Saúde seguindo os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde e as rotinas aprovados do serviço de saúde no qual está atuando.

Mediante a necessidade do serviço, a Superintendência de Atenção Básica do Município de Araguaína desenvolveu e publicou a PORTARIA/GAB/SMS Nº 28 DE 25 DE MAIO DE 2022, que normatiza as prescrições de medicamentos pelos enfermeiros da rede de atenção básica de saúde do município de Araguaína, de acordo com as normatizações do Ministério da Saúde e legislação da profissão.

CONCLUSÃO

Trazendo mais autonomia para a categoria e ampliando as perspectivas do serviço desenvolvido pelo enfermeiro junto ao seu território.

Palavras-Chave: Regulamentação; Prescrição de enfermagem; Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO MFS. O enfermeiro no Programa Saúde da Família: prática profissional e construção de identidade. **Rev Conceitos**. 2005; (12):39-43.

BORGES IAL. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Enferm Foco**; 2010, 1(1):5-8.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 159/1993: dispõe sobre a consulta de Enfermagem [online]. **COFEN; 1993** [acesso 2011 mai 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-1591993_4241.html.

BRASIL. **Decreto-Lei n. 94.406, de 08 de Junho de 1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem [online]. Diário Oficial [da] União. 1987 jun. 9 [acesso 2011 mai 21]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/default.asp%20acesso%20em%2025/05/2010>.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1986 jun. 26; Seção 1. p. 1. 4.

LATTER S, Maben J, Myall M, Young A. Evaluating nurse independent prescribers' prescribing consultations: an observation study of practice in England. **J Res Nurs**. 2007; 12(1):7-26.

A TERAPIA OCUPACIONAL E ESPIRITUALIDADE COMO PARTE INTEGRANTE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DOS ACOLHIDOS NA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO.

OCCUPATIONAL THERAPY AND SPIRITUALITY AS AN INTEGRAL PART IN THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCY OF GUESTS IN THE ADULT ACCOMMODATION UNIT

Wagner Enoque de SOUZA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: wagner@hotmail.com.br

Amado Batista Vieira SOARES
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: amado@hotmail.com.br

Josilane Veloso de OLIVEIRA
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: josilane@hotmail.com.br

Edilson Gualberto de ALENCAR JUNIOR
Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína (SMSA)
E-mail: Edilson.jiunor123@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Unidade de Acolhimento de Araguaína é uma instituição de Acolhimento Adulto para pessoas de 18 a 64 anos de idade acometida pela dependência de Álcool, Crack e outras Drogas.

As populações em vulnerabilidade social que são acolhidas na Unidade de Acolhimento Adulto por um período de um semestre no processo de recuperação, têm como parte do tratamento a reinserção social dessas pessoas nos seus aspectos familiar e mercado de trabalho, sabendo que esses pacientes em tratamento necessitam também de outros tipos de atendimentos de saúde.

A Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), é parte integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinada a proporcionar atenção integral e continua as pessoas com dependência química em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas.

É um serviço em regime residencial, de caráter transitório, componente da RAPS, com acolhimento voluntário e cuidados contínuos, suas atividades são voltadas

para articular intersetorialmente a garantia dos direitos de inclusão social, moradia, educação, convivência familiar e social.

A Unidade de Acolhimento desempenha papel junto ao CAPS ADIII de Araguaína, conforme protocolo e fluxo definido em conjunto, o Plano Terapêutico Singular – PTS é elaborado juntamente com a equipe técnica do CAPS ADIII para oferecer tratamento mais adequado aos pacientes.

A UAA inserida na Rede, possui espaço e estrutura física adequadas para acolher os pacientes em regime integral por um período de 6 meses para recuperação da dependência química. É a primeira Unidade de Acolhimento no Estado do Tocantins, com mais de 387 adictos atendidos e desses 165 concluíram o tratamento com sucesso. A Unidade de Acolhimento Adulto do Município de Araguaína tem ambiente amplo, acolhedor e com uma equipe multidisciplinar para o fortalecimento do tratamento dos usuários do serviço, com capacidade para 15 pacientes. A estrutura conta também com alojamentos, refeitório, horta, viveiro de plantas, criação de aves e piscicultura como suporte para desenvolvimento da terapia ocupacional.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Utilizar a terapia ocupacional e a espiritualidade como parte integrante no tratamento da dependência química dos acolhidos na Unidade de Acolhimento Adulto.

Objetivo específicos

- 1) Promover a reinserção social dos usuários através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer;
- 2) Minimizar o sofrimento biopsíquicosocial dos usuários;
- 3) Oferecer um suporte emocional para os usuários na rotina diária;
- 4) Reabilitar física e emocionalmente o paciente;
- 5) Abordar a espiritualidade como estratégia para o melhoramento da estabilidade mental e emocional do acolhido;
- 6) Trabalhar a espiritualidade dentro dos valores e princípios cristãos para auxiliar na formação do caráter do indivíduo.

METODOLOGIA

Utilizada como um importante método de reeducação do acolhido, por meio da valorização do trabalho, a laborterapia é ponto central das metodologias desenvolvidas, para que o dependente químico possa ocupar o seu tempo com atividades que privilegiem o autocuidado e o zelo por si e pelo ambiente no qual está vivendo durante o período do seu tratamento.

Na Unidade de Acolhimento Adulto de Araguaína o cronograma de laborterapia é realizado em dois turnos de duas horas cada, sendo o primeiro no período de 8:00 às 10:00 horas, e o segundo de 14:00 às 16:00 horas. Seguindo as escalas de tarefas os pacientes estarão realizando trabalho de roçagem, limpeza do espaço físico, cultivo de plantas arbóreas e frutíferas no viveiro e na produção de hortaliças, além de fornecer água e ração e demais cuidados para o aviário, bem como os tanques de peixes.

A espiritualidade desenvolvida na instituição é realizada conforme a Constituição Federal de 1988, sem qualquer distinção de credo religioso e, sem caráter de obrigatoriedade. Sendo seus momentos de realização nos períodos matutino e vespertino, ocorrendo nos seguintes horários de 10:30 às 11:30, e das 19:30 às 20:30.

Como parte do tratamento da dependência química a laborterapia apresentou em grande proporção no resultado esperado, ressignificando a vida dos acolhidos promovendo dignidade, autoestima e oportunizando aprendizado para novos campos de atuação profissional. Produzindo inclusive de forma notória uma diminuição do sofrimento psíquico e emocional, bem como maximizando a capacidade de concentração e produção de pensamentos positivos, oferecendo suporte emocional e prático para a resolução de problemas que envolvem fases da rotina diária na vida do indivíduo.

A laborterapia demonstrou como uma das metodologias aplicadas no tratamento de pacientes com dependência de substâncias psicoativas, que tem como propósito importante ocupar o tempo do acolhido na realização de atividades rotineiras na manutenção e organização da área, bem como a estrutura física da Unidade de Acolhimento Adulto, ajudando assim a diminuir as chances de uma recaída e a vontade de consumir drogas. E, reforçando a importância do emprego da concentração, dedicação, persistência e disciplina na resolução de questões diárias. Conforme a observação das evidências, notamos que espiritualidade promoveu uma

melhora na recuperação emocional e estabilidade mental, e, também uma melhoria do convívio entre os acolhidos, e maior aproximação destes com seus familiares.

CONCLUSÃO

Concluimos que através da laborterapia, é possível dar um novo sentido para a rotina do paciente, deixando seus pensamentos focados na reorganização das atividades diárias agradáveis, que fazem parte da rotina natural de qualquer pessoa. Essa abordagem terapêutica colabora ainda com o processo de aceitação da própria realidade, o que ajuda o paciente a lidar melhor com seus problemas e a valorizar a importância dos amigos e da família.

É importante salientar a possibilidade de o indivíduo desenvolver novas competências e, quem sabe, descobrir uma vocação ou área de atuação profissional. Fica evidente que a laborterapia e a espiritualidade são elementos essenciais que colaboram para o resgate de um aspecto vital para o tratamento de dependentes químicos: a autoestima e saúde emocional.

Palavras-chave: Laborterapia. Terapia ocupacional. Espiritualidade. Tratamento. Unidade de acolhimento adulto.

REFERÊNCIAS

AMAR&SERVIR. **Como a laborterapia ajuda o dependente químico**. Disponível em: < <https://amareservir.com.br/laborterapia> >. Acesso em: 03 de abril de 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012**. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan.2011. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html >. Acesso em: 03 de abril de 2023.

BRASIL. **Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 26 de janeiro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html >. Acesso em: 03 de abril de 2023.

ANAIS DO I CONGRESSO DE ENFERMAGEM – TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM – ESPA – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE ARAGUAINA- DIAS 26 A 28 DE ABRIL DE 2023 - JNT FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 - QUALIS B1 ED. 44. VOL. 2. PÁGS. 03-56. <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.