

Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 09

Daniele Pereira Soares

Edja Mayra Ferreira de Castro

João Aragão Filho

Regina Couto da Costa

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra

Organizadora



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 09

Daniele Pereira Soares

Edja Mayra Ferreira de Castro

João Aragão Filho

Regina Couto da Costa

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra

Organizadora

Volume IX da Seção Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da

Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Equipe Editorial

Abas Rezaey	Izabel Ferreira de Miranda
Ana Maria Brandão	Leides Barroso Azevedo Moura
Fernando Ribeiro Bessa	Luiz Fernando Bessa
Filipe Lins dos Santos	Manuel Carlos Silva
Flor de María Sánchez Aguirre	Renísia Cristina Garcia Filice
Isabel Menacho Vargas	Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E82 Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde - volume 9. / Daniele Pereira Soares...
[et al.] – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-89967-70-5

1. Estudos. 2. Ciências da Saúde. I. Soares, Daniele Pereira. II. Castro, Edja Mayra
Ferreira de. III. Aragão Filho, João. IV. Costa, Regina Couto. V. Bezerra, Rita de Cássia
Sofia. VI. Título.

CDD 610

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Ciências da Saúde: estudos 610

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs

Prefácio



A coleção de ebooks intitulada de Estudos Avançados em Saúde e Natureza tem como propósito primordial a divulgação e publicação de trabalhos de qualidade nas áreas das ciências exatas, naturais, biológicas e saúde que são avaliados no sistema duplo cego.

Foi pensando nisso que a coleção de ebooks destinou uma seção específica para dar ênfase e divulgação a trabalhos de professores, alunos, pesquisadores e estudiosos das áreas das ciências da saúde. O objetivo dessa seção é unir o debate interdisciplinar com temas e debates específicos das várias formações inseridas nessa grande área. Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino nas áreas das ciências da saúde.

Esse volume IX reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs



Sumário



Capítulo 1

ENTRAVES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

7

Capítulo 2

TELEATENDIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM RELATO DE EX-
PERIÊNCIA

22

Capítulo 3

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL A UM PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO ATEN-
DIDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

38

Capítulo 4

ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM CASOS DE
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

52



Capítulo 5

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS

72

Capítulo 6

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

93

Capítulo 7

O MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: SOB O OLHAR DE UM RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

107

Capítulo 8

GRUPO DE GESTANTES NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

121



Capítulo 9

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE
E A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA IN-
TERPROFISSIONALIDADE

137

Capítulo 10

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO – PACIENTE PÓS COVID-19 E A CONDUTA FI-
SIOTERAPÊUTICA NOS AMBULATÓRIOS DE FISIOTERAPIA

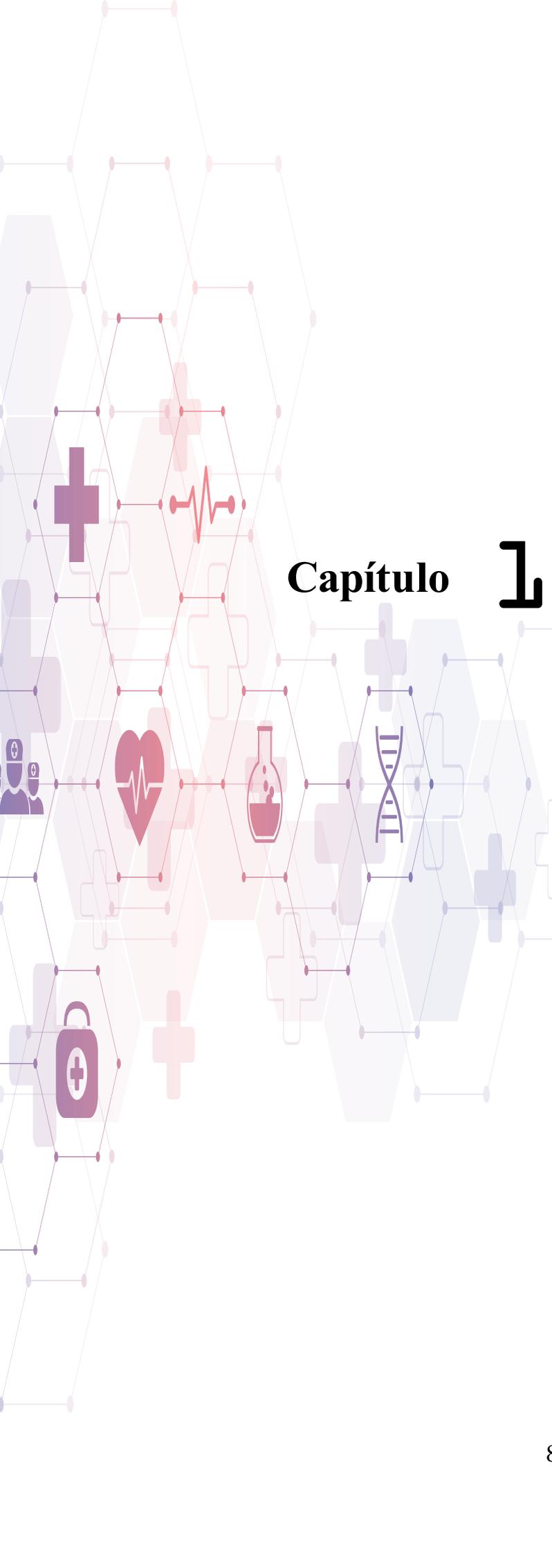
153

Capítulo 11

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E INCENTIVO AO
ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

166





Capítulo 1

ENTRAVES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

ENTRAVES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB

BARRIERS TO HEALTH EDUCATION IN A FAMILY HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF JOÃO PESSOA/PB

Thaise Costa de Melo Almeida¹

Thaynara Amaral Leite²

Janiza Carvalho da Costa³

Resumo: O presente relato descreve a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade em um grupo operativo com usuários portadores de HAS e DM e os entraves para a educação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família do Município de João Pessoa/PB. O grupo em questão foi realizado de forma rotativa com relação aos integrantes, sendo 4 encontros por ciclo. Os encontros eram quinzenais e abordavam temáticas variadas, sendo conduzido pelas residentes multiprofissionais da unidade. Houve boa avaliação das atividades desenvolvidas por parte dos integrantes do grupo, porém nem todos tinham perfil para a participação de grupos operativos, seja por características pessoais ou características externas. Quanto a participação dos

1 Nutricionista pela Universidade Federal de Campina Grande (2014). especialista em nutrição esportiva pela Faculdade Internacional da Paraíba (2016). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da prefeitura municipal de João Pessoa (2022)

2 Farmacêutica graduada pela Universidade Federal da Paraíba (2017). Especialista em Farmácia Clínica, Atenção e Prescrição Farmacêutica pela DNA - Pós Fio (2022). Especialista residente em Saúde da Família e Comunidade - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (2022). Residente em Atenção à Saúde Cardiovascular pela FACENE

3 Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba (1995) e mestrado em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos, Área de Concentração em FARMACOLOGIA E QUÍMICA DE PRODUTOS NATURAIS, pela Universidade Federal da Paraíba (1999). Especialista em Gestão Pública Municipal - CCSA/UFPB.



profissionais, percebemos sua omissão tanto no processo educativo, quanto nas reuniões do grupo em si, de forma que as atividades educativas ficam a cargo dos residentes e estagiários. Esperamos ter contribuído para a reflexão acerca do importante compromisso social da equipe multiprofissional com as atividades de educação em saúde dos grupos operativos de portadores de doenças crônicas na USF, enquanto ferramenta para melhorar as condições de atendimento e de saúde da população.

Palavras-chave: Atenção básica, Educação em saúde, Doenças crônicas não transmissíveis

Abstract: This report describes the experience lived by multiprofessional residents in family and community health in an operative group with users with SAH and DM and the obstacles to health education in a Family Health Unit in the city of João Pessoa/PB. The group in question was performed on a rotating basis with respect to the members, with 4 meetings per cycle. The meetings were held fortnightly and addressed a variety of topics, being conducted by the multiprofessional residents of the unit. There was a good evaluation of the activities developed by the members of the group, but not all of them had the profile to participate in operative groups, either due to personal characteristics or external characteristics. As for the participation of professionals, we perceive their omission both in the educational process and in the group meetings itself, so that the educational activities are in charge of the residents and interns. We hope to have contributed to the reflection on the important social commitment of the multiprofessional team with the health education activities of the operating groups of patients with chronic diseases at the USF, as a tool to improve the care and health conditions of the population.

Keywords: Primary care, Health education, Non-communicable chronic diseases

INTRODUÇÃO



A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos e a manutenção da saúde dos indivíduos, da família e coletividade (BRASIL, 2017).

Com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida no Brasil nos últimos anos, observa-se a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das causas e agravos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), passando, estas, a predominar nas estatísticas de óbitos (BRASIL, 2019).

Dentre as DCNT destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que se apresentam como os dois principais fatores de risco para doença cardiovascular aterosclerótica e, possuir ambos, confere um aumento modesto nos riscos para mortalidade (OH; ALLISON; BARRETT-CONNOR, 2017; CHAROENSRI et al, 2021).

Apesar de estarem relacionadas a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, as DCNT possuem medidas de controle para prevenir o agravamento da patologia, o que tem contribuído para a redução dos óbitos por estas causas e este fato pode ser atribuído à expansão da Atenção Básica. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), entre outras (BRASIL, 2011).

Visando uma melhor atenção a esta população, e considerando o aumento gradativo da prevalência de pacientes com HAS e DM, foi criado em 2001 o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que deu origem ao Hiperdia. Este programa se constitui como uma estratégia que permite cadastrar e acompanhar usuários com HAS/DM, com a função de vincular o paciente à USF ou equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2001; FEITOSA; PIMENTEL, 2016).

Para tanto, um ponto importante no combate da HAS/DM baseia-se nas estratégias para mudança de estilos de vida na população em geral, visando redução da prevalência de fatores de risco para DCNT, que têm sido discutidas e incentivadas em vários países, tornando necessárias ações

que não apenas foquem no indivíduo, mas que também levem em consideração os aspectos sociais, econômicos e culturais do problema (MEDEIROS et al, 2021; OLIVEIRA; SOUZA; NETO, 2020).

Neste contexto de entendimento ampliado de saúde, com a ESF, a qual deve, entre outras questões, realizar abordagem integral do processo saúde-doença, com ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde, é necessário que se pense em outras ações que, além de consultas médicas, possam melhorar as condições de vida das pessoas (SAUER et al, 2018).

Apesar de todo o movimento de promoção da saúde realizado nos últimos 25 anos terem provocado avanços em seus significados e práticas, nota-se ainda uma grande prevalência de ações voltadas principalmente à prevenção e recuperação da saúde, ficando à margem as ações de promoção da saúde (BRIXNER et al, 2017).

Nesse diapasão, os grupos na Atenção Básica têm o objetivo de atingir a parcela populacional que necessita de intervenções que contemplem métodos mais ativos, de aprendizagem e adoção de novos hábitos para conviver com a doença ou situação atual. Eles possuem uma característica muito importante de troca de conhecimento, incorporando ações dinâmicas e dialogadas, tornando-se um espaço onde as pessoas possam falar sobre a vivência do adoecimento ou condição de vida e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano, criando formas de superação dos seus problemas (FURLAN; CAMPOS, 2010).

Diante do panorama apresentado, nota-se a importância da atenção básica na promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos, atuando na prevenção e redução dos agravos decorrentes da doença. Nesse sentido, torna-se relevante ações de educação em saúde voltadas aos usuários de HAS e DM.

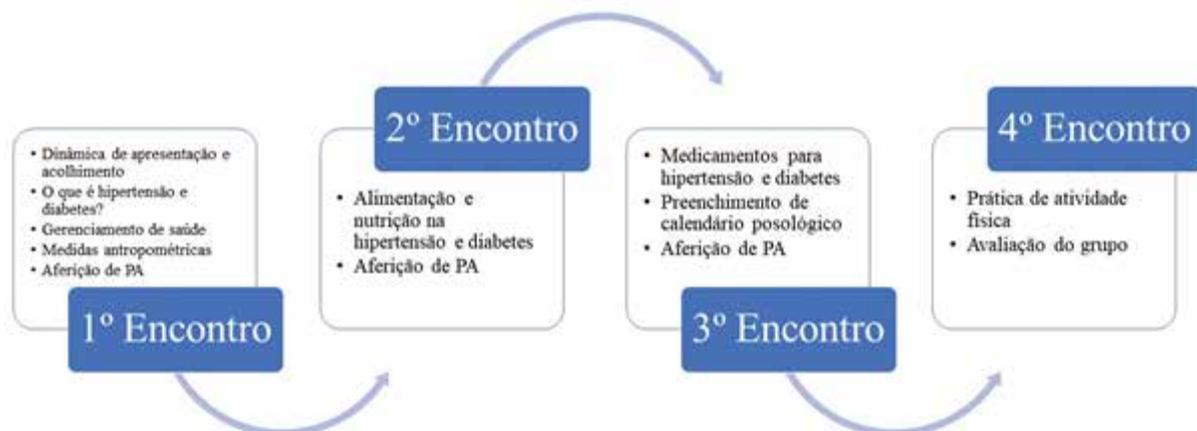
Objetivou-se, dessa forma, relatar a experiência vivenciada por residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade em um grupo operativo com usuários portadores de HAS e DM e os entraves para a educação em saúde em uma Unidade de Saúde da Família do Município de João Pessoa/PB.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um relato de experiência acerca dos entraves e desafios vivenciados na implementação de atividades de educação em saúde para o grupo de hipertensos e diabéticos em uma USF do município de João Pessoa no ano de 2021. Foi utilizado o formato de relato de experiência por ser uma ferramenta que aborda reflexões sobre situações vividas no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

O grupo em questão foi criado no referido ano, pelas residentes nutricionista e farmacêutica, de forma rotativa com relação aos integrantes, sendo 4 encontros por ciclo. A cada ciclo mudavam os usuários participantes. Os encontros eram quinzenais, tinham duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos e abordavam temáticas variadas, conforme a figura 1. A fim de facilitar a exposição dos dados, resolvemos agrupá-los em temas.

Figura 1. Cronograma das atividades do grupo operativo HiperDia, realizado em uma USF do município de João Pessoa.



RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado em tempos de pandemia

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, como uma pandemia. Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde considerou que existem três tipos de ações a serem tomadas: conter o vírus, através da detecção e isolamento de casos e do rastreamento de contatos; organizar os serviços para responder a um maior influxo de pacientes em estado grave e desacelerar a transmissão, por meio de uma abordagem multissetorial (OPAS, 2020).

Assim, durante os primeiros meses de pandemia os usuários ficaram sem acompanhamento clínico, visto que os atendimentos na unidade ficaram restritos aos casos de síndrome gripal e a renovação de prescrições médicas para garantir que eles não ficassem sem o tratamento medicamentoso. Além disso, mesmo após a retomada das atividades da USF, muitos usuários tiveram dificuldades em retomar o acompanhamento, fosse pelo vínculo quebrado após meses sem atendimento, fosse pelo receio quanto a transmissão da COVID-19.

No período pandêmico, uma ferramenta amplamente utilizada como forma de dar continuidade à assistência aos usuários portadores de DCNT, que necessitam de atendimento regular, foi a Telemedicina. Contudo, estudos mostram que a baixa disponibilidade de computadores e de acesso à internet nas unidades da APS do país contribuem para a não realização do teleatendimento, o que pode levar a casos de agudização dos quadros como dos hipertensos e diabéticos. E ainda referem que, apesar da telemedicina ser uma ferramenta facilitadora do acesso, esta pode promover um excesso e banalização dele (CABRAL et al, 2020; SILVA, 2021). Observou-se, assim, que apesar da oferta do atendimento clínico e do acesso aos medicamentos e outros insumos, grande parte dos usuários portadores de HAS/DM não apresentavam a glicemia e/ou níveis pressóricos dentro dos limites estabelecidos.

Retorno dos atendimentos presenciais

Aos poucos os atendimentos presenciais foram sendo retomados. A unidade voltou a realizar suas atividades de rotina e, o vínculo com os usuários foi aos poucos sendo retomado.

Nesse cenário, procurou-se fortalecer a busca ativa desses usuários, assim como o atendimento presencial individualizado. Foram realizadas consultas multiprofissionais pelos residentes da USF, a fim de avaliar a condição de saúde, realizar intervenções no tratamento (farmacológico ou não) e proceder com os encaminhamentos necessários. Foi durante essas consultas que se percebeu que a maioria dos usuários apresentava alterações clínicas significativas decorrentes, não apenas da ineficácia terapêutica, mas também da falta de adesão ao tratamento e dificuldade de gestão da sua condição clínica.

Segundo a OMS (2013), a adesão à terapêutica não é representada apenas pela ingestão de medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de qualquer outro profissional de saúde.

Assim, estratégias com o intuito de capacitar e conscientizar os usuários portadores de HAS e DM sobre o autocuidado e o cuidar dos aspectos das doenças, melhorando a adesão ao tratamento após esse período de afastamento dos cuidados na USF, foram pensadas para o resgate desses.

Entraves e desafios da educação em saúde

Considerando que iniciativas de educação em saúde possibilitam mudanças efetivas no estilo de vida das pessoas, com vistas a prevenir ou pelo menos retardar os agravamentos decorrentes das DCNT, foi solicitado aos profissionais de saúde da USF, que os mesmos trouxessem ideias, sugestões e críticas e se inserissem na execução das atividades do grupo operativo. No entanto, devido à alta demanda de atendimentos e a sobrecarga exigida pelo sistema, envolvendo o cadastramento de usuários,

o preenchimento de fichas de E-SUS e o levantamento de dados solicitados pela gestão, aliados ao fato de que o município não possui sistema informatizado e essas demandas são realizadas de forma manual, muitos profissionais da USF não conseguiram se inserir nas atividades do grupo.

Acrescentado a isto, a unidade não dispõe de estrutura física para a realização de atividades coletivas. Dessa forma, fez-se necessário a utilização do espaço de uma unidade escolar próxima a USF.

Reticena e colaboradores (2015) relatam em seu estudo com grupos focais realizados no HiperDia de uma USF no Paraná que, por muitas vezes, alguns profissionais como os da enfermagem são sobrecarregados de atividades por falta de integração entre os outros membros da equipe, de tal forma que as ações de promoção e prevenção da saúde acabam não sendo continuadas. Esses profissionais empregam a maior parte de seu tempo em atribuições administrativas e, assim, falta-lhes tempo para as ações educativas.

Dessa forma, o grupo foi conduzido pelas residentes multiprofissionais da unidade, contando com a participação das residentes médicas, das alunas do internato do curso de medicina, dos estagiários do curso de nutrição e de alguns agentes comunitários de saúde (ACS) que se propuseram a contribuir.

Primeiramente, o convite foi feito através dos ACS àqueles que possuíam encaminhamentos médicos para a nutricionista residente e para as consultas multiprofissionais. O documento “Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional” do Ministério da Saúde (2017), referencia que muitas vezes os encaminhamentos para à consulta individual com os nutricionistas poderiam ser resolvidos com educação em saúde. Desta forma, reduz a demanda reprimida dos usuários que constantemente ficam insatisfeitos com o tempo de espera para os atendimentos.

O primeiro ciclo de encontros foi proveitoso e motivador, apesar de o 4º encontro ter sido caracterizado por um número reduzido de participantes. Supõe-se que a divulgação preliminar da temática “Prática de exercício físico” a ser tratada no encerramento pode não ter sido atrativa aos

usuários. Neste contexto, Ritti-Dias e colaboradores (2021) trazem os resultados do Guia de Atividade Física para a População Brasileira para adultos de 18 a 59 anos de idade e entre os benefícios da prática regular de atividade física (AF) estão elencados: a prevenção e redução da mortalidade por doenças crônicas como hipertensão e diabetes; o auxílio no controle do peso corporal; a redução do uso de medicamentos em geral; entre outros. Ademais, o referido trabalho faz menção as principais barreiras identificadas para prática de AF e mensagens para enfrentá-las, sendo estas utilizadas no decorrer dos outros encontros como estratégia convidativa à participação e aprendizado. Dessa forma, foi acordado com os usuários o adiamento do encontro para a semana seguinte, no qual foi realizada a avaliação do grupo. Quanto aos faltosos, foi realizada a busca ativa e os mesmos se fizeram presentes.

Importa mencionar que, apesar dos usuários encaminhados para a consulta individual terem sido direcionados a participar do grupo, foi possível avaliar as necessidades de cada um ao longo dos encontros. De tal forma, foram feitas intervenções individualizadas, por parte da equipe multiprofissional, tais como consultas médicas, de nutrição, acompanhamento farmacoterapêutico e da terapia ocupacional. Reticena e colaboradores (2015) citam que os participantes do grupo HiperDia no Paraná revelavam satisfação em participar dos grupos educacionais pois, quando preciso, usufruíam de consulta médica, recebiam os medicamentos prescritos, tinham exames laboratoriais solicitados e recebiam demais orientações específicas.

Em decorrência desses resultados, foi mantida a mesma estratégia do primeiro ciclo para o segundo, porém alguns desafios surgiram. No primeiro encontro, apenas 5 dos 16 usuários convidados compareceram à atividade. Quando feita a busca ativa dos faltosos pelas residentes, muitos relataram não terem recebido o convite enviado através do ACS. Ao serem convidados a participar do segundo momento, muitos disseram não poder, por motivos de trabalho, ou por ter dificuldade em se locomover até a USF e, apenas uns poucos confirmaram presença.

Assim, percebeu-se que selecionar os usuários através de encaminhamentos não seria a melhor estratégia, uma vez que não há como mensurar qual o perfil daquele usuário e quais são suas

necessidades, prejudicando assim a adesão às atividades e a dinâmica de funcionamento do grupo. Então, viu-se a necessidade de solicitar aos médicos e enfermeiros que identificassem durante o atendimento e convidassem os usuários portadores de HAS e DM que tivessem interesse em participar dos encontros. Concomitantemente, utilizou-se a sala de espera como meio de sensibilização ao HyperDia, para mostrar a importância do trabalho em grupos como ferramenta a ser utilizada para ampliar e qualificar as ofertas terapêuticas aos usuários. A sala de espera é um espaço favorável para o desenvolvimento de educação em saúde, objetivando uma maior adesão ao grupo (NEGRÃO, 2017).

Chegada à data do encontro, não houve participação de nenhum usuário. É notório que os profissionais da USF estavam sobrecarregados com a rotina da unidade e, dessa forma, priorizavam os atendimentos individuais em detrimento as atividades coletivas que não fossem exigidas pela gestão.

Visto que a residência é um processo passageiro, não havia possibilidade do grupo ser gerido apenas pelas residentes, sem participação de um profissional da unidade que pudesse assumir a demanda na ausência das mesmas. Assim, o grupo foi encerrado e as atividades de educação voltaram a ser realizadas de forma individual. É importante ressaltar que, para que a população perceba o sistema de saúde de uma forma mais ampliada, faz-se necessário, antes de tudo, que os profissionais acreditem e apostem nas atividades de educação, promoção e prevenção para a saúde de toda a população.

CONCLUSÃO

Apesar de os integrantes do grupo terem feito uma boa avaliação das atividades desenvolvidas, identificamos que havia falhas na comunicação entre profissionais e usuários, o que levou ao convite de indivíduos que não tinham perfil para a participação de grupos operativos, seja por características pessoais, como dificuldade de socialização; características externas, como dificuldade de locomoção, horário de trabalho, entre outras; ou pelo não comprometimento com seu processo de mudança e enfrentamento da doença.

Quanto a participação dos profissionais, percebemos sua omissão tanto no processo educativo, quanto nas reuniões do grupo em si, além de uma desarticulação entre a equipe, de forma que as atividades educativas ficam a cargo dos residentes e estagiários. Cabe ressaltar a urgente necessidade de sensibilização dos profissionais para a importância da educação em saúde na qualidade de vida dos seus usuários, assim como a educação permanente acerca de temáticas de promoção a saúde.

Ao finalizar este relato, esperamos ter contribuído para a reflexão acerca do importante compromisso social da equipe multiprofissional com as atividades de educação em saúde dos grupos operativos de portadores de doenças crônicas na USF, enquanto ferramenta para melhorar as condições de atendimento e de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. 1ªEd. Brasília,

2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. 1ªEd. Brasília, 2019.

BRIXNER, B., MUNIZ, C., RENNER, J.D.P., POHL, H.H., GARCIA, E.L., KRUG, S.B.F. Ações de promoção da saúde nas estratégias saúde da família - Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul / Unisc, v.18, n.1, p. 386-390, 2017.

CABRAL, E.R.M., MELO, M.C., CESAR, I.D., OLIVEIRA, R.E.M., BASTOS, T.F., MACHADO, L.O., ROLIM, A.C.A., BONFADA, D., ZAGO, A.C.W., ZAMBON, Z.L.L., Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19 – Interamerican journal of medicine and health, v.3, e.202003012, p.1-6, 2020.

CHAROENSRI, S., KRITMETAPAK, K., TANGPATTANASIRI, T., PONGCHAIYAKUL, C., The Impact of New-Onset Diabetes Mellitus and Hypertension on All-Cause Mortality in an Apparently Healthy Population: A Ten-Year Follow-Up Study - Journal of Diabetes Research, v.2021, p.1-7, 2021.

FEITOSA, I.O., PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém - Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity, v.8, n.1, p.13-30, 2016.

FURLAN, P. G.; CAMPOS, G. W. S. Os grupos na Atenção Básica à Saúde. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 105-116.

MEDEIROS, L.S.P., PACHECO, R.F., MEDEIROS, M.A., SILVA, R.M., O papel do cuidado com as Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Primária em Saúde: um olhar da Antropologia da Saúde - *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, p.1-7, 2021

NEGRÃO, M.L.B. Significados atribuídos pelas pessoas com hipertensão arterial sistêmica às ações de educação em saúde em sala de espera - Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas. Alfenas-MG. 72p. 2017.

OLIVEIRA, J.H., SOUZA, M.R., NETO, O.L.M. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014 – *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.29, n.5, p.1-10, 2020.

OH, J.Y., ALLISON, M.A., BARRET-CONNOR, E. Different impacts of hypertension and diabetes mellitus on all-cause and cardiovascular mortality in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study – *Journal of hypertension*, v.35, n.1, p.55-62, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso: 30/11/2021.

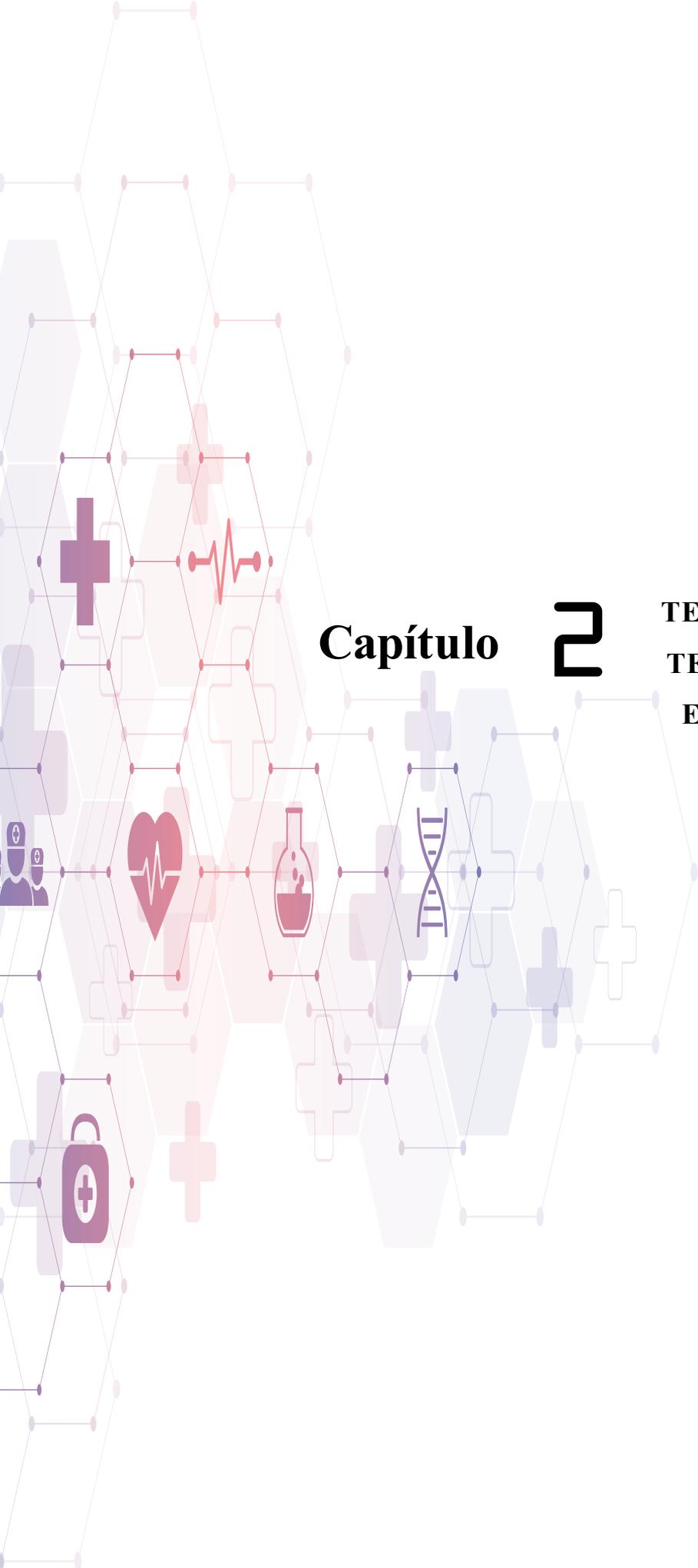
RETICENA, K.O., PIOLLI, K.C., CARREIRA, L., MARCON, S.S., SALE, C.A. Percepção de idosos acerca das atividades desenvolvidas no HiperDia – *Revista Mineira de Enfermagem*, v.19, n.2, p.107-113, 2015.

RITTI-DIAS, R.M., TRAPÉ, A.A., FARAH, B.Q., PETREÇA, D.R., LEMOS, E.C., CARVALHO, F.F.B., MAGALHÃES, L.L., MACIEL, M.G., GOMES, P.S.C., MANTA, S.W., HALLAL, P.C., ANDRADE, D.R. Atividade física para adultos: Guia de Atividade Física para a População Brasileira – Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v.16, e.0215, p.1-11, 2021.

SAUER, A.B., NILSON, L.G., DOLNY, L.L., MAEYAMA, M.A. Trabalhando com grupos na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2018.

SILVA, R.W. Percepção de médicos e médicas da atenção primária à saúde de Florianópolis sobre a telemedicina durante a pandemia da covid-19. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Adherence to long- term therapy: evidence for action. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Acesso em: 30/11/2021.



Capítulo 2 **TELEATENDIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

TELEATENDIMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM RELATO DE EXPERIÊNCIA

REPORT DURING THE COVID-19 PANDEMIC EXPERIENCE

Rafael Lima Marinho Paiva¹

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra²

Maria Jussiany Gonçalves de Abrantes³

Lavinne Machado Vasconcelos⁴

Lucineide Alves Vieira Braga⁵

Resumo: A tecnologia consiste numa ferramenta importante para o avanço da sociedade. No Brasil, o início das discussões sobre as incorporações de tecnologias em saúde ocorreu a partir de 1990 com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8080/1990. No início do ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma pandemia a infecção e disseminação da COVID-19, provocando grande alerta mundial. Foi observado, por sua vez, que a transmissão direta

1 Graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Paraíba, residência em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (2022)

2 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (2018), especialista em práticas integrativas e complementares em saúde pela SHEN (2021), residência em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (2022), mestranda em saúde coletiva, pela Universidade Federal de Pernambuco.

3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG Campos Cajazeiras-PB (2009), Especialista residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022). Mestranda pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

4 Graduação em Nutrição pela Universidade federal de Campina Grande (2014) Especialista em gestão em saúde pública pela Universidade Cândido Mendes (2019) e Residência multiprofissional em Saúde de família - Atenção Básica, pela faculdade de ciências médicas da Paraíba e prefeitura municipal de João pessoa (2022).

5 Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, graduação em Enfermagem Geral pela Universidade Federal da Paraíba (1989)



da doença ocorre através da tosse, espirro e perdigotos, ou através do contato com superfícies contaminadas na mucosa nasal, oral e dos olhos. Nesse contexto, fez-se imprescindível adoção de meios e modos de tornar o cuidado à saúde mais acessível à população, como o uso de tecnologias, especialmente aos chamados grupos de risco. No período de realização de teleatendimentos, foram realizadas consultas de pré-natais, puerperais, casos por demanda espontânea, escuta psicológica e atendimento de sintomáticos gripais. Ao todo, foram verificados média de 30 atendimentos/dia, incluídos os atendimentos previamente agendados. Outra demanda realizada consistiu na sistemática de “renovação de receitas” para os usuários de alto risco que não poderiam comparecer à USF pelo risco inerente de contágio da COVID-19. Ademais, outra importante atividade realizada foi o rastreamento e agendamentos de usuários para testagem rápida e coleta de SWAB nasal para RT-PCR. Assim, pode-se concluir que o teleatendimento facilitou a comunicação entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde da USF, permitindo a continuidade do cuidado, sem colocar em risco a saúde dos usuários.

Palavras-chave: Telemedicina, Infecções por coronavírus, Atenção Primária à Saúde.

Abstract: Technology is an important tool for the advancement of society. In Brazil, discussions on the incorporation of health technologies began in 1990 with the regulation of the Unified Health System (SUS) through law 8080/1990. At the beginning of 2020, the World Health Organization (WHO) declared the infection and spread of COVID-19 as a pandemic, causing great worldwide alert. It was observed, in turn, that the direct transmission of the disease occurs through coughing, sneezing and sprays, or through contact with contaminated surfaces in the nasal, oral and eye mucosa. In this context, it was essential to adopt means and ways to make health care more accessible to the population, such as the use of technologies, especially for the so-called risk groups. During the tele-services period, prenatal and puerperal consultations, cases by spontaneous demand, psychological listening and care for people with flu symptoms were carried out. In all, an average of 30 consultations/day were

verified, including previously scheduled consultations. Another demand made consisted of the system of “renewal of prescriptions” for high-risk users who could not attend the USF due to the inherent risk of contagion from COVID-19. In addition, another important activity carried out was the tracking and scheduling of users for rapid testing and nasal SWAB collection for RT-PCR. Thus, it can be concluded that teleservice facilitated communication between service users and USF health professionals, allowing continuity of care, without jeopardizing the health of users.

Keywords: Telemedicine, Coronavirus infections, Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Uso de tecnologias em saúde

A tecnologia consiste numa ferramenta importante para o avanço da sociedade. Na área da saúde, a modernização garante o aumento da qualidade vida, reduz gastos, acelera a solicitação e recebimento de exames, aprimora os métodos diagnósticos, expande as opções terapêuticas, afetando positivamente na morbimortalidade da população (CORADASSI, C. E.; MANSANI, F. P.; BENASSI, G.; PREUSS, L. T.; BORGE, P. K. O.; GOMES, R. Z, 2020). Nos últimos anos, a longevidade das pessoas aumentou consideravelmente, e este aumento se deu principalmente pela evolução socioeconômica e pelo acesso da população à saúde mais moderna e tecnológica (CORADASSI, C. E.; MANSANI, F. P.; BENASSI, G.; PREUSS, L. T.; BORGE, P. K. O.; GOMES, R. Z, 2020).

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) possibilitaram a ampliação do acesso à saúde, auxiliaram desde a interpretação de resultados laboratoriais até a emissão de diagnósticos, também auxiliaram no planejamento terapêutico, prognóstico, prevenção de doenças, tratamento e educação contínua dos usuários em saúde (CAPUCHO, H., C.; SALOMON, F., C., R.; VIDAL, Á., T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V., C., C.; PETRAMALE, C., A, 2012)

Ademais, no âmbito das TIC, o uso de ferramentas de videoconferência possui grande importância na avaliação do paciente, possibilitando visualizar expressões faciais e linguagens corporais, bem como a tomada rápida de decisões, quando possíveis. O uso dessas ferramentas torna-se fundamental em locais onde o acesso à saúde é precário ou o contexto social necessita de cuidado por uso de tecnologias (CAPUCHO, H., C.; SALOMON, F., C., R.; VIDAL, Á., T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V., C., C.; PETRAMALE, C., A, 2012).

Todavia, além dos benefícios, apresenta riscos e custos na sua implantação em um sistema ou serviço de saúde. Desse modo, faz-se necessária avaliação criteriosa, considerando aspectos éticos, a fim de garantir segurança, acurácia e eficácia na implantação destas tecnologias em saúde (CAPUCHO, H., C.; SALOMON, F., C., R.; VIDAL, Á., T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V., C., C.; PETRAMALE, C., A, 2012).

Telessaúde no Brasil

No Brasil, o início das discussões sobre as incorporações de tecnologias em saúde ocorreu a partir de 1990 com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei 8080/1990. Em 2006, por meio da portaria 3.323, houve a criação da Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), com o objetivo de deliberar sobre as solicitações de integração de sistemas informatizados, analisar o que já estava em uso, revisar e mudar protocolos em conformidade com as necessidades sociais em saúde (CAPUCHO, H., C.; SALOMON, F., C., R.; VIDAL, Á., T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V., C., C.; PETRAMALE, C., A, 2012).

Posteriormente, foi sancionada a lei 12.401/2011, que estabeleceu critérios e prazos para a inserção destas tecnologias, a fim de ampliar o acesso à saúde com base em um dos pilares do SUS, a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011). Nesse contexto, um marco importante consistiu na criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), por meio do Decreto nº 7.646,

de 21 de dezembro de 2011, sendo responsável por toda decisão referente ao uso da informatização no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a necessidade imposta pela pandemia da COVID-19, o ministério da saúde aprovou a Portaria nº 467, de 20 de Março de 2020, que regulamenta os serviços de telemedicina como uma alternativa para que as consultas continuem sendo realizadas, mas sem colocar em risco a saúde dos usuários de saúde (PORTARIA Nº 467, 2020).

Telessaúde: estratégia de enfrentamento da COVID-19

No início do ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou como uma pandemia a infecção e disseminação da COVID-19, provocando grande alerta mundial (BNO, 2020). Até o presente ano de 2021, mais de 5 milhões de óbitos já foram confirmados, sendo confirmado mais de 256 milhões de casos em todo o mundo. No Brasil, são mais de 22 milhões de casos confirmados, com 611 mil mortes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Desde a definição como uma pandemia, vários pesquisadores vêm estudando diversos fatores a respeito da COVID-19, como características do vírus, transmissibilidade, espectro de manifestações clínicas, potencial e virulência (PARK, M.; COOK, A., R.; LIM, J., T.; SUN, Y.; DICKENS, B., L, 2020). Foi observado, por sua vez, que a transmissão direta da doença ocorre através da tosse, espirro e perdigotos, ou através do contato com superfícies contaminadas na mucosa nasal, oral e dos olhos (PORTUGAL, J., K., A.; REIS, M., H., S.; BARÃO, E., J., S.; DE SOUZA, T., T., J.; GUIMARÃES, R., S.; DE ALMEIDA, L., S.; PEREIRA, R., M., O.; FREIRE, N., M.; GERMANO, S., N., F.; GARRIDO, M., S., 2020).

Paralelamente, visto a ocorrência do aumento da transmissão comunitária, medidas de distanciamento social, bem como hábitos de higiene pessoal das mãos, como lavagem regular e uso de álcool à 70%, tornam-se indispensáveis à contenção das infecções (PENG, X.; XU, X.; LI, Y.; CHENG, L.; ZHOU, X.; REN, B , 2020). Nesse contexto, faz-se imprescindível adoção de meios e

modos de tornar o cuidado à saúde mais acessível à população, como o uso de tecnologias, especialmente aos chamados grupos de risco, que são aqueles mais susceptíveis aos óbitos e estados mais graves decorrentes da COVID-19, e que não podem estar desacompanhados de suas condições clínicas, como no caso dos diabéticos e hipertensos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Diante do exposto, o serviço da Telessaúde consiste em serviços realizados por profissionais de saúde, os quais utilizam de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como meio substituto à consulta presencial, visando auxílio ao diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, além da educação em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Assim, este artigo visa relatar as experiências vivenciadas pelos residentes multiprofissionais de Saúde da Família e Comunidade utilizando estratégia de teleatendimento em uma Unidade de Saúde da Família (USF), durante a pandemia do novo coronavírus na cidade de João Pessoa, Paraíba. Também tem a finalidade de enfatizar a importância do uso de tecnologias na promoção, prevenção e recuperação da saúde, monitorização e vigilância, apoio diagnóstico, tratamento, esclarecimento de dúvidas e educação em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, baseado na vivência de profissionais de saúde da equipe de saúde da família (ESF) e da residência multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade do município de João Pessoa/PB (RMSFC), durante o período de março a agosto de 2020, na pandemia da COVID-19.

Foi realizada uma escala de segunda a sexta-feira, das 7:30 às 10:30 e das 12:30 às 15:30, com os seguintes profissionais da atenção primária à saúde (APS): Enfermeiros, farmacêuticos, dentistas e fisioterapeutas. Os médicos possuíam ampla demanda presencial, por isso, foi realizada uma escala diferente para que o médico que estivesse escalado para dar suporte ao teleatendimento naquele tur-

no, tivesse menos demanda no presencial.

O teleatendimento teve o objetivo de diminuir o fluxo de pessoas expostas ao vírus da COVID-19, pois as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ficaram responsáveis por fazer a triagem dos sintomáticos respiratórios -pessoas com sintomas de gripe, podendo ou não ser coronavírus-para resolução na própria atenção básica ou encaminhamento dentro da rede de saúde de João Pessoa/PB. Estes atendimentos dos sintomáticos eram realizados em áreas abertas e de uso coletivo na UBS, para maior segurança do profissional de saúde e dos usuários em saúde.

As consultas foram divididas entre agendadas e consultas do dia. As consultas agendadas consistiram em acompanhamento de pré-natal, puerpério e puericultura, já as consultas do dia consistiram na resolução das demandas que surgiam durante o dia, inclusive apoio psicológico. Por causa da alta demanda de atendimento com queixa de síndrome gripal, foi realizado treinamento entre a própria equipe da UBS acerca das características, tempo de incubação, formas de transmissão, sintomatologia, diagnóstico, manejo e tratamento da COVID-19, além de aprendermos os protocolos de João Pessoa/PB sobre a referência e contrarreferência desses sintomáticos.

Para realizar as consultas por teleatendimento, a enfermeira preceptora dos residentes disponibilizou um telefone celular e um chip, para que os profissionais de saúde conseguissem entrar em contato com os usuários. Os créditos para utilização dos dados móveis ficaram por conta dos profissionais de saúde. Todos os atendimentos foram registrados em um livro de controle e no prontuário dos usuários de saúde.

As consultas foram realizadas por meio do aplicativo Whatsapp®, de preferência por meio de troca de mensagens, mas se necessário, realizávamos ligação de vídeochamada. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a recepção realizaram a divulgação do número de telefone utilizado para o atendimento. Assim que a pessoa entrava em contato, uma mensagem eletrônica era enviada automaticamente, reforçando o horário do atendimento e pedindo que aguardasse até que o atendente entrasse em contato. Quando iniciada a consulta, tentávamos resolver o caso em no máximo 20 minu-



tos, pois a demanda era grande. Os médicos eram acionados nos casos em que o profissional de saúde escalado não conseguisse resolver.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de realização de teleatendimentos, foram realizadas consultas de pré-natais, puerperais, casos por demanda espontânea, escuta psicológica e atendimento de sintomáticos gripais. Ao todo, foram verificados média de 30 atendimentos/dia, incluídos os atendimentos previamente agendados.

Outra demanda importante realizada consistiu na sistemática de “renovação de receitas” para os usuários de alto risco que não poderiam comparecer à USF pelo risco inerente de contágio da COVID-19. Ademais, outra importante atividade realizada foi o rastreamento e agendamentos de usuários para testagem rápida e coleta de SWAB nasal para RT-PCR.

Consulta de pré-natal

Segundo o Ministério da Saúde, o teleatendimento é recomendado nas seguintes idades gestacionais: abaixo de 11 semanas, entre 16 e 18 semanas, com 32, 38 semanas e após a alta hospitalar¹⁴. As consultas de pré-natal aconteceram por videochamada, durante as consultas questionamos acerca da história clínica, verificamos a situação vacinal e recomendamos a atualização das vacinas, se necessário, solicitamos os exames de rotina e prescrevemos as suplementações (estas requisições e prescrições eram entregues à gestante pelo ACS ou algum parente se encarregava de pegar no posto de saúde), se a gestante já tivesse realizado os exames, solicitávamos as imagens com o resultado, esclarecemos as dúvidas que surgiram, orientamos sobre a importância do aleitamento materno e acerca das consultas subsequentes. Também orientamos sobre os sinais de alerta na gestação (sangramento,

perda de líquido, diminuição de movimentação fetal, dor, entre outros) e sobre os sintomas respiratórios (febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, dificuldade respiratória ou falta de ar e sintomas gastrointestinais). As consultas eram anotadas no prontuário da gestante e na sua caderneta de pré-natal, este último era realizado na consulta subsequente presencial.

Consulta Puerperal

As consultas puerperais aconteceram por videochamada, momento em que as puérperas puderam compartilhar a experiência do parto, suas angústias e queixas. Foram avaliados a cicatriz da cesariana, dor, lóquios, febre ou presença de ingurgitamento mamário, como também o estado psíquico das mulheres. Durante as consultas foi pedido que a nutrízes colocassem os recém-nascidos para mamar, assim foi possível avaliar se o posicionamento e a pega estavam adequados. Realizamos as orientações sobre os métodos contraceptivos, e prescrevemos, se necessário. Foram realizadas as devidas orientações e esclarecimentos das dúvidas das mulheres e elucidamos sobre os sinais de alerta que devem ser comunicados com urgência ao serviço de saúde.

Consulta de puericultura

A consulta de puericultura também era realizada por videochamada. Neste momento, perguntávamos sobre o parto, o APGAR da criança (escala padrão de avaliação do recém-nascido nos primeiros um e quinto minuto de vida), os dados antropométricos, solicitávamos os resultados dos teste da criança (teste do pezinho, teste do coraçãozinho, teste da orelhinha e teste do olhinho), orientamos acerca da prevenção de acidentes, posição para dormir, calendário de vacinação e sua importância. Também orientamos a respeito dos sinais de alerta, na presença destes, deve-se procurar urgentemente um serviço de saúde. Em uma dessas consultas, conseguiu-se diagnosticar um recém-nascido com

um pé torto congênito (gestação gemelar) e foram realizados os encaminhamentos necessários.

Consulta psicológica

Foram realizados atendimentos de escuta qualificada para usuários que necessitavam de acompanhamento psicológico por todos os profissionais da equipe, sendo devidamente encaminhados para consulta com profissional de psicologia, segundo sua necessidade. Por vezes, o desconhecimento da pandemia, o medo quanto ao resultado os exames de COVID-19 realizados na USF, bem como dúvidas acerca dos medicamentos e formas de prevenção, além de histórico de contaminações e casos graves na família, tornaram os usuários suscetíveis aos transtornos ansiosos e depressivos, sendo o vínculo realizado pelo profissionais da Unidade de Saúde como fundamental para promover escuta, vínculo subjetivo e apoio psicológico.

Consulta do dia

Na rotina de atendimentos na USF, casos de problemas de saúde autolimitados foram avaliados através de demanda espontânea com uso de Tecnologias de videochamada ou mensagem de texto, a depender da necessidade. Paralelamente, muitos pacientes com sintomas gripais, no período de 2020, foram atendidos por teleconsultas, nas quais eram dadas orientações e, quando necessário, encaminhar o usuário para consultas presenciais para avaliação mais adequada e indicação de tratamento e/ou exames adicionais eventuais.

Limitações do uso do teleatendimento

As consultas de pré-natal, puerpério e puericultura tiveram como limitação a não realização



do exame físico da gestante, da puérpera e do recém-nascido, sendo este um importante componente para prevenção de agravos à saúde.

Ademais, entre as limitações do uso do teleatendimento está a dificuldade que algumas famílias possuem para ter acesso a tecnologia, pela falta de recursos para adquirir um aparelho celular ou para ter acesso a internet. Outra limitação importante é a falta de habilidade para mexer nas redes sociais, esta limitação está presente principalmente nos idosos, que muitas vezes pediam para que os vizinhos o ajudassem no momento de entrar em contato com o posto de saúde.

Outros estudos evidenciaram os benefícios do uso de Tecnologias em saúde, como na educação permanente do profissional da Atenção Básica, melhoria da qualidade dos atendimentos, com facilitação do processo de trabalho numa unidade básica de saúde (FERNANDEZ, M., V.; DE CASTRO, D., M.; FERNANDES, L., M., M.; ALVES, I., C., 2020). No contexto da pandemia, vários estudos relataram os benefícios da utilização de teleconsultas no processo de trabalho na Atenção básica, no monitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 (DE ARAÚJO, 2020), no apoio à saúde mental (DE ARAUJO, M., P., B.; PACCIULIU, A., L., M.; MONTANHA, L., T.; EMERICH, B., F.; PELLATI, G.; CAMPOS, R., O, 2020), na reorganização do fluxo de trabalho de USF tendo que manter o cuidado e, concomitantemente, o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas e demais públicos da AB, como gestantes, crianças e idosos (DE ARAÚJO, A., D., I., R.; ARRUDA, L.; S., N., S, 2020).

Em Minas Gerais, um grupo de residentes em uma unidade de saúde implantaram o “Alô Corona” como apoio para dúvidas dos usuários, o que estabeleceu um espaço aberto, confiável e seguro para a disseminação de informações sobre a COVID-19 (MENECHINI, A., M., B.; MALAQUIAS, A., C.; BARCELOS, A., C.; SANTOS, C., A.; BRUM, D., A., S.; PEREIRA, D., R.; SILVA, G., N.; JÚNIOR, L., C., S.; MENEZES, M., S., G.; SILVA, M., W.; FERREIRA, N., C.; ZANCHETTA, S., B.; PINTO, T., H., S.; FRANCO, E., C., D.; DA SILVA, J, 2020).

Visto o exposto, ressalta-se nos estudos as potencialidades inerentes às teleconsultas no SUS,

trazidas pela calamidade pública da pandemia da COVID-19, mas que pode auxiliar sobremaneira o fluxo de trabalho em uma realidade imersa nas tecnologias (FERNANDEZ, M., V.; DE CASTRO, D., M.; FERNANDES, L., M., M.; ALVES, I., C., 2020).

CONCLUSÃO

Assim, pode-se concluir que o teleatendimento facilitou a comunicação entre os usuários do serviço de saúde e os profissionais de saúde da USF, permitindo a continuidade do cuidado, sem colocar em risco a saúde dos usuários. As consultas de pré-natal, puerpério, puericultura e demais atendimentos foram eficazes no acompanhamento do estado de saúde geral dos usuários, além de possibilitar a observação da dinâmica familiar, para darmos as orientações necessárias.

As consultas de teleatendimento não tiveram continuidade, pois com a flexibilização das medidas de isolamento as consultas presenciais aumentaram demasiadamente, ficando inviável manter as duas formas de atendimento, além da falta de acesso à internet Wi-fi nos postos de saúde. Contudo no curto período em que foi evidenciado a importância da incorporação de tecnologias em saúde¹⁹, conforme destacado em inúmeros estudos realizados, especialmente no contexto da pandemia da COVID-19.

REFERÊNCIAS

CORADASSI, C. E.; MANSANI, F. P.; BENASSI, G.; PREUSS, L. T.; BORGE, P. K. O.; GOMES, R. Z. Teleatendimento no enfrentamento à covid-19. Revista Conexão UEPG, vol. 16, núm. 1, 2020. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/conexao/article/view/16413>. Acesso em: 06/12/2021.

CAPUCHO, H., C.; SALOMON, F., C., R.; VIDAL, Á., T.; LOULY, P. G.; SANTOS, V., C., C.; PE-

TRAMALE, C., A. Incorporação de tecnologias em saúde no Brasil: novo modelo para o Sistema Único de Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde*, v. 13, n. 3, p. 215-222, 2012. Disponível em: Acesso em: 11/01/2022.

LORENZETTI, J. TRINDADE, L., L.; DE PIRES, D., E.; RAMOS, F., R., S. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 432-439, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/63hZ64xJVrMf5fwsBh7dnnq/?lang=pt>. Acesso em : 11/01/2022.

BRASIL. Decreto n.º 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial União*, seção I: 3-5.

BRASIL. Lei n.º. 12401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial União*, nº 81 seção 1:1.

PORTARIA Nº 467, DE 20 DE MARÇO DE 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.

BNO Tracking Coronavirus: Map, Data and Timeline. Available online: <https://bnonews.com/index.php/2020/02/the-latest-coronavirus-cases/> (Acesso: 20/12/2020).

PARK, M.; COOK, A., R.; LIM, J., T.; SUN, Y.; DICKENS, B., L. A systematic review of COVID-19 epidemiology based on current evidence. *Journal of clinical medicine*, v. 9, n. 4, p. 967, 2020.

PERLMAN, S. Another decade, another coronavirus. *New England Journal of Medicine*, v. 382, n. 8, p. 760-762, 2020.

PORTUGAL, J., K., A.; REIS, M., H., S.; BARÃO, E., J., S.; DE SOUZA, T., T., J.; GUIMARÃES, R., S.; DE ALMEIDA, L., S.; PEREIRA, R., M., O.; FREIRE, N., M.; GERMANO, S., N., F.; GARRIDO, M., S. Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020.

PENG, X.; XU, X.; LI, Y.; CHENG, L.; ZHOU, X.; REN, B. Transmission routes of n2019-nCoV and controls in dental practice. *International Journal Oral Science*, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2020.

LAI, C., C.; SHIH, T., P.; KO, W., C.; TANG, H., J.; HSUEH, P., R. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *International Journal Antimicrob Agents*, 2020.

MENEGHINI, A., M., B.; MALAQUIAS, A., C.; BARCELOS, A., C.; SANTOS, C., A.; BRUM, D., A., S.; PEREIRA, D., R.; SILVA, G., N.; JÚNIOR, L., C., S.; MENEZES, M., S., G.; SILVA, M., W.; FERREIRA, N., C.; ZANCHETTA, S., B.; PINTO, T., H., S.; FRANCO, E., C., D.; DA SILVA, J. Teatendimento no enfrentamento da COVID-19 em um município de Minas Gerais: relato de experiência de profissionais residentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 11, p. e4955-e4955, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Informativa nº 13/2020 - SE/GAB/SE/MS. Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19. Brasil, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-agemstane-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 13 dezembro 2021.

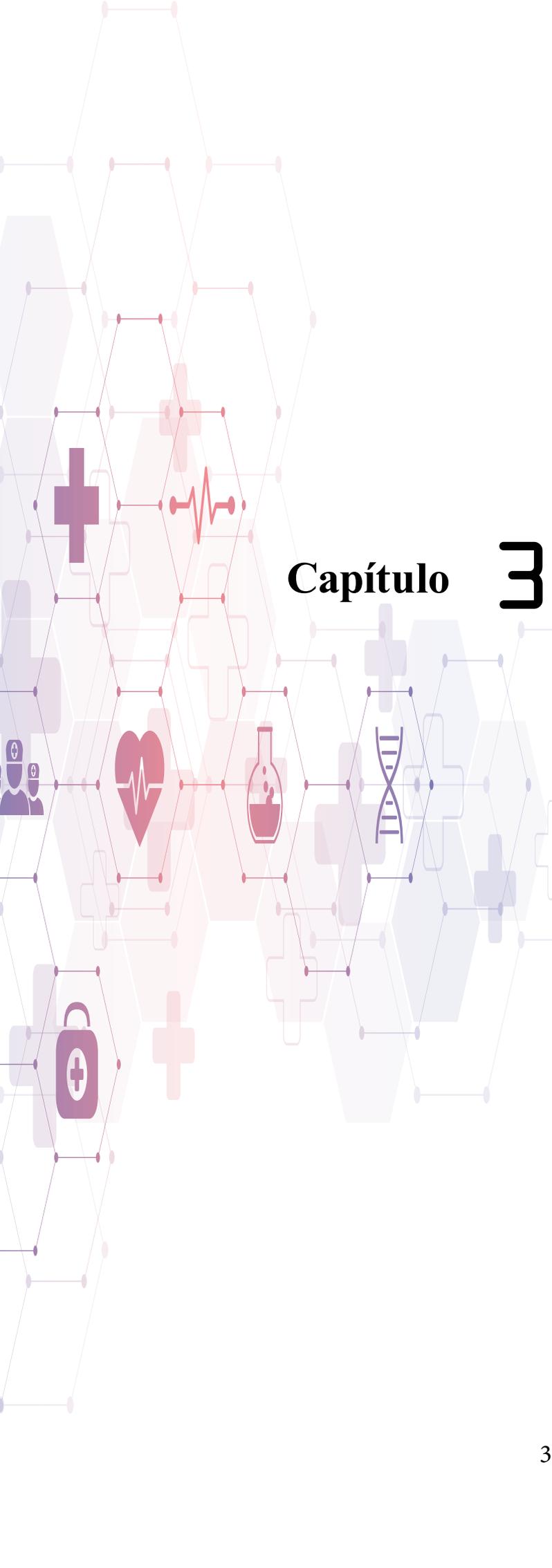
FERNANDEZ, M., V.; DE CASTRO, D., M.; FERNANDES, L., M., M.; ALVES, I., C. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. APS em Revista, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020.

DE ARAÚJO, Ana Danúsia Izidório Rodrigues; DE SOUSA ARRUDA, Luana Savana Nascimento. Teleatendimento como ferramenta de monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19/Tele-service as monitoring tool for suspected and/or confirmed cases of COVID-19. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, p. 57807-57815, 2020.

DE ARAUJO, M., P., B.; PACCIULIU, A., L., M.; MONTANHA, L., T.; EMERICH, B., F.; PELLATI, G.; CAMPOS, R., O. Pandemia de COVID-19 e a implementação de teleatendimentos em saúde mental: um relato de experiência na Atenção Básica. Saúde em Redes, v. 6, n. 2 Suplem, 2020.

DE ARAÚJO, A., D., I., R.; ARRUDA, L.; S., N., S. Tele-service as monitoring tool for suspected and/or confirmed cases of COVID-19. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, p. 57807-57815, 2020.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. Journal of Health Informatics, v. 8, n. 1, 2016.



Capítulo 3

**ASSISTÊNCIA MULTIPROFIS-
SIONAL A UM PACIENTE COM
PÉ DIABÉTICO ATENDIDO EM
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: RELATO DE EXPE-
RIÊNCIA**

**ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL A UM PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO ATENDIDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

MULTIPROFESSIONAL ASSISTANCE TO A PATIENT WITH DIABETIC FOOT SEEN IN A FAMILY HEALTH UNIT: EXPERIENCE REPORT

Maria Jussiany Gonçalves de Abrantes¹

Lavinne Machado Vasconcelos²

Rafael Lima Marinho Paiva³

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra⁴

Maria Roberlandia Soares de Melo Freire⁵

Resumo: Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica resultante da falta e/ou

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG Campos Cajazeiras-PB (2009), Especialista residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022). Mestranda pela Universidade Federal de Sergipe - UFS.

2 Graduação em Nutrição pela Universidade federal de Campina Grande (2014) Especialista em gestão em saúde pública pela Universidade Cândido Mendes (2019) e Residência multiprofissional em Saúde de família - Atenção Básica, pela faculdade de ciências médicas da Paraíba e prefeitura municipal de João pessoa (2022).

3 Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Paraíba, residência em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (2022)

4 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Pernambuco (2018), especialista em práticas integrativas e complementares em saúde pela SHEN (2021), residência em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa (2022), mestranda em saúde coletiva, pela Universidade Federal de Pernambuco.

5 Enfermeira; Mestre em saúde Pública pela Universidade federal da Paraíba; Especialista em preceptoria em Residência Multiprofissional/ SÍRIO Libanês. Especialista em auditoria em Saúde/Especializa-JP.



incapacidade da insulina ser produzida efetivamente pelo pâncreas, podendo acarretar em complicações que estão classificadas em agudas e crônicas, sendo o pé diabético uma das complicações crônicas mais frequentes. Devido à esta natureza e à gravidade das contrariedades desta patologia, os recursos terapêuticos baseiam-se, além das orientações individuais, em manter os níveis glicêmicos sob controle, dietoterapia, corrigir o calçado que traumatiza, antibioticoterapia e curativos, sendo imprescindível a atuação de uma equipe multidisciplinar. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo fundamentado no relato de experiência desenvolvido por enfermeira e nutricionista discentes do Programa de pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade, a partir da vivência adquirida durante a assistência prestada à paciente portador de ferida crônica em uma unidade integrada de saúde de família do município de João Pessoa/PB. Resultados: Após um período de menos de um ano a lesão em MID foi totalmente cicatrizada embora essa espera tenha durado mais de 10 anos, portanto, foi um processo exitoso que trouxe grande satisfação para a equipe, mas principalmente, para o paciente. Conclusão: A atuação da equipe multiprofissional é imprescindível no processo de acompanhamento dos cuidados para a cura de lesões complexas, inclusive pela educação em saúde junto aos pacientes diabéticos acerca da rotina de cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento das lesões. Destacando, deste modo, a melhora da qualidade de vida, garantia de conforto, redução da dor e do stress do paciente. Salienta-se também a importância da capacitação da equipe multiprofissional no tocante ao tratamento de lesões.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Qualidade de vida, Recursos Terapêuticos.

Abstract: Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic disease resulting from the lack and/or inability of insulin to be produced effectively by the pancreas, which can lead to complications that are classified as acute and chronic, with diabetic foot being one of the most common chronic complications. frequent. Due to this nature and the seriousness of the setbacks of this pathology, therapeutic

resources are based, in addition to individual guidelines, on keeping glycemic levels under control, diet therapy, correcting the shoes that traumatize, antibiotic therapy and dressings, being essential the performance of a multidisciplinary team. Methodology: This is a descriptive study based on the experience report developed by a nurse and nutritionist, students of the Postgraduate Program in the Multiprofessional Residency in Family and Community Health, based on the experience acquired during the care provided to patients with chronic wound in an integrated family health unit in the city of João Pessoa/PB. Results: After a period of less than one year, the MID lesion was completely healed, although this wait lasted more than 10 years, therefore, it was a successful process that brought great satisfaction to the team, but mainly to the patient. Conclusion: The performance of the multidisciplinary team is essential in the process of monitoring care for the healing of complex injuries, including health education with diabetic patients about the daily foot care routine and prevention of the appearance of injuries. Emphasizing, in this way, the improvement of the quality of life, guarantee of comfort, reduction of pain and stress of the patient. The importance of training the multidisciplinary team regarding the treatment of injuries is also highlighted.

Keywords: Diabetes Mellitus, Quality of life, Therapeutic Resources.

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é considerada uma doença metabólica que resulta da falta e/ou incapacidade da produção de insulina pelo pâncreas, resultando no descontrole do nível da glicose no sangue, a partir daí, fica estabelecida uma condição crônica em razão dos elevados níveis de glicose/hiperglicemia que pode causar várias complicações (MATOZO, 2019; BRASIL, 2016).

Matozo (2019) destaca ainda que, o número de pessoas que adquiriram a DM ao longo dos anos aumentou exponencialmente e relaciona este aumento a variados fatores relacionados a questões

ambientais e, também, de estilo de vida, como: hábitos alimentares desregulados, o sedentarismo, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional.

Assim sendo, diversos fatores recorrem para que se adquira a Diabetes, por isso, relevante se faz o cuidado na alimentação, buscando ter uma vida ativa, o controle do peso corporal, além de estar em um ambiente que proporcione hábitos saudáveis, para se manter a saúde regular e estável.

A abordagem e o tratamento do Pé Diabético, devem ser centrados no indivíduo, englobando o contexto em que o paciente vive, passando pelas dificuldades enfrentadas no dia a dia, como: as atividades de vida diária, trabalho, lazer e, finalmente, alcançando os aspectos inerentes à patologia e aos seus desdobramentos. Sendo o plano terapêutico sempre que possível, compartilhado, incentivando o indivíduo ao autocuidado e autonomia (BRASIL, 2014)

REFERENCIAL TEÓRICO

CONTEXTUALIZANDO A DIABETES MELLITUS

De acordo com Jones (2015), a sobrevida dos indivíduos com Diabetes Mellitus (DM) pode ser afetada devido as complicações da doença, classificadas em agudas: hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar; e crônicas: retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas, sendo o pé diabético, segundo Armstrong (2017), uma das complicações crônicas mais frequentes da DM, assim definido quando ocorre infecção, ulceração ou destruição dos tecidos do pé. Somando-se a disso, trata-se de uma alteração que possivelmente está associada a anormalidades neurológicas e/ou a variados graus da doença arterial periférica em pessoas com DM que podem ocasionar amputações.

Percebe-se que, como afirma Cembranei (2017), devido à natureza crônica e à gravidade das contrariedades da Diabetes Mellitus, os recursos terapêuticos não compreendem somente o tratamento medicamentoso, desafiando a equipe de saúde, sendo necessário, além das orientações individuais, em manter os níveis glicêmicos sob controle, dietoterapia, corrigir o calçado que traumatiza, antibio-

ticoterapia apropriada em caso de infecção e curativos com produtos que viabilizem desbridamento de tecidos desvitalizados e favoreçam a formação do tecido de granulação (BRASIL, 2016).

Apesar de controlar e tratar a diabetes com as medidas terapêuticas realizadas pela equipe médica, o paciente precisa fazer uso de outros meios que amenizem e colaborem com o progresso do tratamento que engloba inclusive um calçado especial.

O ATENDIMENTO AO PÉ DIABÉTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Para Duncan et al. (2013) é fundamental que se organize o acesso das pessoas com DM para que seja possível a avaliação dos pés de modo regular e abrangente para o indivíduo e que seja eficiente para a equipe, em termos do tempo e dos recursos gastos. Também, é útil a equipe manter uma planilha atualizada com a data e o resultado do último exame dos indivíduos com DM na comunidade para um melhor controle dos atendimentos, permitindo à equipe monitorar o retorno dos pacientes.

De acordo com Santos et al. (2014), no Brasil, embora os registros desses atendimentos sejam ínfimos, as feridas constituem um problema sério de saúde pública, em razão do número elevado de pacientes que possuem alterações na integridade da pele.

O cuidado de enfermagem a portadores de feridas, para Busanello et al. (2013), precisa considerar ações direcionadas para as dimensões biológicas, sociais e psicológicas dos indivíduos com DM, não se limitando a lesão cutânea, simplesmente, e considerando, ainda, o paciente de forma integral, abrangendo da área lesionada até os fatores sistêmicos e psicossociais que podem alterar toda a cicatrização.

Assim sendo, avaliar o indivíduo de uma forma geral, incluindo seus aspectos psicológicos, além dos físicos, contribui significativamente para a resolução exitosa do tratamento da enfermidade.

Neste sentido, Santos et al. (2014), também afirma que muitos desses pacientes buscam a Atenção Primária, inicialmente, como a porta de entrada ou nela são acompanhados após atendimen-

to de alta complexidade, conferindo uma atenção maior a esse nível de envergadura e responsabilidade para assistência ao portador de lesões da pele.

OS RISCOS DO PÉ DIABÉTICO

Cubas et al., (2013) aponta que, o risco de um diabético desenvolver úlcera de pé ao longo da vida chega a atingir 25% e que a cada 30 segundos acontece uma amputação do membro inferior, além de que, cerca de 10 a 25% dos portadores de DM que estão acima de 70 anos desenvolvem lesões que evoluem para amputação, causa comum de invalidez, induzindo a diminuição da qualidade de vida do diabético.

As complicações da Diabetes Mellitus (DM), em especial a neuropatia periférica associadas a um déficit do autocuidado, na visão de Medeiros (2020) implicam em muitas comorbidades aos pacientes, que acabam por influenciar em seu estilo e qualidade de vida, bem como em sua autonomia e independência.

Complicações essas que causam diversos desconfortos e incômodos nas atividades cotidianas, o que pode alterar a rotina do paciente trazendo consequências neurológicas e emocionais, que poderão desencadear outras enfermidades, resultantes desta situação.

Neste sentido, Cordova (2016) afirma que, cuidar de usuários com feridas crônicas não se resume apenas em fazer o diagnóstico certo e utilizar a melhor conduta terapêutica, mas sim, considerar os sentimentos que a ferida acaba provocando no corpo de cada indivíduo.

A avaliação dos pés da pessoa com DM – assim como o cuidado integral do indivíduo – deve ser periódico. O objetivo dessa avaliação periódica, conforme já exposto, é a detecção precoce de alterações que confirmam um risco aumentado para o desenvolvimento de úlceras e outras complicações do Pé Diabético, levando, assim, ao cuidado/tratamento oportuno das alterações (BRASIL, 2016, p 19).

Faz-se necessário, então, um turno protegido para o cuidado de lesões da pele nas APS onde

o paciente tem a facilidade de acesso, bem como, a visão da gestão com relação aos materiais necessários para a realização dos curativos sendo que não existe uma única cobertura ideal para todas as lesões.

É indispensável, também, que haja uma boa comunicação entre os níveis envolvidos nos procedimentos da Atenção Básica, que pode variar desde a troca de relatórios e pareceres entre os profissionais, sejam físicos ou eletrônicos, até a comunicação direta com ligações telefônicas para discussão de caso (BRASIL, 2016, p 20).

Diante do contexto, o presente trabalho teve o objetivo de relatar a assistência multiprofissional a um paciente com pé diabético há mais de 10 anos, atendido em uma unidade de saúde da família no município de Joao Pessoa, na Paraíba, durante o ano de 2021.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo fundamentado no relato de experiência desenvolvido por enfermeira e nutricionista discentes do Programa de pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade, a partir da vivência adquirida durante a assistência prestada à paciente portador de ferida crônica em uma unidade integrada de Saúde de Família.

Todos os dados apresentados neste trabalho foram alcançados no período de janeiro a dezembro de 2021, durante as consultas de enfermagem que foram realizadas com o paciente JJD, na UBS da Comunidade, sendo os atendimentos realizados às quartas, no período da manhã.

Os procedimentos de tratamento e limpeza da ferida do Pé Diabético, aconteceram inicialmente, todos os dias, no entanto, passou a ser semanalmente, e geralmente eram feitos com clorexidina, colagenase, soro fisiológico em jato forte, Gel de PHMB a 1% e 2 %, coberturas com alginato de cálcio e coberturas antimicrobianas.

A análise dos atendimentos e dos procedimentos foi distribuída em trimestres, para este estudo, assim como, a avaliação da nutricionista, que totalizou 12 meses.

Devido à escassez de materiais na UBS para tratar a ferida do Pé Diabético, parte deles foram adquiridos pelo próprio paciente, afim de dar prosseguimento ao tratamento até a finalização deste.

No entendimento de Lopes (2012), o relato de experiência é uma ferramenta descritiva que apresenta um fato vivenciado, para contribuir de forma relevante para a atuação profissional e comunidade científica, trazendo considerações que proporcionem reflexões e embasamento teórico para outros pesquisadores.

RELATO DO CASO

O presente relato de experiência sobre a Assistência Prestada ao paciente JJD, do sexo masculino, negro, 58 anos de idade e com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 há uns 20 (vinte) anos, apresentando lesão crônica de pé diabético no MID na planta do pé, entre o segundo e o quarto pododáctilo, há mais de 10 (dez) anos sem cicatrização. O paciente foi assistido na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Família Integrada Verdes Mares, localizada no bairro de Mangabeira VIII, em João Pessoa – PB, pela equipe multiprofissional de residentes (R1) – RPSFC, enfermeira e nutricionista.

O paciente JJD buscou o serviço de saúde, em janeiro de 2021, para monitorar a glicemia capilar, verificando que o nível estava bem elevado por estar em 290mg/dl, sendo encaminhado ao médico de sua área para melhor avaliação. Durante sua consulta, a equipe multiprofissional foi chamada e, após avaliação, iniciou-se um acompanhamento nutricional que era realizado trimestralmente, no entanto, a nutricionista estava presente em todos os procedimentos de curativos e com a enfermeira para realização de curativos diários que durou por volta de 12 meses.

Nos três primeiros meses, foi usada, em alternância, limpeza e curativo da área afetada: primeiro se realizou a limpeza no pé inteiro, diariamente de segunda a sexta, com clorexidina; a ferida foi limpa com soro fisiológico em jato forte, fazia-se o desbridamento e depois usava-se a colágenase por 14 dias, passado esse período, que é o tempo máximo de uso, ia-se para o óleo de girassol por

mais 14 dias.

No segundo trimestre, realizou-se a limpeza no pé direito inteiro, como realizada no trimestre anterior, com soro fisiológico em jato forte e, após isso, usava-se a solução de PHMB a 1% por 10 minutos, em seguida, fazia o desbridamento e, em seguida, se usava a cobertura de alginato de cálcio, feito a cada 7 dias, o que se seguiu também no terceiro trimestre, com exceção da cobertura utilizada sendo hidrofibra com prata.

No quarto e último trimestre, findado em 10 de dezembro de 2021, a limpeza foi feita no membro inteiro, do joelho ao pé, com clorexidina e a ferida limpa com soro fisiológico em jato forte e, logo após, uso de Gel de PHMB a 2 % por 10 minutos, com o desbridamento e depois usava-se a espuma com alginato de prata, feito a cada 7 dias.

O atendimento nutricional do paciente, que foi realizada no período, objetivou avaliar o estado nutricional do paciente e, definir as suas necessidades, estabelecer metas realísticas para o controle da diabetes, orientar o plano alimentar e avaliar, bem como, ajustar a alimentação e prescrever suplementação para o auxílio na cicatrização de lesões.

Aponta Lima-Costa et al. (209) que apesar da importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis, como um dos meios mais eficazes de prevenção secundária do DM e HAS, no Brasil, ainda são escassas as informações advindas de estudos populacionais sobre os hábitos alimentares de idosos com essas doenças.

Durante o estudo, foram efetivados o preenchimento da ficha de identificação nutricional, o recordatório alimentar e o questionário de frequência com o intuito de avaliar os hábitos e inadequações alimentares, bem como o estado nutricional e, posteriormente, entregue o plano alimentar personalizado com o fornecimento da lista de substituições.

Em cada encontro se reforçou as orientações nutricionais, adequação do plano alimentar, quando necessário, e discutidas as dificuldades no seguimento deste.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Atenção Primária, na visão de Busanello et al. (2013), é um cenário propício para a implementação das tecnologias de cuidado de enfermagem ao usuário com ferida crônica, pois é possível perceber a realidade de vida da população, o que favorece o processo de identificação dos problemas de saúde e de doença, e das alternativas para solucioná-los.

A história do paciente comoveu profundamente a equipe, pois segundo seu relato, JJD se encontrava com muitas limitações, em razão de não poder firmar o pé direito ao chão o que lhe dificultava a vida em muitas situações, além do incomodo de ter uma abertura na parte inferior do pé, após, contar sobre o seu caso, todos ficaram muito sensibilizados pelo fato de JJD estar naquela situação por mais de uma década sem qualquer solução, com risco de outras consequências, como amputação do pé, osteomelite, entre outros, além de ter passado todo esse tempo administrando diversos medicamentos para conter desconfortos físicos e psicológicos, em razão do problema que possuía.

Durante o atendimento e o acompanhamento do paciente JJD na APS, houve grande dificuldade de atuação para a equipe envolvida, por não haver disponibilidade dos materiais especializados para realizar o curativo, os quais são as melhores opções para tratamento e fechamento da ferida. Contudo, como o paciente tinha condições de adquirir os materiais, o tratamento da ferida do pé diabético foi iniciado, porém, não foi fácil, em razão da necessidade de ser realizado diariamente com desbridamento instrumental, procedimento que requer tempo diante da agenda lotada da enfermagem.

Ao passar dos meses, foi perceptível o grande impacto causado na vida do paciente com a substancial melhora da lesão, assim como, devia ser acrescentado ao cronograma semanal um turno para realização dos curativos, posto que, a demanda é alta e a grande maioria dos pacientes não tem condições de ir aos serviços especializados, que ficam distantes da comunidade ASSPOM, no bairro de Mangabeira.

Viu-se ainda que, precisam ser revistos os materiais disponibilizados para a APS, que devem ser usados nos primeiros 15 dias e, após isso, os resultados esperados não são mais vistos e acabam por passar muitos anos gastando materiais que não servirão para cicatrização das lesões. Os primeiros curativos foram feitos com os materiais disponíveis na UBS, sendo eles: soro, gazes, clorexidina, esparadrapo e colagenase.

Após 01 (um) mês, se começou a usar gel de PHMB, soro fisiológico, gazes, fita crepe, atadura e a cobertura, de acordo com as características e fases da lesão e, ao final de 01 (um) ano, a lesão do pé diabético fechou, após um longo período de mais de 10 anos em que o paciente JJD viveu com o desconforto e os riscos.

CONCLUSÃO

O papel da Enfermagem na APS é muito abrangente e se faz necessário que a equipe de saúde abrace, com mais ênfase, o cuidado com o pé diabético e suas lesões e sendo indispensável, em primeiro lugar, a gestão rever os materiais usados para realização de curativos atualmente na APS, implementando tecnologias capazes de atuar nas diferentes fases das lesões.

Sendo assim, a atuação de equipe multiprofissional é imprescindível no processo de acompanhamento, cuidados para a cura de lesões complexas, inclusive pela educação em saúde junto aos pacientes acerca da rotina de cuidados diários com os pés e a prevenção do aparecimento destas lesões.

Durante todo esse estudo, se percebeu o quanto se faz necessário um turno protegido para o cuidado de lesões da pele na APS aonde o paciente tem a facilidade de acesso, bem como, a visão da gestão com relação aos materiais necessários para a realização dos curativos sendo que não existe uma única cobertura ideal para todas as lesões.

Ademais, entende-se que a experiência foi exitosa para o processo de formação envolvido, uma vez que foi possível, durante os dias de vivência do paciente no serviço, a identificação das suas

principais necessidades, o planejamento da assistência, a avaliação de enfermagem e nutrição, assim como, o cuidado efetivo e individualizado, o que resultou na melhora da qualidade de vida, garantia de conforto, redução da dor e do stress do paciente.

Salienta-se, também, a importância da capacitação da equipe multiprofissional no tocante ao tratamento de lesões, bem como no acompanhamento de pacientes crônicos a fim de prevenir o aparecimento de complicações.

REFERÊNCIAS

ARMSTRONG, David G.; BOULTON, Andrew J. M.; BUS, Sicco A. Diabetic foot ulcers and their recurrence. *New England Journal of Medicine*, v. 376, n. 24, p. 2367-2375, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do pé diabético: estratégia do cuidado para a pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2016; Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso: 20 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014. (Caderno de Atenção Básica, n. 35)

BUSANELLO, J.; SILVA, F. M. da; SEHNEM, G. D.; POLL, M. A.; DEUS, L. M. L. de; BOHLKE, T. da S. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 175–184, 2013. DOI: 10.5902/217976928532. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532>. Acesso: 02 jan. 2022.

CEMBRANEL, F.; BERNARDO, C. O.; OZCARIZ, S. G. I.; D'ORSI, E. Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores de consumo alimentar saudável: estudo longitudinal

com idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017, 20(1),34–46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/K9mGpmjZZTBChKJRLBTSMvp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 20 dez. 2021

CORDOVA, F. P. Cuidado aos usuários com lesões complexas na atenção básica: Revisão Integrativa da Literatura. Dissertação (Mestrado). Programa de Gestão em Saúde e Enfermagem e Organização do Trabalho, Universidade Federal de Porto Alegre, 2016.

DUNCAN, M. S.; GOLDRAICH, M. A.; CHUEIRI, P. S. Cuidados Longitudinais e Integrais a Pessoas Com Condições Crônicas. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. p. 892-904

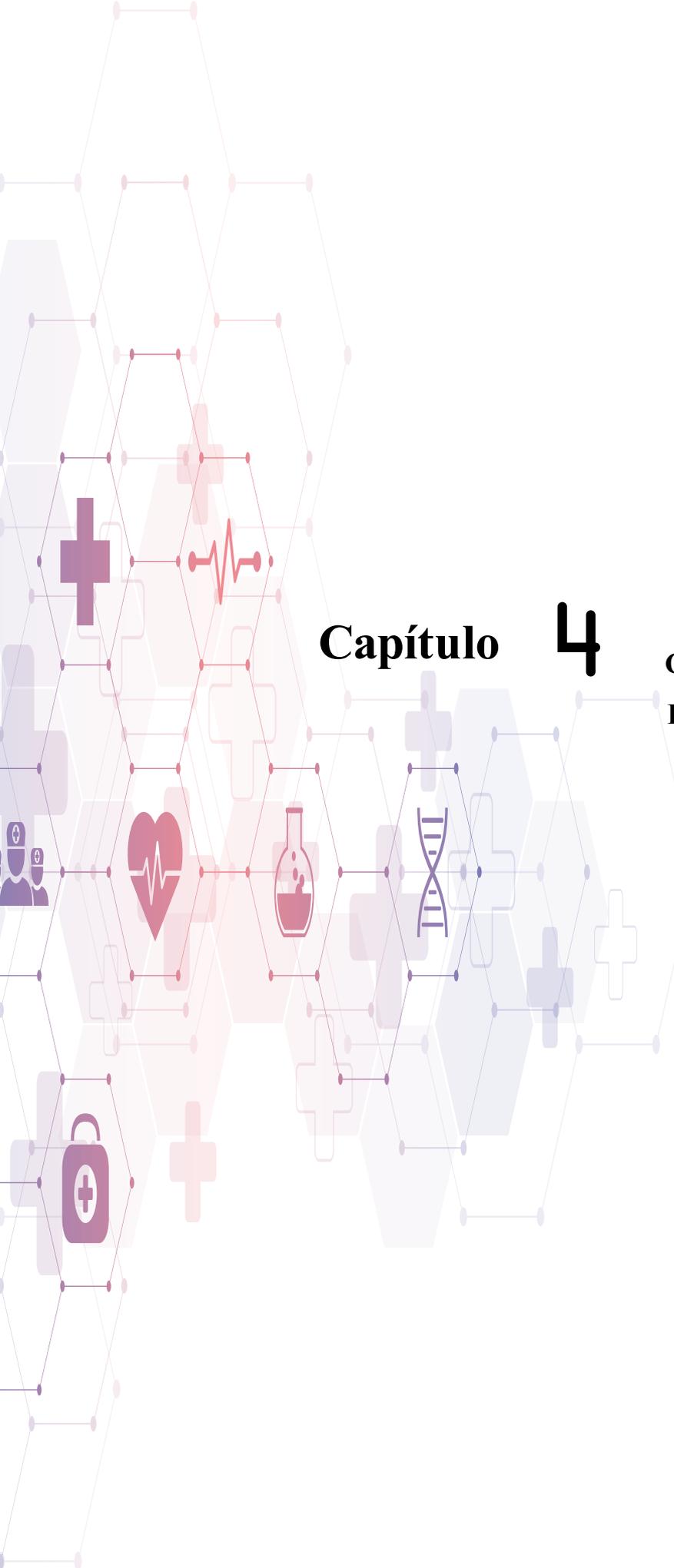
JONES, Nia J.; HARDING, Keith. 2015 International Working Group on the Diabetic Foot Guidance on the prevention and management of foot problems in diabetes. *International Wound Journal*, v. 12, n. 4, p. 373, 2015.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Sobre estudos de casos e relatos de experiências (Editorial). *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* 2012; 13(4):1. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983001>. Acesso em 27/12/2021

MATOZO, Isabelle Cristine Figueiredo et al. Relato de experiência de tratamento de lesão em pé diabético em um ambulatório de especialidade. 2019.

MEDEIROS, Ana Claudia Torres de; SANTOS, Maria Cecília Queiroga dos. Cuidados De Enfermagem A Paciente Idosa Com Pé Diabético Internada Em Unidade Hospitalar: Um Relato De Experiência. 2020.

SANTOS, I.C.R.V. et al., Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. *Revista Rene*, v. 15, n. 4, p. 613-620, 2014.



Capítulo 4

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO
COMO ESTRATÉGIAS DE CUI-
DADO EM CASOS DE VIOLÊN-
CIA CONTRA A MULHER NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRI- MÁRIA

RECEPTION AND BONDING AS CARE STRATEGIES IN CASES OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN PRIMARY CARE

Edja Mayra Ferreira de Castro¹

Dayse Catão Ramalho²

Você pode me riscar da História

Com mentiras lançadas ao ar.

Pode me jogar contra o chão de terra,

Mas ainda assim, como a poeira, eu vou me levantar.

Minha presença o incomoda?

Por que meu brilho o intimida?

Porque eu caminho como quem possui

Riquezas dignas do grego Midas.

[...]

Das chochas dessa História escandalosa

1 Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

2 Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, formação em Psicanálise e saúde mental - EBP/ Seção PB e Mestrado em Saúde da família pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde mental – FIP, Especialista em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês. Preceptora Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde João Pessoa. Possui Experiência em CRAS/ CREAS/ NASF. Atualmente é Psicóloga no CAPS AD III - David Capistrano da Costa Filho.

Eu me levanto

Acima de um passado que está enraizado na dor

Eu me levanto

Maya Angelou

Trecho de “ And Still I Rise”

1978

Resumo: Este trabalho consiste em uma observação participante, construído a partir das vivências de uma residente de Psicologia em Saúde da Família e Comunidade. O material do estudo foi composto de registros dos atendimentos onde as falas das usuárias, trazidas a partir da memória e de anotações, produziam sentidos e provocavam a criação de uma relação de respeito entre usuária e profissional e também entre usuária e serviço de saúde. O objetivo deste trabalho foi gerar uma reflexão acerca da importância do acolhimento e da criação de vínculo entre usuárias e profissionais de unidades de saúde da família, em casos de violência contra a mulher. Dentro da atenção primária, acolher e vincular produzem responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que, efetivamente, impactam o processo de saúde, assim, percebe-se que o acolhimento, proporcionado pelos profissionais, foi essencial para criar um vínculo com as usuárias, para que falassem sobre a violência e pudessem ser direcionadas para a psicoterapia. Conclui-se que é necessário problematizar a forma como a violência contra a mulher chega à Atenção Básica, bem como a forma que é realizado o acolhimento destas usuárias, pois tanto o acolhimento quanto o vínculo permitem que as histórias sejam conhecidas fazendo com que cada usuária e profissional afete e seja afetado, facilitando o relacionamento entre ambos, melhorando o serviço ofertado e auxiliando na aceitação do cuidado, modificando as práticas em saúde e considerando as singularidades de cada usuária.

Palavras chaves: violência contra mulher, acolhimento, atenção primária

Abstract: This work consists of a participant observation, built from the experiences of a resident of Psychology in Family and Community Health. The material of the study was composed of records of consultations where the speeches of the users, brought from memory and notes, produced meanings and provoked the creation of a relationship of respect between the user and the professional and also between the user and the health service. The objective of this work was to generate a reflection on the importance of welcoming and creating a bond between users and professionals of family health units, in cases of violence against women. Within primary care, welcoming and linking produce accountability and technological optimization of the solutions that effectively impact the health process, thus, it is perceived that the reception, provided by professionals, was essential to create a bond with users, so that talk about violence and could be directed to psychotherapy. It is concluded that it is necessary to problematize the way in which violence against women reaches Primary Care, as well as the way in which these users are welcomed, since both the reception and the bond allow the stories to be known, making each user and professional affect and be affected, facilitating the relationship between them, improving the service offered and assisting in the acceptance of care, modifying health practices and considering the singularities of each user.

Keywords: violence against women, reception, primary care

Introdução

A violência contra a mulher passou a ser considerada problema de saúde pública em 1996 (SILVA, PADOIN E VIANA, 2013), porém ainda hoje, em 2021, continua sendo uma triste realidade no Brasil e no mundo. No ano passado, das 18.000 notícias que foram acompanhadas pela Rede de

Observatórios da Segurança, 10% foram relatados como relativas à violência contra as mulheres (isso simboliza 1.823 eventos, ou seja, cinco por dia). “Este alto número é fruto de uma construção social que delega à mulher uma posição subalterna e que dá ao homem a falsa sensação de posse em relação à sua companheira” (RAMOS, 2021, p.8).

Ainda segundo o autor supracitado, durante muito tempo mulheres foram vistas como propriedade masculina, seguindo uma necessidade de construir a imagem da mulher do lar, dos filhos e obediente como o “ideal de feminino”. Esse ideal vem sendo questionado na teoria e não é mais uma norma, devido aos avanços de lutas feministas das últimas décadas, entretanto ainda há muita aversão quanto a essas mudanças o que faz com que, na prática, o que foge a esse modelo “ideal” seja recebido de forma violenta por parte da sociedade.

É a partir da fuga deste ideal que em 1989, mesmo com uma falta de investimento do governo federal e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), os movimentos de mulheres avançavam ao dialogar com os governos estaduais para a criação e ampliação de Delegacias de Mulheres, abrigos, centros de referência e serviços de saúde voltados para mulheres vítimas de violência sexual. Isso ocorreu pois com a Constituição de 1988 finalmente foi reconhecida a violência contra a mulher, estabelecendo a necessidade de proteger as vítimas bem como o direito de assistência à saúde por parte do Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANDENBERG E TAVARES, 2016).

A temática da violência contra a mulher é uma questão de saúde pública e traz como pauta a Atenção primária (representando a porta de entrada do sistema de atenção à saúde) e o acolhimento prestado às vítimas que buscam os serviços em caso de necessidade de assistência. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) mais visíveis na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo o acesso dos usuários por meio de uma mudança no processo de trabalho, disposto a atender todos aqueles que procurarem o serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Conforme Silva, Padoin e Viana (2013), a Atenção Básica é um dos setores da saúde que tem como objetivo assistir mulheres em situação de violência. As intervenções, incluídas na Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), permitem acolher a violência junto a outras demandas, tornando-se parte da prática assistencial da mulher.

O acolhimento como postura e prática promove a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, objetivando as respostas resolutivas aos problemas identificados através da escuta. Esse pressuposto é a base para uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência (SILVA, PADOIN E VIANA, 2013, p. 609).

De acordo com a PNH (BRASIL, 2013), “acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (p.7). Tendo como objetivo principal a “construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (p.8). Garantindo, através de uma escuta qualificada por parte dos profissionais, o acesso dos usuários a partir de uma análise de risco (onde são investigados a vulnerabilidade e a gravidade do caso) para que as demandas sejam atendidas de forma eficaz dentro do SUS e ampliando as práticas de cuidado.

O acolhimento surge na concepção da necessidade de uma reorganização da atenção à saúde, reordenando e modificando o modelo tecno-assistencial dos serviços de saúde, indicando a mudança da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, com base na oferta de atendimento a todas as pessoas que o procuram por meio de uma conexão de confiança e de compromisso dos usuários com a equipe e os serviços (SOARES, 2011).

Ainda segundo Soares (2011), “o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para se atender os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, pois o mesmo facilita a acessibilidade, favorecendo o desenvolvimento de vínculo entre equipe e população” (p. 9). O acolhimento possibilita também conhecer a demanda do usuário, o que o faz buscar o serviço, o que é possível fazer dentro da rede para solucionar a queixa. Dentro da atenção primária, por exemplo, onde os

usuários são adscritos ao território do serviço e tem uma equipe de referência, é importante que este acolhimento esteja associado a uma criação de vínculo, pois esta prática possibilita uma troca entre profissionais e usuários, visando a ampliação da qualidade do cuidado. Acolher e vincular produzem responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que, efetivamente, impactam o processo de saúde.

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias (BRUNELLO, et al., 2009, p.132).

Vê-se, frequentemente, a violência contra a mulher sendo discutida nos cenários de saúde, relacionada ao protocolo de ação, aos sistemas de rede de apoio à mulher. Mas, se tratando da atenção primária, é preciso se atentar para formas de trabalhar isso dentro deste cenário, deste contexto. O acolhimento é a primeira ferramenta que pode ser utilizada desde a chegada da usuária ao serviço até o encaminhamento para o serviço especializado. O vínculo determina um estreitamento da relação interpessoal.

Sendo assim, é possível se perguntar: como o acolhimento e a criação de vínculo entre profissionais e usuárias na Atenção Básica contribui para a ampliação do cuidado em casos de violência contra a mulher? Para responder a essa questão, a pesquisa teve como objetivo gerar uma reflexão acerca da importância do acolhimento e da criação de vínculo entre usuárias e profissionais de unidades de saúde da família, em casos de violência contra a mulher.

Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo qualitativo, transversal, descritivo, utilizando a técnica de observação participante, construído a partir das vivências de uma residente de Psicologia em Saúde da Família e Comunidade em uma Unidade de Saúde da Família, no período de março de 2020 à fevereiro de 2022, no município de João Pessoa, Paraíba.

A abordagem qualitativa, surgida na Alemanha no século XIX, surge com a necessidade das ciências sociais estudarem os fenômenos da humanidade. Nela o pesquisador descreve os comportamentos humanos e tenta entender o seu significado (QUEIROZ et al., 2007).

Segundo Minayo (2001), a observação participante permite analisar fatores subjetivos e serve como fonte de conhecimento real do contexto em que o grupo analisado está inserido; no caso desta pesquisa, aproximou a residente da realidade em que as usuárias estavam inseridas. Ainda, segundo Queiroz et al. (2007), a principal suposição desta abordagem é que não há nada enrijecido, isto é, não há a necessidade de conclusões definitivas, a incerteza faz parte da sua natureza.

Neste modelo, o observador faz parte do processo de observação e estabelece uma relação com os observados, podendo modificar e ser modificado pelo contexto.

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2001, p 59-60).

A coleta de dados envolveu desde a chegada das usuárias ao serviço, o processo de acolhimento e atendimento pelos profissionais de referência das equipes (sendo médicos, enfermeiras, dentistas ou agentes de saúde) até o encaminhamento para o atendimento psicológico.

O material desse estudo foi composto de observações da residente; registros dos atendimentos onde as falas das usuárias, trazidas neste trabalho a partir da memória e de anotações, produziam sentidos e provocavam a criação de uma relação de respeito entre usuária e profissional e também

uma ligação entre usuária e o próprio serviço de saúde.

Resultados e Discussão

As Residências em Saúde da Família aparecem no final da década de 1990, com o intuito de criar um molde de Residência Multiprofissional, vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS), salvaguardando as especialidades de cada profissão envolvida, mas criando uma área comum, vinculada à saúde pública e que ampliasse os princípios da promoção da saúde, integralidade, atenção e do acolhimento. As Residências em Saúde são oficializadas a partir da Lei nº 11.129 de 2005, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, com a proposta de incluir e formar profissionais com uma visão integrada e crítica, com capacidade para resolver as necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, a APS se caracteriza, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Sendo a principal porta de entrada da população no SUS, servindo como coordenadora do cuidado e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, a APS amplia os meios de atenção integral à saúde, com profissionais atuando para além do espaço físico do serviço, em uma assistência territorializada e contextualizada, por meio dos princípios do SUS (como universalidade, integralidade, equidade, entre outros), ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Estes serviços são conhecidos como Unidades de Saúde e encontram-se dentro do território à qual a população se situa e são responsáveis pela resolutividade de 80% dos problemas de saúde pública (BRASIL, s.d).

Dentre estes problemas está a violência contra a mulher (VCM), um fenômeno mundial que pode ocorrer ao longo da vida e entre diferentes classes sociais, mostrando ser necessário considerar

seus aspectos socioculturais. As diversas formas de violência contra as mulheres acabam por exigir uma reorganização da prática assistencial das equipes de saúde com o intuito de melhor responder a esta demanda, devido aos danos e sequelas que causam às vítimas e ao próprio serviço (PIMENTA, 2011).

Quando mulheres estão sofrendo violência e procuram os serviços de saúde, nem sempre conseguem expor a situação, por isto é necessário buscar, sempre, manter um vínculo com a comunidade, para conhecer o contexto em que a população está inserida e também suas dificuldades (PIMENTA, 2011). Isto pode ser feito através de uma busca ativa de casos, com perguntas para o cadastramento com as equipes de agentes comunitários de saúde, durante a triagem, com perguntas rotineiras em atendimentos dos mais diversos tipos, durante a anamnese ou até mesmo quando outras queixas são trazidas durante os atendimentos.

Essa busca ativa poderia partir de espaços de acolhimento, aproximação, e escuta, possivelmente havendo a revelação de episódios violentos. Entretanto, segundo Beraldi et al. (2012) para identificar a violência, se mostra necessário fazer uso de “recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para ouvir o outro, além de intenso investimento na capacitação profissional” (p 316), é importante fazer questionamentos, pois se o profissional não perguntar é muito improvável que a mulher relate a violência. É interessante, também, respeitar o espaço e o tempo da usuária durante estes questionamentos, pois, por mais que sejam relevantes, mais importante é entender que a mulher deve se sentir confortável para falar sobre a situação de violência vivida.

De acordo com d'Oliveira et al. (2020) existem alguns motivos para que a atenção primária seja significativa na atenção à saúde no que se refere à VCM. A primeira se refere ao fato de a APS seja a porta de entrada do SUS, a segunda está relacionada com a atuação longitudinal e territorializada da APS, junto à comunidade e às famílias adscritas. Por fim, por ter a APS uma perspectiva assistencial voltada à prevenção e promoção em saúde, oferecendo uma assistência contínua às mulheres independente das queixas serem ligadas a adoecimentos, vê-se a APS como um importante serviço

de atendimento às vítimas de violência.

Faz-se importante deixar claro que o período aqui relatado coincide com o início da pandemia de COVID-19, que trouxe diversos impactos sociais, inclusive o aumento do número de casos de VCM e a subnotificação, já que muitas mulheres, que sofriam (e ainda sofrem) esse tipo de violência dentro de suas casas muitas vezes não conseguiam fazer a denúncia ou procurar algum tipo de atendimento. É neste contexto que entra a importância das unidades de saúde, por se tratarem de atendimentos dentro do território. As possibilidades de contatos de rede, conhecida como intersetorialidade, que as Unidades de Saúde da Família conseguem realizar, se mostram ainda mais importantes nesta conjuntura.

Enquanto enfrentamos os impactos devastadores da pandemia da COVID-19 na América Latina e no Caribe, assim como em todas as regiões do mundo, é preciso enfrentar outra pandemia que não pode ficar oculta: a violência contra mulheres e meninas. Essa violação de direitos humanos afeta, em média, uma em cada três mulheres ao longo da vida e, apenas em 2019, resultou em ao menos 3.800 vítimas de feminicídio (ONU MULHERES, 2020, p.1)

Logo ao iniciar a residência foi possível perceber que o território pertencente à USF era extremamente vulnerável e que a unidade tinha uma alta demanda de casos de VCM, entretanto, a partir de uma conversa com uma enfermeira, foi exposto que a USF não notificava casos de violência há mais de três anos por receio de repressão da comunidade, ou seja, não havia uma compreensão por parte dos profissionais da diferença entre notificação e denúncia. A partir daí houve o interesse da residente em discutir mais sobre este tema, percebendo a necessidade de falar com usuários e usuárias e também com os próprios profissionais das equipes, convidando trabalhadores de outras áreas e fazendo um contato intersetorial para falar sobre a realidade do território. Por exemplo, quando foi feito um diálogo com a assistente social da unidade sobre a necessidade de uma intervenção na equi-

pe para que fizesse um convite externo e esta chamou a patrulha da mulher para falar sobre casos de violência e como proceder.

É comum usuárias chegarem até o serviço de saúde com queixas diversas, mas não especificamente a VCM e acabarem relatando sobre a violência em algum momento, relacionando com o problema que foi inicialmente trazido. Como é o caso de uma usuária atendida pela médica que chegou com a queixa a respeito da vida sexual e o incômodo que sentia ao ter relações, mas devido às conversas durante os atendimentos, foi dito à médica que havia sofrido uma série de violações desde a infância por familiares e conhecidos. Ou até mesmo de outra usuária que chegou até a unidade se queixando de dores e foi direcionada ao médico, onde relatou que havia sido estuprada.

Percebe-se que o acolhimento, uma escuta inicial, proporcionado pelos profissionais foi essencial para criar um vínculo com essas usuárias, e então falassem sobre a violência para que pudessem ser direcionadas para a psicoterapia, tendo em vista que ambos os casos foram direcionados para atendimento psicológico logo após ser ofertada esta possibilidade para as usuárias. A importância desta escuta se dá devido ao fato de ser a partir dela que são identificados os problemas, a gravidade do caso e, também, onde são elencadas possíveis resoluções.

As usuárias chegaram à psicoterapia por meio de atendimentos de profissionais de suas equipes, onde acabaram relatando questões sobre violência contra a mulher, casos como estupro e abusos desde a adolescência. Os casos eram trazidos nas consultas e passados para a psicóloga residente de forma em que eram feitos atendimentos de acordo com a demanda e disponibilidade das usuárias (eram agendados encontros semanais, mas, caso sentissem necessidade, outros encontros poderiam ser agendados com maior antecedência). A maioria dos encontros ocorriam dentro da unidade, na sala que estivesse disponível para atendimento, mas também eram realizadas interconsultas com outros profissionais como médicos das equipes, enfermeiras e também visitas domiciliares com apoio dos agentes de saúde.

Na experiência aqui trazida a psicoterapia foi guiada pela linha do construcionismo social.

Na qual o papel terapeuta cria

condições para o surgimento de conversas que gerem novos sentidos em uma postura de colaboração, rumo à co-construção; (3) foco no relacionamento: a terapia construcionista busca a compreensão das questões trazidas pelo cliente, através de uma análise dos relacionamentos nos quais ele está envolvido e nos quais constrói determinados sentidos; (4) sensível a valores: o terapeuta construcionista considera que o relacionamento terapêutico é sempre pautado por determinados valores que influenciam na construção dos sentidos neste contexto (RASERA E JAPUR, 2004, p.432).

Assim é imprescindível para o terapeuta construcionista que haja um vínculo entre profissional e usuário, possibilitando a troca que origina na terapia, sendo o acolhimento parte deste processo desde o início, pois é ele que permite o encontro e está envolto de sentidos.

É necessário tempo para a construção do vínculo, o que torna compreensível que a pessoa não se sinta à vontade para falar sobre sua vivência, seus traumas e a violência que sofreu, então foi necessário alguns atendimentos para poder criar uma relação de confiança com as usuárias e assim pudessem falar sobre o que lhes ocorreu. Através do vínculo as usuárias conseguiram ressignificar suas histórias e as violências sofridas, enxergando suas potencialidades para que pudessem enxergar além da violência sofrida, o que é possível observar nos relatos trazidos abaixo:

Olhei pra mim vir mulher que me tornei dei graça a Deus por tudo que aconteceu comigo pra torna a mulher que só hoje. forte. [...] Aos 14 foi estuprada pelo mostro assim que vejo ele. molestada pelo cunhado, pelos irmãos. O melhor de tudo é saber que eu venci tudo isso. (Usuária 1)

Foi difícil, foi lágrimas e mais lágrimas, não posso dizer que estou 100% mas

vou chegar lá não sou mais aquela mulher fraca quando cheguei aqui nas primeiras semanas. Obrigada a deus, obrigada a meu esposo, obrigada a minha médica e a minha psicóloga, e principalmente a mim! (Usuária 2)

Através do acolhimento as práticas em saúde são modificadas de forma a considerar as singularidades de cada uma das mulheres que chegam à unidade de saúde, podendo identificar possíveis violências. Para isso é importante levar em consideração a compreensão dos afetos para enfrentar situações cotidianas nos serviços de saúde, sem que a doença se torne o foco - o enfoque deve ser sempre a usuária e seu sofrimento (SCHOLZE, DUARTE JUNIOR E SILVA, 2009)

Ao trazer o sofrimento, uma usuária trazia uma narrativa interessante durante os atendimentos, falando que apenas podia confiar na psicóloga pois foi colocado em questão o seu relato de violência quando foi mencionado para outra profissional da equipe. Isso dificultou o acesso da mesma à unidade de saúde, devido à quebra de vínculo com profissionais e o próprio serviço. Mas com a insistência da residente, que trouxe para perto outros profissionais, fez com que a usuária se sentisse confortável até que reconhecesse que ali era seu espaço novamente.

Fiquei com medo e chateada, por não terem acreditado em mim, achava que não tinha forças mais pra ficar discutindo, brigando, fazendo com que acreditassem. O que posso contar é minha psicóloga, isso me dá forças. Não vou mais deixar isso me impedir de vir ao posto fazer minhas coisas (Usuária 3).

Essa relação se caracteriza em um vínculo que vai se formando e possibilitando uma melhora na qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo relações de escuta, de diálogo e de respeito. É indispensável tomar o acolhimento e a escuta, o vínculo como inicial e a partir daí tomar outras providências como um atendimento, uma notificação de violência, recorrer a outros serviços em caso de direitos violados, reconhecer que estamos ali enquanto profissionais de saúde para atender às ne-

cessidades daquela mulher que trouxe seu relato, não para duvidar do que foi dito.

É possível perceber que para fazer um bom atendimento, em um caso de violência, não depende de um único profissional, mas sim de toda a equipe que se envolve na unidade de saúde e do vínculo que essa equipe tem com os usuários e usuárias.

É necessário que todos os envolvidos no atendimento de casos de VCM aprendam a trabalhar baseados nos pressupostos da interdisciplinaridade, a qual implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção à construção de um fazer coletivo (BERALDI et al., 2012, p.316-317).

O vínculo, então, acaba contribuindo no processo de aceitação ao tratamento, confiando e seguindo as recomendações dos profissionais de maneira orientada, buscando sempre o conforto e a melhor qualidade de saúde das usuárias, de forma que a assistência não seja apenas para prevenir doenças, mas sim para promover uma melhor qualidade de vida. Isso pode ser percebido com uma das usuárias, tendo em vista que no início do tratamento ela tinha receio de tomar medicações para a depressão, mas devido ao vínculo com a médica passou a tomar. O que fez com que a médica a encaminhasse para a psicoterapia, algo que ela também tinha receio, entretanto o bom vínculo com as profissionais ajudou no processo.

Quando eu fui fazer terapia eu pensei ‘sera que eu vou conseguir ou eu tenho que desistir? ou seja melhor seguir em frente sozinha com minhas dores me agarrar em coisas que não posso mudar ou falar pra mim mesma que eu não sou forte de verdade, seguir em frente sabendo que eu não vou conseguir?’ Eu me senti assim quando eu comecei a fazer terapia. [...]. Quando a tristeza bater em minha porta vou deixar bem claro que felicidade chegou primeiro. eu não vou ser vítima do meu passado. tudo isso que eu passei foi pra mostrar que eu

sou uma guerreira dentro de mim e vou ser forte daqui pra frente. Não quero decepcionar as pessoas que estão me ajudando, primeiro eu, meu esposo, a minha médica e minha psicóloga. (Usuária 2)

Considerações Finais

Na Atenção Básica nos deparamos com diferentes realidades e diferentes questões de saúde. Apesar de muitos profissionais terem dificuldade de reconhecer, a violência contra a mulher é uma destas questões e se torna também um fator de risco para o desenvolvimento de diversos outros problemas de saúde.

Torna-se necessário problematizar a forma como a violência contra a mulher chega à Atenção Básica, bem como é realizado o acolhimento destas usuárias, pois a forma que esta demanda é atendida nos serviços pode acarretar em uma sobrecarga por parte dos profissionais, refletindo em uma necessidade de ampliação em treinamentos e capacitações para o atendimentos destes casos na Atenção Primária à Saúde, bem como na não procura por parte das usuárias, em casos de violência, por serviços como as unidades de saúde.

O acolhimento e o vínculo permitem as histórias sejam conhecidas fazendo com que cada usuária e profissional afete e seja afetado, facilitando o relacionamento entre ambos, melhorando o serviço ofertado por parte dos profissionais e auxiliando na aceitação do cuidado por parte das usuárias, modificando as práticas em saúde e, assim, considerando as singularidades de cada uma das usuárias.

É preciso considerar a violência contra a mulher nos cenários da atenção básica relacionada não somente à rede de apoio, mas também a formas de trabalhar esta temática dentro dos territórios e também de outros serviços de saúde e da assistência. Trabalhar saúde da mulher envolve se atentar a papéis de gênero e sobre como isso se aplica dentro do contexto social e também no âmbito da saúde.

Mostram-se necessárias capacitações e outros momentos de formação e discussões contínuas na APS, de forma a ampliar o cuidado integral à saúde da mulher, por ter um enorme impacto nas condições de saúde e nas variáveis sociodemográficas.

A construção de vínculos possibilita que relações sejam fonte de apoio, de força, de compreensão, para que seja possível reconhecer potencialidades, superar, e principalmente, crescer. Relatar qualquer tipo de violência contra a mulher enquanto uma mulher é entrar em contato com sofrimentos de outras que também afetam, pela simbologia do papel social de ser mulher. É um processo que passa uma dor física, emocional e espiritual, mas ao mesmo tempo é também sobre luta, resistência e complacência.

Referências:

ANGELOU, MAYA. And Still I Rise. 1978. Disponível em: <https://ericabombardi.files.wordpress.com/2019/01/ainda-assim-eu-me-levanto-maya-angelou.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Atenção Básica - DAB. s.d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2006. 414 p. Acesso em: 19/12/2018. Dispo-

nível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

BERALDI, Ana Cyntia Paulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* [online]. 2012, v. 12, n. 3 [Acessado 8 Janeiro 2022] , pp. 307-318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2010, v. 23, n. 1 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 131-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>>.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática* * Estudo financiado pelo Medical Research Council (MRC – UK). . *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2020, v. 24 [Acessado 4 Dezembro 2021] ,e190164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>. Epub 08 Jun 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ONU MULHERES. *Prevenção da Violência contra Mulheres diante da COVID-19 na América Latina e no Caribe*. v 1. n.1.2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/05/BRIEF-PORTUGUES.pdf>

PIMENTA, Jucilane Costa. *Violência contra mulher: um desafio para a atenção básica à saúde*. Uni-

versidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2011. 29f. .Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

QUEIROZ et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R. Enferm, UERJ, Rio de Janeiro, 2007, v. 15, n.2, p. 276-283. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf

RAMOS, Silvia. A dor e a luta das mulheres: números do feminicídio - Rio de Janeiro: Juliana Gonçalves, CESeC, 2021. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/REDE-DE-OBS_ELASVIVEM-1.pdf

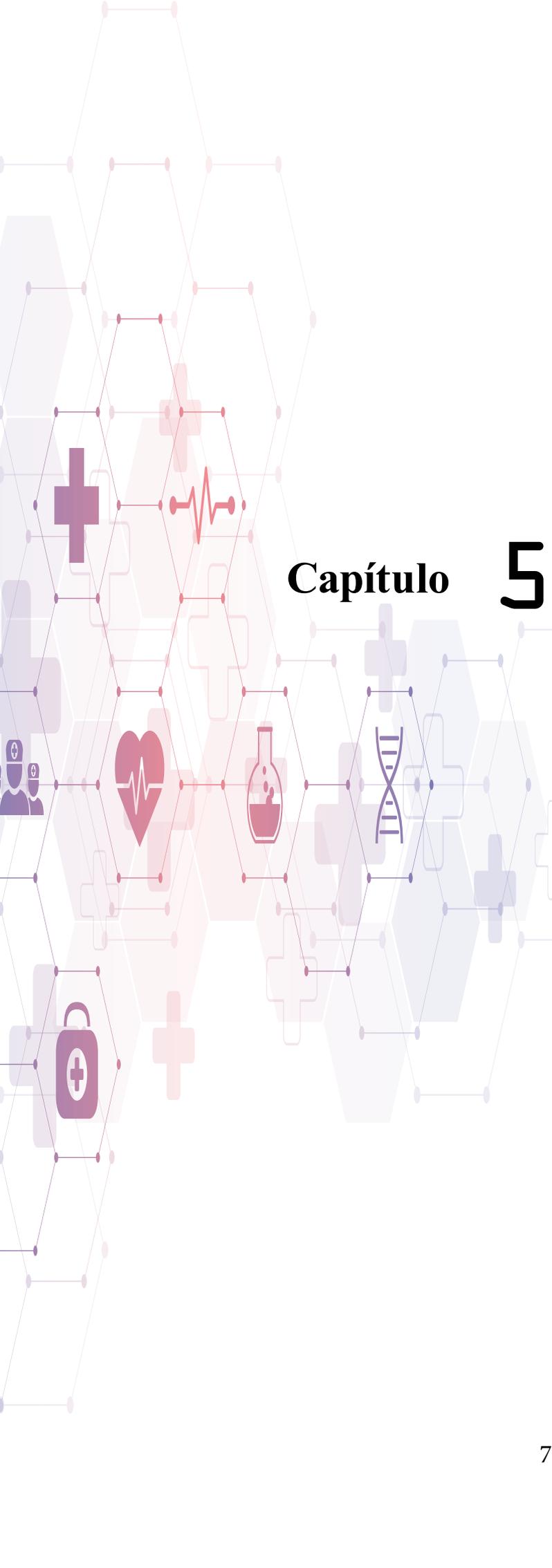
RASERA, Emerson F. e JAPUR, Marisa. Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. Estudos de Psicologia (Natal) [online]. 2004, v. 9, n. 3 [Acessado 8 Janeiro 2022], pp. 431-439. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300005>.

SANDENBERG, Cecilia M. B; TAVARES, Márcia S. (Org.) Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. - Salvador: EDUFBA, 2016. 335 p. (Coleção bahianas; v. 19)

SCHOLZE, Alessandro da Silva, Duarte Junior, Carlos Francisco e Silva, Yolanda Flores. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, n. 31 [Acessado em 8 Janeiro 2022], p. 303-314.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2013, v. 26, n. 6

SOARES, Tatiana Aparecida. Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. Araçuaí – MG. 28p. 2011



Capítulo 5

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚ- DE NA ATENÇÃO BÁSICA: RE- LATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFIS- SIONAIS

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY HEALTH PRACTICES IN PRIMARY CARE: EXPERIENCE REPORT OF MULTIPROFESSIONAL RESIDENTS

Daniele Pereira Soares¹

Isabela Motta Felício²

Laysa da Silva Fidelis³

Ricardo de Sousa Soares⁴

Resumo: As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde surgem como forma de desenvolver o cuidado integral e humanizado. Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo relatar a experiência da utilização das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica. O método empregado foi o relato de experiência, realizado com residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade do município de João Pessoa, no período de março de 2020 a janeiro de 2022. O relato

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande (2017). Especialista em Saúde Coletiva pelo Grupo ProMinas (2020). Especialista residente em Saúde da Família e Comunidade - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP (2022).

2 Farmacêutica graduada pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB (2017), Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UEPB (2020), Especialista residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022).

3 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (2019), Especialista residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022). Residente em saúde da criança - SES/PB.

4 Graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Gestão de Organizações de Aprendentes - UFPB (2013). Doutor em Modelos de Decisão em Saúde - UFPB (2016). Docente da Universidade Federal da Paraíba.

foi baseado na vivência de utilização de auriculoterapia, aromaterapia, musicoterapia e cuidando do cuidador. Como resultados, foi possível observar boa adesão das práticas, além do relaxamento, diminuição do estresse, aumento de vínculo entre pacientes e profissionais e amadurecimento profissional das residentes inseridas no estudo. Conclui-se que as Práticas Integrativas e Complementares são formas importantes de cuidado, pois ampliam as maneiras de se fazer saúde e transformam a realidade de quem as utiliza.

Palavras chaves: saúde, atenção básica, práticas integrativas

Abstract: Integrative and Complementary Practices in Health emerge as a way to develop comprehensive and humanized care. Given the above, this study aimed to report the experience of using Integrative and Complementary Practices in Primary Care. The method used was the experience report, carried out with multiprofessional residents in family and community health in the city of João Pessoa, from March 2020 to January 2022. The report was based on the experience of using auriculotherapy, aromatherapy, music therapy and caring for the caregiver. As a result, it was possible to observe good adherence to the practices, in addition to relaxation, reduced stress, increased bonding between patients and professionals and professional maturation of the residents included in the study. It is concluded that the Integrative and Complementary Practices are important forms of care, as they expand the ways of doing health and transform the reality of those who use them.

Keywords: health, primary care, integrative practices

Introdução

“Na varanda, quem descansa / vê o horizonte deitar no chão. Pra acalmar o



coração. Lá o mundo tem razão.” (Vilarejo, Marisa Monte).

Em meio a pandemia do novo coronavírus iniciamos ciclos das residências em diferentes locais, perspectivas e vidas. Nossas histórias se entrelaçam com as de tantas outras, que enfrentaram o desafio de trabalhar numa situação tão assustadoramente inusitada, e do encontro cotidiano com diferentes pessoas e suas histórias de vida buscando a refazenda de sonhos e cuidado.

A pandemia revestiu o posto com necessárias precauções de uma prática hegemônica e higienista e, de certa forma, desconsiderou as práticas integrativas e holísticas (OLIVEIRA, et al, 2020). De certa forma adaptamos o nosso aprendizado para as necessidades do enfrentamento do COVID-19 e para o cuidado aos pacientes com sintomas gripais, e aos poucos fomos refazendo também os percursos formativos e nos re-colocando nos processos de aprendizado da residência.

Apesar de inicialmente distantes, as práticas integrativas e complementares (PICs) se mostraram importantes nesse período com o crescimento do problemas relacionados a saúde mental como ansiedade e depressão relacionados ao isolamento social e ao medo do amanhã refletindo também nos profissionais da saúde com o acréscimo do medo e estresse de encarar de frente pacientes com síndrome gripal. Assim, ofertas das PIC's como auriculo, cuidando do cuidador nas unidades de saúde ,meditação, o reiki, imposição das mãos, a musicoterapia, a yoga e entre outras, ajudaram a cuidar de profissionais e pacientes (OLIVEIRA, et al, 2020).

A Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPICs) de certa forma deveria retomar a nossa própria história de cuidado e saúde se conectando com novas formas de cuidado. A importância das práticas holísticas no Sistema Único de Saúde remonta a 8ª Conferência de Nacional de Saúde em 86 na busca por uma forma democrática de acesso a práticas alternativas, mas só é implementada de maneira mais contundente em 2006 com a aprovação da PNPICs e o reconhecimento e ampliação de novas práticas nas portarias complementares em 2017 e 2018 (BRASIL, 2015, 2017, 2018). Apesar de ter sido extremamente importante a política para a regulamentação das PICs, é importante destacar

que da nossa cultura popular e indígena forma e ainda são esquecidas na origem e na construção da PNPICs (MOEBIUS;MERHY, 2017), e precisam ser reconhecidas, resgatadas e fortalecidas.

As PICS podem ser utilizadas nos diversos níveis de atenção no SUS, porém tem na Atenção Básica (AB) um espaço privilegiado de crescimento pelos laços construídos pelo paciente e equipe de saúde, tornando possível o vínculo, a liberdade de escolha do tratamento junto com o profissional de saúde e a longitudinalidade (ALVIM, 2016).

A nossa residência multiprofissional em saúde da família e comunidade encontrou na AB um espaço fértil para o aprendizado das PICS e para compartilhar e conhecer novas formas de cuidado em saúde. Esse aprendizado é coerente com uma formação orientada pelos princípios do SUS, e baseada na integralidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Nós, residentes em saúde, contribuímos para a assistência à saúde, ampliando a resolutividade das ações, assim como colaborando para o cuidado centrado na pessoa, utilizando das PICS como instrumento de construção de atenção integral à saúde na AB. E este estudo teve como objetivo relatar as experiências, vivências, e aprendizados na utilização das PICS na Saúde da Família e Comunidade.

Metodologia

“É preciso amor pra poder pulsar/ É preciso paz pra poder sorrir. É preciso a chuva para florir”. (Tocando em Frente, Renato Teixeira e Almir Sater).

Esse artigo é fruto da experiência da residência multiprofissional em saúde da família em 3 Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa - Paraíba, no período de março de 2020 a janeiro de 2022. As 3 residentes participantes deste estudo são de duas categorias profissionais: 2 enfermeiras e 1 farmacêutica. É importante frisar que João Pessoa divide-se em cinco distritos sanitários (DS), que são responsáveis pelas 100 Unidades de Saúde da Família (USF) e das 230 equipes que compõem

a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de seu território, e desempenham funções administrativas, realizam atendimento ao usuário, abastecem e realizam serviços de manutenção as USF e prestam assistência técnica às equipes. (JOÃO PESSOA), estando as USFs que foram campo de práticas para as residentes deste estudo localizadas nos distritos IV e V, que tem diferenças e particularidades em seu contexto e realidade.

A USF Alto do céu Integrado fica no DS IV, é uma unidade integrada, com quatro equipes, contando além da equipe mínima com 70 profissionais, e com residentes das categorias de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, terapia ocupacional. A maior parte da população assistida dessa localidade são pessoas de baixa renda e baixa escolaridade, onde há uma prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e saúde mental.

A USF Bessa DS V é uma unidade integrada composta por duas ESF, constitui-se é campo de prática de estudantes em estágio de diversas disciplinas e residentes em saúde, atende um bairro com diferentes realidades socioeconômicas com prédios e casas de boa qualidade onde sua população tem uma melhor condição socioeconômica, e em contrapartida, perto do rio, temos moradias mais simples e uma população de maior vulnerabilidade social.

A experiência relatada traz laços e relações entre as residentes, equipes e usuários, a partir das afetações, percepções e diálogos, uma vez que a residência além de ser ensino-serviço, também permite que os residentes tragam novas práticas que aproximem os profissionais dos pacientes, tentando quebrar o paradigma hospitalocêntrico e privatista, tendo o usuário como protagonista do cuidar. O cotidiano do trabalho enquanto residentes e profissionais da saúde, é possível ir se re-construindo a partir dos diversos encontros e afetações, em um processo de aprendizagem que transcende os espaços formais, e reconstruindo o cuidado em saúde a partir dessas afetações e encontros (MERHY, 2015).

Dentre essas tecnologias, as PICs fazem parte de um cuidado integral, holístico e natural da saúde, assim enfatizando a promoção à saúde. Entre as práticas oferecidas, destacamos as experi-

ências com Musicoterapia, Auricoloterapia, Aromaterapia e Fitoterapia, utilizadas na nossa vivência enquanto residentes.

Discussão dos Resultados

“Pode abrir a janela/ Noites com sol são mais belas. Certas canções são eternas/ Deixa o sol entrar”. (Noites com Sol, Flávio Venturini e Ronaldo Bastos).

As USFs passaram por momentos muito difíceis durante nosso tempo de residência. A pandemia tornava o ambiente caótico, lotado, muitas pessoas precisando de atendimento, profissionais sobrecarregados, e muitas pessoas com doenças crônicas tiveram seu cuidado adiado por evitar ir ao posto por ser grupo de risco ou mesmo pela ênfase necessária ao combate ao COVID-19 em 2020.

Começamos a perceber que além das doenças que já estávamos acostumadas a trabalhar, a pandemia intensificou o número de pessoas com queixas de ansiedade, depressão, tristeza, medo e angústia.

Nessa conjuntura passamos a oferecer práticas integrativas, algumas, que não estavam sendo utilizadas no cotidiano das USF por sobrecarga de trabalho, falta de tempo ou desconhecimento dos outros profissionais. Começamos aos poucos, a implantar as PICS no dia-a-dia das unidades, plantando uma semente que se tornou um regador de novas experiências, florindo o interesse pelos profissionais do serviço e aumento da busca pelas práticas.

As PICS modificam a dinâmica no processo do cuidar, pois trabalham na perspectiva integral, através da escuta acolhedora e qualificada, do toque, do vínculo, fazendo transcender o cuidado a partir do conhecimento do profissional na escolha da prática que será utilizada e também levando em consideração os saberes e as demandas que os pacientes trazem (Santo, 2019).

Auriculoterapia

Como uma semente tem o poder de curar? Como uma simples semente pode trazer bem estar? Essas perguntas ecoavam em nossas mentes, a partir do momento que a residência nos ofertou um curso de auriculoterapia. Nesse curso, além de entender os mecanismos históricos, fisiológicos e biomédicos, conseguimos sentir em nós mesmos os benefícios que uma hora estavam tão distantes, sem nenhum tipo de procedimento invasivo e sem medicamentos.

A partir do curso, compramos os materiais para a prática, pinça anatômica, sementes de mostarda, placa para depositar as sementes, apalpador auricular e começamos a agendar os atendimentos nas unidades, tirando um dia na semana para realização da auriculoterapia.

Quanto mais a população ficava sabendo sobre a auriculoterapia na unidade, mais atendimentos apareciam, as queixas principais eram relacionadas a insônia, compulsão alimentar, estresse, dores crônicas, hipertensão e diabetes descompensadas, mas sobretudo a ansiedade, esse sintoma afligia a todos, principalmente no cenário caótico que estávamos vivenciando.

As consultas duravam em média 30 a 40 minutos, dependia muito dos problemas que as pessoas iam nos contando. Na primeira consulta, a prática era explicada e, em seguida, a pergunta: “Como você está?” e em meio a essa pergunta se iniciava uma conversa tentando captar o histórico do paciente, se fazia uso de medicamentos, se já havia feito alguma PIC, e levando em conta o acolhimento perguntávamos, como tinha sido seu dia, sua semana, sentimentos de angústia e ansiedade, práticas diárias que, em partes, colaboraram para a atenuação de doenças já instaladas.

Após anamnese era hora de aplicação dos pontos, e aí outra pergunta: “De que lado você dorme?”, pergunta essencial, principalmente para as primeiras consultas onde a orelha fica dolorida nos primeiros dias, e assim era aplicado ponto a ponto com o estímulo em seguida. Apesar de não ter muita referência sobre isso nos livros, observamos que em alguns pacientes dormir do lado no qual foram aplicadas as sementes incomodava bastante. A aplicação era realizada com uma pinça anatô-

mica e as sementes fixadas com fita adesiva do tipo micropore. Ao final, era sempre recomendado o estímulo dos pontos de três a quatro vezes ao dia, e após o banho, era recomendado passar a toalha delicadamente para que as sementes não caíssem. Depois de todas as orientações, nosso próximo encontro era agendado para semana seguinte, e na esperança de que a cada retorno o usuário se encontrasse melhor.

Passava uma semana, e novos usuários apareciam e outros retornavam para suas consultas, nesses retornos novamente a pergunta: “Como você está?”, de onde vinha um sorriso por boa parte deles, muitos relataram melhoras no sono, nos pontos de dor e a ansiedade um pouco mais leve comparada a semana anterior, a melhora não apenas da auriculoterapia, mas também do acolhimento que foi feito, do espaço dado para o usuário relatar suas dores, desabafar como se encontrava. Dessa forma, era feita nova anamnese e novos pontos eram colocados na orelha, com as mesmas orientações de estímulo durante os próximos dias.

Em uma revisão sistemática feita por Corrêa e colaboradores (2020) foi possível observar os efeitos da auriculoterapia no estresse, ansiedade e depressão de adultos e idosos. Os resultados demonstram que 92% evidenciaram efeito positivo da auriculoterapia na maioria dos estudos e nas diferentes situações de estresse, ansiedade e depressão, como a esclerose múltipla, uso abusivo de álcool e outras drogas, cefaleia, insônia e dor.

Sentimentos de estresse, ansiedade, tensão estão cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas, o que afeta a qualidade de vida. Assim, a auriculoterapia veio como um tratamento seguro, não invasivo, de baixo custo e de grande adesão por parte da população, proporcionando melhora na qualidade de vida, bem estar físico, mental e social (BOURSCHEIDT, et al, 2017).

É importante reforçar que normalmente nas consultas utilizamos mais de uma prática para promover algo além da aplicação das sementes, antes de começar a sessão a sala era preparada, e entre as escolhas de terapia, eram utilizadas a musicoterapia e aromaterapia.

Aromaterapia

Nada melhor que chegar em um ambiente e sentir um cheiro agradável, que tranquilize e me faça esquecer que estou nos muros de um consultório. Até porque, por muito tempo os consultórios eram considerados locais para “curar doentes” e não locais para promover saúde e restabelecer o equilíbrio biopsicossocial.

Os efeitos benéficos da aromaterapia já se mostraram evidentes na prática clínica, sendo favorável na promoção, tratamento e cura dos problemas de saúde, proporcionando bem-estar a quem faz seu uso, seja por uso olfativo ou tópico. (PESSOA., et al, 2021).

Em nossas consultas, a aromaterapia era utilizada por meio do sentido olfativo, então o odor das almotolias com álcool e sabão foi trocado pelo cheiro da lavanda, do gerânio e do capim-limão que poderiam ser utilizados de maneiras diferentes, através do difusores, colocadas gotas em um algodão, borrifados no canto da sala ou aplicados nos pulsos dos pacientes.

Nas consultas e acolhimento eu sempre gostava de borrifar nos cantos do consultório uma misturinha de água com OE de capim-limão, quando os pacientes entravam era o primeiro ponto de acolhimento, o olfato parecia que queria expressar um “seja bem-vindo”. Na própria consulta de auriculoterapia, os OE de lavanda e gerânio eram utilizados para tornar o ambiente mais agradável, fazendo o paciente sentir-se acolhido e tranquilo.

A aromaterapia contempla a todos que passam pelo ambiente em que está sendo utilizada, favorecendo o equilíbrio da saúde mental, possibilitando assim a redução do estresse e da ansiedade. (DAMIAN, 2018).

Tivemos algumas experiências exitosas com a utilização dos óleos essenciais (OE), algumas delas foi em relação a saúde da mulher, tanto durante a consulta ginecológica para a coleta do exame citopatológico como durante a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), pois as mulheres que se submetem a esses procedimentos têm medo da dor, ficam ansiosas e preocupadas no pré-procedimen-

to, além da cólica que podem sentir durante e após a intervenção.

Então com essa percepção desses sentimentos, era iniciada uma conversa com a mulher, onde se explicava o procedimento e nesse momento nós aproveitamos para fazer uma pequena técnica de relaxamento de inspiração e expiração, nesse caso, ou fazíamos a aplicação de uma ou duas gotas do OE de lavanda no pulso da mulher e pedíamos para fazer movimentos circulares, ou colocávamos o OE no difusor, sempre perguntando se o cheiro que a paciente estava sentindo era agradável. Com isso, percebemos que a mulher conseguia ficar mais relaxada, calma e confiante para o procedimento.

O OE de lavanda é um dos mais abordados nos estudos sobre aromaterapia, sendo muito utilizado como terapia integrativa através de sua ação tranquilizante na abordagem de sintomas como estresse, ansiedade, insônia e depressão.(LIMA, et al, 2021).

Apesar dos benefícios expostos pelo nosso trabalho, é importante frisar que apesar da aromaterapia ser considerada uma PICS, é necessário ter cautela em seu uso, uma vez que, é importante investigar a procedência do produto e o profissional tem que estar qualificado para utilizar essa prática com responsabilidade técnica. (LIMA, et al, 2021); (AMARAL; OLIVEIRA, 2019);

Musicoterapia

Sons então conosco desde o nascimento, o primeiro choro, a voz da mãe querida, a primeira música. Isso impacta significativamente nas nossas lembranças e histórias, pois associamos a música a momentos da nossa vida e junto com esses temos as sensações de alegria, tristeza, amor, perseverança, fé.

Com isso pensamos na ideia de utilizar a música durante os procedimentos, uma vez que, com a lotação das unidades, profissionais trabalhando, pessoas conversando podem acabar atrapalhando as terapias, a música também consegue deixar o ambiente mais aconchegante e passa ao paciente a segurança e acolhimento.

Gustavson e colaboradores (2021) afirmam que o envolvimento musical pode ser passivo ou ativo, o passivo se dá através da escuta como hobby ou como parte de uma intervenção e o ativo quando o paciente se envolve além do ouvir, seja pelo cantar, tocar algum instrumento ou fazer parte dos grupos de música.

Então, resolvemos utilizar o envolvimento passivo, por ser de fácil acesso e não atrapalhar as outras consultas. Era perguntado para o paciente qual o seu estilo musical, quais as músicas que ele gostava de ouvir, se tinha algo que ele não gostava de ouvir. Havia momentos que o usuário nos deixava a vontade e então colocamos músicas instrumentais relaxantes, e sempre deixávamos claro que não haveria problema caso não quisesse a musicoterapia associada às outras práticas.

A duração da musicoterapia dependia do tempo das outras terapias e do diálogo com o paciente, para isso era utilizado aplicativo via celular ou caixinha de som levada pelas próprias residentes.

Percebemos que a música criou vínculos, conseguimos abrir o diálogo para outras esferas da vida dos usuários a partir da música, produzindo bem-estar, diminuindo a ansiedade pré-procedimento e elevando a confiança do paciente.

Corroborando com nossas percepções, Witte, et al, (2020) dizem que utilização da musicoterapia causa uma variedade de efeitos positivos tanto na redução da excitação fisiológica (frequência cardíaca, pressão arterial e níveis hormonais) como nas experiências de estresse psicológico (inquietação, ansiedade e nervosismo).

A acessibilidade e o baixo custo transformam o ato de ouvir música em uma tecnologia positiva, pois produz o equilíbrio emocional e relaxamento, uma vez que o paciente consegue assimilar sentimentos associados aquela música e lembrar de momentos passados, aumentando o vínculo entre os sujeitos participantes, e dessa forma, propiciando segurança, conforto e tranquilidade. (CAIRES, et al, 2014).

Fitoterapia

Quando se fala em tratamento com plantas, automaticamente, lembramos dos cuidados que nossas avós sempre tinham na ponta da língua: “ Olha minha filha, toma um chá de capim santo, em um instante irá curar seu má estar”. E no nosso dia-a-dia passamos essa cultura para nossos pacientes, como por exemplo, posso citar uma situação em um atendimento durante o citológico.

Era uma paciente, idosa, com queixa de corrimento abundante, esbranquiçado, lembrando a leite coalhado, sem odor. Ao realizar o exame, por uma questão de experiência, foi identificado candidíase. Durante a consulta, conversando a mesma relatou que não teria muitas condições para comprar seu tratamento e com isso foi dito que na farmácia do posto teria alguns e que poderia fazer banho de assento com chá de camomila por cinco minutos, uma vez ao dia. Foi pedido que retornasse com 15 dias para buscar seu resultado.

Passado os 15 dias, a mesma retornou e com isso, seu exame ainda não tinha chegado, porém a mesma relatou que sentiu alívio aos sintomas que estava sentindo, agradeceu e disse: “Que bom, que existem outras formas de tratar essas doenças” e saiu com um sorriso no rosto.

A *Matricaria recutita* L (MV), popularmente conhecida como Camomila, sendo umas das plantas mais populares do mundo, e tem uma longa história longa, existem relatos desde a épocas dos egípcios e gregos. Utilizada bastante na rede de cosméticos e no tratamento de doenças. Possui as seguintes propriedades: antibacteriana, antiespasmódica, estimulante da cicatrização, antidiarreica, analgésica, antiinflamatória, antimutagênica, antioxidante e calmante, antifúngica. (PACIFICO, et al, 2018). Por ter função antifúngica, é bastante utilizada no tratamento da candidíase.

Em um estudo de revisão bibliográfica, sobre plantas com atividade antifúngica no tratamento da candidíase, a candidíase está se mostrando mais resistente aos antifúngicos sintéticos existentes no mercado e uma alternativa mais eficaz seriam os produtos fitoterápicos que tem se mostrado com resultados mais eficazes e com menos reações adversas em relação aos medicamentos sintéticos.

(RAIMUNDO;TOLEDO, 2017).

Cuidando o cuidador

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz como uma de suas diretrizes a valorização do trabalhador, na qual tem como definição “É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.” (BRASÍLIA, 2013). Mas será que a valorização do trabalhador se restringe apenas à tomada de decisão e processos de trabalho?

Com o início da pandemia, observamos a sobrecarga de trabalho nas unidades em que estávamos inseridas, sentimentos de tensão, estresse, cansaço e ansiedade começaram a surgir por parte dos trabalhadores e profissionais de saúde. Todos nós estávamos exaustos da correria do dia a dia, das atualizações que eram passadas a cada minuto sobre o novo vírus, lidar com pacientes doentes e angustiados sobre seu diagnóstico e ter a responsabilidade de todos os dias trabalhar na linha de frente.

Daí, com a possibilidade de enfrentar essa situação, percebemos a necessidade de realizar intervenções que pudessem minimizar esses sentimentos, e a melhor maneira de fazer seria cuidando uns dos outros.

Roseni Pinheiro (2009) define Cuidado como “um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização”, e pensando nisso foi realizado o Cuidando do Cuidador.

Profissionais, além de trabalhadores, são usuários, logo necessitam também de atenção e cuidado, e depois de dias exaustivos foi pensando em um momento só com os profissionais, conversamos com a gerente da UBS para reservar um turno de uma sexta-feira para fazermos as práticas.

Tudo se iniciou com uma roda de conversa onde a pergunta chave era “Pessoal, depois de tudo que estamos passando, como vocês estão se sentindo?” e em meio a essa pergunta surgiu um

diálogo entre eles, falas expressando sentimentos de angústia, tristeza, cansaço físico e mental, eram as que mais prevaleciam. Depois os direcionamos os profissionais para os consultórios que estavam com uma PICS, nesse dia ofertamos Auriculoterapia, Aromaterapia, Ventosaterapia e Reflexologia Podal. É importante ressaltar que para o cuidando do cuidador e as residentes deste trabalho contaram com a participação de residentes de outras unidades, como fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e enfermeiros.

Os profissionais estavam na expectativa, já que seria um turno de trabalho totalmente diferente do que costumava ser, a cada profissional que saía de uma das salas das práticas, percebemos a satisfação em ter um momento de cuidado para eles, como se as PICS ofertadas tirassem o peso do trabalho e o estresse que estava afetando a todos, sendo maioria os profissionais que se empolgaram para os próximos cuidando do cuidador.

O estudo realizado por Oliveira e colaboradores (2021), demonstrou que a auriculoterapia teve efeitos positivos com a diminuição do estresse, ansiedade e depressão dos 41 profissionais de enfermagem que trabalhavam na pandemia do coronavírus em um hospital público de Belo Horizonte. Confirmando que a PICS pode ser uma importante estratégia na saúde mental dos trabalhadores de saúde atuantes na pandemia, que por consequência conseguem melhorar seu atendimento para com o paciente.

Dando suporte aos nossos resultados, Melo, et al, (2021), constataram em seu relato que os profissionais que passaram pela experiência do cuidando do cuidador, também saíram das práticas com diminuição do estresse e se sentindo mais relaxados, expondo a necessidade de ser ter práticas de cuidado voltadas ao profissional no cotidiano de suas atividades de trabalho.

Com essa percepção, vimos os resultados positivos que foram gerados, a importância do cuidado integral não apenas de quem procura o serviço, mas também de quem presta ele. Assim, o Cuidando do Cuidador foi a maneira que encontramos de acolher as queixas e aflições dos profissionais, proporcionando o momento de cuidado por meio da oferta das PICS a quem está sempre cuidando,

e como consequência conseguindo o aumento do vínculo entre profissionais do serviço e residentes.

Considerações Finais

“Na vida só resta seguir/ um risco, um passo, um gesto, rio afora”. (É você, Antônio Carlos, Arnaldo Antunes, Marisa Monte).

As Práticas Integrativas e Complementares nos alimentaram com tranquilidade e serenidade em um momento extremamente difícil de nossa história que foi a pandemia do COVID-19. Ao mesmo tempo que disparou um amadurecimento profissional e despertou a sede de conhecimento acerca da temática, foi reverberando novas formas de cuidar nos nossos encontros com os pacientes.

Apesar das dificuldades inerentes a implementação de novas práticas e das resistências do modelo hegemônico, acreditamos que as PICS tem produzido marcas profundas e permanentes, nas nossas vidas e nos serviços. E podemos, aos poucos, ver alguns desdobramentos das suas histórias e resultados, mesmo diante dos percalços.

Sugerimos que hajam mais investimentos para disseminação das PICS nos serviços de saúde por meio de cursos e formações tanto para os profissionais da rede quanto para os residentes e inclusive para a comunidade ampliando as formas de aprender e cuidar. O residente acaba sendo um importante multiplicador de novas práticas de saúde, durante a própria residência e em toda sua vida pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde no Cuidado. Rev. enferm. UFSM., v. 6, n. 1, p. 2, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769221571>



AMARAL, F; OLIVEIRA, C. J. R. Estresse | ansiedade | aromaterapia: pelo olhar da osmologia, ciência do olfato e do odor. *Brazilian Journal of Natural Sciences*. v. 2, n. 2, p. 92-101. 2019. Disponível em: <https://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/57/45>

BOURSCHEIDT, M. et al. Principais motivos para a procura por atendimentos com auriculoterapia. *Anais do 9º Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão da UNIPAMPA: Salão de Extensão*, v. 9 n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/86275>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). 1º ed. 1ª reimpressão. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_foelho.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702 de março de 2018. Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília. 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/7526450/doi-2018-03-22-portaria-n-702-de-21-de-marco-de-2018-7526446

CAIRES, J. S. et al. A utilização das terapias complementares nos cuidados paliativos: benefícios e finalidades. *Cogitare Enferm.* v. 19, n. 3, p. 514-20. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33861/23228>

CORRÊA, H. P.; MOURA, C. C.; AZEVEDO, C.; BERNARDES, M. F. V.G.; MATA, L.R. F. P.; CHIANCA, T. C. M. Efeitos da auriculoterapia sobre o estresse, ansiedade e depressão em adultos e idosos: revisão sistemática, *Rev. esc. enferm. USP.* v. 54, e03626, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/dKhpwWtWBsLTRvXHNs6Hkh/?format=pdf&lang=pt>

DAMIAN, P. Aromaterapia & psiquê: o uso dos óleos essenciais para o bem estar psicológico e físico. Belo Horizonte: Laszlo. 2018. 318 p.

GUSTAVSON, D. E. et al. Mental health and music engagement: review, framework, and guidelines for future studies. *Transl Psychiatry.* v.11, n.370. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01483-8>

JOÃO PESSOA. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. 2021. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/distrito-sanitario/>

LIMA, F. C. C. et al. A utilização de óleos essenciais de *Lavandula angustifolia*, *Pelargonium graveolens* e *Citrus bergamia* no combate à ansiedade. *Brazilian Journal of Development*. Curitiba, v. 7, n. 4, p.41031-41046. apr 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/28616/22605>

MELO, T. C. L. C. et al. Cuidando do cuidador: Um relato de experiência de intervenções de boas práticas de saúde para profissionais da atenção primária da linha frente na COVID-19. *Research, Society and Development*. v. 10, n. 5, e14110515007, 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3195124-cuidando-do-cuidador-um-relato-de-experi%C3%A0ncia-de-interven%C3%A7%C3%B5es-de-boas-pr%C3%A0ticas-de-sa%C3%BAde-para-profissionais-da-aten%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-da-linha-frente-na-covid-19

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes*, Porto Alegre. v.1, n.1, p. 07-15, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>

MOEBUS, R. L. N; MERHY, E. E. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Saúde em Redes*, Porto Alegre. v. 3, n. 2, p. 145-152, 2017. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/887/pdf_71

OLIVEIRA, C. M. C. et al. Auriculoterapia em profissionais de enfermagem na pandemia do coronavírus: estudo de casos múltiplos. *Rev. Eletr. Enferm.*,v. 23:65678, p. 1-9. 2021. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/65678/36310>

OLIVEIRA, F. P., et al. Terapias integrativas e complementares em situações emocionais na pandemia do COVID-19. Rev Interd. Terezinha. v. 13, n.1. 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7981231>

PACIFICO, D. M., et al. PROSPECÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DE *Matricaria recutita* L. (Camomila). Revista GEINTEC. v. 8, n. 2, p. 4339-4356, abr/maio/jun. 2018. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/36056/1/2018_art_dmpacifico.pdf

PESSOA, D. L. R. et al. O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e46410313621, 2021. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/13621-Article-177257-1-10-20210322%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/13621-Article-177257-1-10-20210322%20(1).pdf)

PINHERO, R. Cuidado em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#:~:text=Cuidado%20e%20a%20vida%20cotidiana,tempos%20distintos%20de%20sua%20realiza%C3%A7%C3%A3o.>

RAIMUNDO, J. S; TOLEDO, C. E. M. Plantas com atividade antifúngica no tratamento da candidíase: uma revisão bibliográfica. Uningá Review. v. 29, n. 2, p. 75-80. Jan-Mar. 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1953>

SANTO, F. H. E. Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS). Online braz. j. nurs. v.18, n.2. jun. 2019. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6259/html_2

WITTE, M. et al. Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses. *Health Psychol Rev.* v. 14, n. 2, p. 294-324. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2019.1627897>



Capítulo 6

**ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL NA AS-
SISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DA
APS: UM RELATO DE EXPERI-
ÊNCIA**

ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DA APS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PERFORMANCE OF A MULTIPROFESSIONAL TEAM IN APS PRENATAL ASSISTANCE: AN EXPERIENCE REPORT

Susana Ferreira Leite Saldanha¹

Maria Thaynan de Lima Carvalho²

Katiane da Silva Gomes³

Walleri Christini Torelli Reis⁴

Resumo: A Estratégia Saúde da Família tem papel fundamental na estruturação da Atenção Primária à Saúde. Possui atuação essencial durante o Pré-Natal, pois proporciona um cuidado integral à gestante, contribuindo para fortalecer o vínculo entre a mãe, o bebê e a família. Durante o período de pré-natal, a assistência tem o intuito de proporcionar um crescimento fetal e desenvolvimento intrauterino adequados, evitando qualquer complicação gestacional. Contudo, sabe-se que a cobertura assistencial do Pré-natal no Brasil possui fragilidades significativas. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de uma equipe multiprofissional na assistência ao Pré-Natal. O estudo foi um relato de experiência baseado na vivência de três profissionais da área da saúde: uma enfer-

1 Graduada em nutrição pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - FCM (2012). Mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2017). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022).

2 Farmacêutica graduado pela Universidade Federal da Paraíba (2020), Especialista em Saúde da Família e Comunidade- Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP (2022).

3 Enfermeira pela Universidade Maurício de Nassau de João Pessoa(2019). Especialista em Saúde da Família e Comunidade- Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP(2022).

4 Farmacêutica pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Residência em atenção hospitalar, com ênfase em farmácia clínica pela UFPR.



meira, uma farmacêutica e uma nutricionista. Foi realizado no âmbito da atenção básica do município de João Pessoa, em uma unidade de saúde da família integrada. Concluimos, a partir dele, que uma abordagem multiprofissional durante o período Pré-Natal proporciona um olhar holístico sobre a usuária, de modo que a Residência multiprofissional exerce importante papel nesse aspecto, contribuindo para o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo SUS para promoção e prevenção da saúde da população.

Palavras-chave: Educação em saúde, Equipe multiprofissional, Gestante, Pré-natal.

Abstract: The Family Health Strategy plays a fundamental role in the structuring of Primary Health Care. It plays an essential role during prenatal care, as it provides comprehensive care to pregnant women, helping to strengthen the bond between mother, baby and family. During the prenatal period, care is intended to provide adequate fetal growth and intrauterine development, avoiding any gestational complications. However, it is known that prenatal care coverage in Brazil has significant weaknesses. Therefore, the objective of this work is to report the experience of a multidisciplinary team in prenatal care. The study was an experience report based on the experience of three health professionals: a nurse, a pharmacist and a nutritionist. It was carried out within the scope of primary care in the municipality of João Pessoa, in an integrated family health unit. Based on it, we conclude that a multiprofessional approach during the Prenatal period provides a holistic view of the user, so that the Multiprofessional Residency plays an important role in this aspect, contributing to compliance with the guidelines established by the SUS for the promotion and prevention of population health.

Keywords: Health education, Multiprofessional team, Pregnant woman, Prenatal care.

INTRODUÇÃO



A Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída por um conjunto de ações em saúde visando ofertar a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico e redução de danos, essas intervenções são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, no intuito de disponibilizar uma assistência de forma individual, coletiva e familiar que contemple as necessidades da população assistida (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua como pilar estruturante da APS e trabalha ativamente no pré-natal, apresentando um papel fundamental no cuidado integral à gestante, ao vínculo mãe-bebê e à família, com a inclusão de todos nesse processo. A assistência desenvolvida durante o pré-natal é realizada no intuito de proporcionar um crescimento e desenvolvimento do feto no período intrauterino e evitar complicações maternas. Esse cuidado é construído por meio de uma abordagem preventiva, educativa e uma visão integral das questões psicossociais de cada gestante (BRASIL, 2013).

Os benefícios sobre o acompanhamento ao pré-natal é algo bastante discutido no meio científico, principalmente por favorecer a diminuição da mortalidade materno infantil. Quando não se realiza esse acompanhamento, possibilita o crescimento do número de partos prematuros, baixo peso ao nascer, aumento de óbitos materno e infantil, além do retardo no crescimento e desenvolvimento intrauterino (FORTALEZA, 2016).

Sabe-se que a cobertura assistencial do Pré-natal no Brasil possui fragilidades significativas, devido às distinções regionais que estão ligadas ao acesso e o cuidado desenvolvido por cada profissional de saúde, esses fatores interferem diretamente na qualidade assistencial de cada gestante. Devido essas fragilidades, alguns municípios do Brasil no intuito de proporcionar uma assistência integral com equidade e universalidade, além dos profissionais de saúde atuantes na ESF eles recebem o apoio de redes de serviço de Apoio Matricial (AM) onde utilizam as equipes do Núcleo Ampliado da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) para o fortalecimento do cuidado. A atuação dessa equipe multiprofissional no acompanhamento ao Pré-natal acrescenta uma visão ampla e integral, possibilitando

práticas de cuidados de forma holística e resolutiva (FRANCO et al., 2020).

Tendo em vista a construção de uma visão transdisciplinar da assistência à saúde da mulher e a importância de um atendimento com uma equipe multiprofissional durante o pré-natal, o presente estudo tem por objetivo relatar a experiência de uma equipe multiprofissional na assistência ao pré-natal no contexto da APS.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que tem por finalidade descrever exatamente como foi uma experiência em um determinado tempo e local, a fim de contribuir de maneira significativa para uma área de atuação. Os autores contextualizam uma vivência profissional, sejam elas frustrantes ou exitosas e que de alguma forma contribuam para discussão, propostas de novas ideias, ponderações, exposição dos enfrentamentos e dificuldades. Para assim, refletir na melhoria do processo de trabalho de outros trabalhadores e indicar novos caminhos para melhoria do cuidado na saúde.

Esse relato foi baseado na experiência de três profissionais, uma enfermeira, farmacêutica e uma nutricionista. As mesmas eram pós-graduandas do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) e tinham o intuito de relatar as experiências vividas nas consultas multiprofissionais no pré-natal.

O relato de experiência foi realizado no âmbito da atenção básica do município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, que se encontra no litoral nordeste do país, pertence à Zona da Mata, com clima predominante tropical úmido e com uma população estimada de 825.796 habitantes em 2021, de acordo com IBGE.

Atualmente, a cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob forma de Distritos Sanitários, sendo composta por cinco distritos. O distrito no qual o presente estudo foi realizado é o

Distrito III, que é formado por trinta e sete Unidades de Saúde da Família, sendo seis dessas unidades integradas, Centro de Apoio Psicossocial - CAPS II Caminhar, Centro de Atenção Integral à Saúde - CAIS Mangabeira, Centro de Especialidades Odontológicas - CEO, Centro de Zoonoses, Complexo Hospitalar Municipal Governador Tarcísio de Miranda Burity e Hospital Valentina Figueiredo.

A Unidade Saúde da Família, onde foi executado o estudo, está localizada em área urbana do município. É uma unidade integrada, composta por quatro Equipes de Saúde da Família (eSF), com vinte e oito agentes comunitários de saúde (ACS), quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, três dentistas, três agentes de saúde bucal (ASB), três recepcionistas, dois auxiliares de serviços gerais, um vigilante, cinco médicos, dos quais três fazem parte da Residência Médica Saúde da Família. Ademais, faz parte dessa unidade a equipe do Nasf-AB composta por duas nutricionistas e uma farmacêutica, de modo que uma nutricionista exerce a função de gerente e a outra é o apoio da gerente. A Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade, inserida nesta unidade, é composta por duas enfermeiras, uma farmacêutica, uma fonoaudióloga, um médico veterinário e uma nutricionista.

As consultas multiprofissionais foram realizadas no período de Agosto de 2020 a Setembro de 2021. Onde o público alvo eram as gestantes e seus respectivos acompanhantes. As gestantes eram do território adscrito da unidade de saúde, como também haviam gestantes que eram pertencentes a área descoberta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por mais de 50 gestantes, residentes na área adscrita e de influência da Unidade Básica de Saúde (UBS) ao qual a residência multiprofissional estava vinculada. Onde o atendimento do pré-natal, partia de consultas multiprofissionais agendadas de acordo com as particularidades de cada gestante.

De acordo com o caderno de atenção básica 32 de assistência ao pré-natal de baixo risco, as consultas de pré-natal devem ser realizadas de forma mensal até a 28ª semana gestacional, quinzenalmente de 28ª a 36ª semanas e de forma semanal de 36ª a 41ª semanas. Os atendimentos com a residência multiprofissional eram realizados um dia por semana de forma agendada numa sala privativa que proporcionasse conforto e liberdade para cada gestante. O intuito de promover as consultas multiprofissionais se deu pela necessidade de ofertar um atendimento integral, com equidade e universalidade a cada usuária, percebendo que as desigualdades socioeducativas interferem diretamente na vida de uma pessoa.

Antes de iniciar a consulta as gestantes se dirigiam a sala de observação para serem verificado as suas medidas antropométricas e o nível da pressão arterial, esses dados forneciam informações importantes para o curso de investigação e orientações durante o atendimento. No decorrer da consulta era realizada educação em saúde relativa à importância de uma alimentação adequada e saudável, do uso racional de medicamentos e algumas substâncias químicas, como a relevância do acompanhamento do pré-natal e os exames necessário neste período.

Estudo realizado por Ceron et al. (2013) evidenciou que as gestantes que recebiam atendimento uniprofissional na USF apresentavam pouco esclarecimento de suas dúvidas se comparado as gestantes que realizavam o pré-natal em hospital por uma equipe multiprofissional, o que justifica a importância de uma assistência integral, multiprofissional e holística no atendimento ao pré-natal da APS.

Na primeira consulta geralmente as gestantes chegavam mais tímidas, muitas vezes não queriam trazer suas questões, dúvidas e medos. A equipe por compreender a individualidade de cada usuária, sempre buscava de forma descontraída proporcionar um ambiente livre de segregação, que permitisse a expressão de liberdade de cada uma.

Um dos questionamentos durante a primeira consulta era se a gravidez havia sido planejada ou não, identificou-se que uma grande parcela das mulheres não havia planejado sua gestação. Rodri-

gues e Lopes (2016) apontam que a grande maioria das mulheres apresentam gravidez não planejada por utilizar métodos contraceptivos de forma equivocada, além disso, relatam uma baixa participação das mulheres no planejamento familiar junto aos profissionais da ESF. Os autores ainda afirmam, que a falta de informações e desconhecimento dos métodos contraceptivos, a ineficiência do sistema de saúde e a baixa procura das mulheres ao serviço interferem diretamente na presença da gravidez não planejada.

Diante disso, surgiu a necessidade de trabalharmos de uma forma mais profunda na questão do planejamento familiar. A realização do planejamento familiar promove redução de mortalidade materna e infantil, previne gravidez na adolescência, aumenta o tempo entre uma gravidez e outra além de evitar o aborto inseguro (CONCEIÇÃO, 2015; REZEL-POTTS et al., 2020).

Compreende planejamento familiar o ato de projetar a fertilidade, de garantir a família direitos na constituição, limitação e aumento da prole. Para estabelecer o planejamento familiar é necessária uma organização com práticas educativas e solucionar adversidades relacionadas a oferta dos métodos contraceptivos (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2015).

Utilizamos da estratégia de educação em saúde para promover soluções nas dificuldades de cada gestante. De acordo com Costa et al. (2020) a educação em saúde é uma das ações prioritárias da APS, considera-se educação em saúde as ações realizadas por meio de atividades educativas, envolvendo aspectos práticos e teóricos, na finalidade de preservar a saúde e retardar o adoecimento na comunidade.

Estudos evidenciam que a prevalência do planejamento familiar tem sido reportada em torno de 41% no grupo de mulheres com idade entre 18 e 49 anos. A explicação para a baixa adesão envolve insuficiência na infraestrutura para o atendimento, falta de informação adequada sobre contracepção feminina e resistência do parceiro em buscar os serviços de planejamento familiar (CONCEIÇÃO, 2015; TIRUNEH et al., 2016; CAETANO et al., 2019).

Além das orientações relacionadas ao planejamento familiar foram abordadas outras ne-

cessidades. A farmacêutica ensinava sobre o uso de medicamentos sem a devida orientação de um profissional de saúde era contraindicado, pois ela agora pertencia a um grupo especial, onde muitos deles poderiam interferir de alguma forma no seu bem-estar ou no bem estar do seu filho. Era orientada sobre a relevância e benefícios da suplementação de ferro e ácido fólico no período gestacional para ela e seu filho. Que nenhum tipo de chá deveria ser ingerido por ela, pois muitos poderiam ter efeito abortivo e não existiam estudos que garantisse que seu uso seria inofensivo. As grávidas eram orientadas quanto ao uso do repelente, quais eram as substâncias que eram recomendadas e como identificá-las no rótulo da embalagem. Como também era ressaltada a importância do uso de produtos hidratantes para a pele e quais substâncias emolientes contidas nesses produtos não eram seguras para a saúde do bebê.

Segundo Silva (2013), há uma grande deficiência de dados e estudos robustos que assegurem a utilização de diversos medicamentos e outras substâncias químicas no período gestacional. Sendo assim, foi extremamente necessário o papel da farmacêutica na educação em saúde quanto ao uso racional de medicamentos e outras substâncias.

Neste momento, era transmitida a importância da promoção da alimentação saudável, conforme preconiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN, 2012), seguindo as orientações contidas no Guia Alimentar para a População Brasileira (2014). Foi dado ênfase nos distúrbios nutricionais e estado nutricional, além de orientação e incentivo ao aleitamento materno, tendo em vista que um estado nutricional adequado neste período é de grande relevância tanto para o desenvolvimento do recém-nascido quanto para a gestante, levando em consideração que suas necessidades estão aumentadas conforme os ajustes fisiológicos dessa fase (BRASIL, 2012). Assim, em consonância com a literatura, a alimentação adequada nesse momento é de extrema importância e significância para o feto, que se alimenta exclusivamente dos nutrientes provenientes da mãe (BUENO; BESERRA; WEBER, 2016).

A nutricionista aplicava o recordatório de 24h, aferia as medidas antropométricas, o estado

nutricional e utilizou uma adaptação da técnica do My Plate - uma orientação visual usada pelo governo dos Estados Unidos para facilitar a compreensão do que seria uma alimentação saudável - em que, através de imagens, é mostrada a montagem do prato, composto por 50% de vegetais (verduras, legumes e frutas), 25% de grãos, preferencialmente os integrais, e os outros 25% de proteínas (vegetais e animais).

As gestantes eram estimuladas a se expressarem nas consultas e trazerem suas demandas, seus problemas, angústias, experiências e questionamentos. No entanto, o tempo de cada uma era respeitado de acordo com suas particularidades. Geralmente, a cada consulta com a equipe, as pacientes se sentiam mais à vontade e o vínculo se tornava mais forte. O que já era esperado, visto que Oliveira e Medeiros em 2018, demonstrou em seu relato de experiência com um grupo de residentes, e obtiveram uma boa aproximação com os usuários da comunidade que através da compreensão das crenças e costumes dos usuários seria facilitando a criação e manutenção de vínculos. O que auxilia bastante na condução do processo de assistência integral ao pré-natal da Atenção Básica.

Algumas gestantes atendidas pela equipe multiprofissional ao longo da gravidez acabaram desenvolvendo hipertensão arterial e/ou diabetes gestacional, estudos corroboram que é muito comum, devido às inúmeras alterações fisiológicas e os hábitos alimentares quando inadequados favorecem para o acúmulo de gordura e aumento de peso contribuindo para o desenvolvimento dessas doenças (GOMES, FERREIRA, GOMES; 2015). A essas gestantes, a farmacêutica ofertava informações quanto ao uso do anti-hipertensivo prescrito, instruções quanto à aplicação e conservação da insulina e monitoramento da pressão arterial e glicemia capilar. Esse momento era de grande relevância, onde alinhado com a nutricionista era esclarecido a importância de uma alimentação adequada e saudável, demonstrando assim, a importância da intervenção nutricional para uma melhora no controle dos índices glicêmicos e pressóricos (SILVA et al., 2018).

CONCLUSÃO

A assistência ao pré-natal com uma abordagem multiprofissional proporciona um olhar holístico sobre a usuária, pois não só promove a aproximação das gestantes à equipe, como também proporciona momentos de trocas de conhecimentos e de experiências, transmitindo acolhimento e apoio para que a gestante se sinta segura a enfrentar essa nova jornada.

Vale salientar que a assistência ao pré-natal por uma equipe multiprofissional promove uma integração do cuidado, e esse acompanhamento na APS revela-se como importante agente de resolubilidade dos problemas enfrentados por uma grande parte desse público.

Destarte, a residência com uma equipe multiprofissional na atenção básica, contendo diversos núcleos profissionais, exerce papel fundamental na atuação que visa à integralidade do cuidado. Além disso, exerce influência no que diz respeito à ampliação da capacidade de resolubilidade de demandas de saúde, não apenas do grupo de gestantes, mas como de todos os usuários que tiveram a oportunidade de experimentar esse tipo de atendimento. Portanto, a residência multiprofissional atua diretamente na promoção e prevenção à saúde, seguindo os princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 DE 21 de Setembro de 2017. Aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica. 2017.

BUENO, A. A.; BESERRA, J. A. S.; WEBER, M. L. Características da alimentação no período gestacional. *Life Style*, v. 3, n. 2, p. 29-42, 2016.

CAETANO, C., PEERS, T., PAPADOPOULOS, L., WIGGERS, K., ENGLER, Y., GRANT, H. Millennials and contraception: why do they forget? An international survey exploring the impact of lifestyles and stress levels on adherence to a daily contraceptive regimen. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, v. 24, n. 1, p. 30-38, 2019.

CERON, M. I., BARBIERI, Â., FONSECA, L. M., & FEDOSSE, E. Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services. *Revista CEFAC*, v. 15, p. 653-662, 2013.

CONCEIÇÃO, S. P.; FERNANDES, R. A. Q. Influence of unintended pregnancy on breastfeeding duration. *Escola Anna Nery*, v. 19, p. 600-605, 2015.

DA COSTA, D. A., CABRAL, K. B., TEIXEIRA, C. C., DE LIMA MENDES, J. L., ROSA, R. R., CABRAL, F. D. Enfermagem e a educação em saúde. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*, v. 6, n. 3, p. e6000012-e6000012, 2020.

FORTALEZA. Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

FRANCO, R. V. A. B., DE ABREU, L. D. P., DE ALENCAR, O. M., MOREIRA, F. J. F. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

GOMES, K. C. F.; FERREIRA, V. R.; GOMES, D. L. Qualidade da dieta de gestantes em uma unidade básica de saúde em Belém do Pará: um estudo piloto. Ciência & Saúde, v. 8, n. 2, p. 54-58, 2015.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e estados. João Pessoa: IBGE, 2021 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/joao-pessoa.html>. Acesso em: 10 jan. 2022

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. Psicologia em Revista, v. 21, n. 2, p. 334-351, 2015.

OLIVEIRA, A. M. B.; MEDEIROS, N. T. Fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 17, n. 2, 2018.

REZEL-POTTS, E., PALMER, M. J., FREE, C., BARAITSER, P. A cohort study of the service-users of online contraception. BMJ sexual & reproductive health, v. 46, n. 4, p. 287-293, 2020.

RODRIGUES, C. D. S.; LOPES, A. O. S. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde. Id on Line Revista de psicologia, v. 10, n. 32, p. 70-87, 2016.

SILVA, N. F. Atenção farmacêutica em gestante. Trabalho de Conclusão de Graduação em Farmácia-Bioquímica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, p. 93. 2013.

SILVA, M. G. D., HOLANDA, V. R. D., LIMA, L. S. V. D., MELO, G. P. D. Estado Nutricional e Hábitos Alimentares de Gestantes Atendidas na Atenção Primária de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 22, n. 4, p. 349-356, 2018.

TIRUNEH, F. N., CHUANG, K. Y., NTENDA, P. A., CHUANG, Y. C. Factors associated with contraceptive use and intention to use contraceptives among married women in Ethiopia. Women & health, v. 56, n. 1, p. 1-22, 2016.



Capítulo 7

O MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: SOB O OLHAR DE UM RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

O MANEJO DA DOR CRÔNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: SOB O OLHAR DE UM RESIDENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC: UNDER THE LOOK OF A FAMILY HEALTH RESIDENT

João Aragão Filho¹

Gilanne da Silva Ferreira²

Resumo: A dor crônica (DC), pode ser caracterizada pela persistência da queixa acima de três meses do tempo tido por habitual de cura da lesão, ou ainda está associada aos processos crônicos. Diante disso, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever a experiência vivenciada no manejo da dor crônica na USF Alto do Céu Integrado, no município de João Pessoa, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, no contexto da pandemia de Covid-19, no período de abril de 2020 a dezembro de 2021, como forma de fomentar a discussão para aperfeiçoamento do cuidado integral ao indivíduo. Com relação as consultas multiprofissionais, muitas vezes elas não eram aconselhadas, quer fossem por motivos técnicos, ou devido à alta demanda de sintomas respiratórios dentro da unidade e o risco de contaminação. E percebeu-se uma agudização dos casos de dores relacionadas ao sistema musculoesquelético, com busca crescente por atendimen-

1 Fisioterapeuta pela Universidade Federal da Paraíba (2019). Especialista em Saúde da Família e Comunidade - Atenção Básica, pela Prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP (2022). Especialista em Fisioterapia Traumatológica, pela FAVENI (2022).

2 Mestre na área de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba (2022). Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário de João Pessoa- UNIPÊ (2004). Possui 5 Pós-Graduações nas áreas de: Saúde Pública, Saúde da Família, Ciências da Educação, Gestão e Política do Cuidado em Saúde e Fisioterapia em UTI.

tos de fisioterapia. Entretanto, devido a precarização estrutural da unidade, o aumento do número de casos de Covid-19 e as restrições sanitárias, eram necessários constantes encaminhamentos aos serviços ambulatoriais. De acordo com os relatos, a auriculoterapia mostrou-se eficaz na promoção da qualidade de vida dos usuários, não só com melhoras das queixas associadas a dor crônica, como também o próprio alívio ou cessão dela. Além disso, serviu como paliativo até que o serviço de regulação encontrasse vaga nos atendimentos ambulatoriais. Porém, ainda havia uma crença resistente em modelos biomédicos como solução para o manejo da dor, que aumentava de acordo com a maior vulnerabilidade social e falta de conhecimento. Por fim, para melhorar o entendimento da origem e permanência da dor no usuário, foi preciso aprimorar a integralidade do cuidado, principalmente no que diz respeito a escuta qualificada, sendo o atendimento multiprofissional a forma que mais adequava para que isso acontecesse.

Palavras-chave: dor crônica, Atenção Primária de Saúde, Covid-19.

Abstract: Chronic pain (CD) can be characterized by the persistence of the complaint for more than three months of the usual time for healing of the lesion, or it is still associated with chronic processes. Therefore, the present experience report aims to describe the experience lived in the management of chronic pain at the USF Alto do Céu Integrado, in the city of João Pessoa, during the Multiprofessional Residency in Family and Community Health, in the context of the Covid-19 pandemic. -19, from April 2020 to December 2021, as a way to encourage discussion to improve comprehensive care for the individual. Regarding multidisciplinary consultations, they were often not advised, whether for technical reasons or due to the high demand for respiratory symptoms within the unit and the risk of contamination. And there was an increase in cases of pain related to the musculoskeletal system, with a growing search for physiotherapy care. However, due to the structural precariousness of the unit, the increase in the number of Covid-19 cases and health restrictions, constant referrals to outpatient

services were necessary. According to the reports, auriculotherapy proved to be effective in promoting the quality of life of users, not only with improvements in complaints associated with chronic pain, but also its relief or cessation. In addition, it served as a palliative until the regulatory service found a vacancy in outpatient care. However, there was still a resistant belief in biomedical models as a solution for pain management, which increased according to greater social vulnerability and lack of knowledge. Finally, to improve the understanding of the origin and permanence of pain in the user, it was necessary to improve the comprehensiveness of care, especially with regard to qualified listening, with multidisciplinary care being the most appropriate way for this to happen.

Keywords: chronic pain, Primary Health Care, Covid-19.

INTRODUÇÃO

A dor pode ser conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial (DeSANTANA et al, 2020). Alguns acometimentos patológicos de caráter duradouro, intermitente ou persistente e sem cura, são capazes de produzir estímulos nociceptivos ou neuropáticos responsáveis por experiências negativas que podem se transformar em dor crônica (WATSON, 2021). A dor crônica (DC), pode ser caracterizada pela persistência da queixa acima de três meses do tempo tido por habitual de cura da lesão, ou ainda está associada aos processos crônicos (DeSANTANA et al, 2020). O Código Internacional de Doenças (CID) trouxe na sua décima primeira edição (2018), a dor crônica não mais como um sintoma, mas como uma patologia com código específico, o R52.1 (dor crônica intratável) e o R52.2 (outra dor crônica).

É preciso sempre considerar o fator psicológico, já que ele pode agravar a sensação existente de maneira desproporcional aos processos físicos identificáveis (WATSON, 2021). Além disso, fatores

como ansiedade, depressão, satisfação pessoal, autoestima e sono são consideravelmente prejudicados, sem falar nas limitações diárias que englobam as esferas do trabalho e lazer, como exemplo os sujeitos que por serem constantemente afastados dos seus trabalhos devido a dor, acabam perdendo seu emprego eventualmente (SILVA et al, 2021).

Dessa forma, a dor crônica é entendida como um problema de saúde pública. No Brasil, ela se mostra predominante entre as mulheres, idosos e região lombar (AGUIAR et al, 2021). Também é tida como uma das maiores demandas da atenção primária à saúde e causa de encaminhamento para atenção secundária (SOUZA et al, 2016). O Ministério da Saúde preconiza que as intervenções no âmbito dos serviços locais de saúde, devem acontecer sobre os determinantes sociais de saúde, de modo a reduzir as iniquidades e buscar melhorar as condições de vida do indivíduo (BRASIL, 2014). O trabalho nas Unidades de Atenção Básica é complexo, difícil e exige equipes multidisciplinares bem preparadas.

Nesse sentido, as Residências Multiprofissionais de Saúde, que são instituídas no Brasil pela Lei nº 11.129 de 2005, trazem consigo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com o desígnio de aquisição de conhecimento essencial, que se opõe a fragmentação dos saberes e fazeres anteriores, para o desenvolvimento da interprofissionalidade na área da saúde. E dentre elas, os eixos da Saúde da Família, Atenção Básica e Saúde Coletiva são maioria em quantidade de programas no Brasil (SILVA et al, 2021).

E mais recente, com o contexto de isolamento e precarização sociais e econômica da pandemia da Covid-19, coube a Atenção Primária de Saúde (APS) acompanhar os problemas provenientes de transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, que exigem cuidados integrados longitudinais, além daqueles já vivenciados no cotidiano dos serviços (SARTI et al, 2020). Indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) afirmaram fazer maior procura e encontrarem dificuldade em utilizar serviços de saúde públicos ou privados durante a pandemia, que pode ser explicada devido a menor oferta (MALTA et al, 2021).

Diante disso, o presente relato de experiência tem por objetivo descrever a experiência vivenciada no manejo da dor crônica na USF Alto do Céu Integrado, no município de João Pessoa, durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, no contexto da pandemia de Covid-19 no período de abril de 2020 a dezembro de 2021, como forma de fomentar a discussão para aperfeiçoamento do cuidado integral ao indivíduo.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE JOÃO PESSOA (RMSFC)

O programa é uma parceria entre a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e a Prefeitura Municipal de João Pessoa. Iniciou no ano de 2016 e contava com as categorias profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia, e mais recentemente em 2021 passou a compor também os núcleos de Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Odontologia e Terapia Ocupacional.

O primeiro ano desta residência é dedicado exclusivamente as Unidades de Saúde da Família (USFs), para que sejam estabelecidos os vínculos com as comunidades assistidas; ao passo que o segundo funciona com rodízios em alguns serviços que compõe ou se vinculam a Rede de Atenção Primária de Saúde de João Pessoa [Vigilância Ambiental, Epidemiológica e Sanitária, Serviço de Assistência Especializada e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE-CTA), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs), Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPICs)], para melhor entendimento da logística, organização e funcionamento dessa rede.

Ao todo, o município de João Pessoa possui 5 distritos sanitários (I, II, III, IV e V), com 203 equipes de saúde da família, distribuídas em 97 USFs (SECOM-JP, 2020). Os residentes são agregados em grupos de 2 ou 3 categorias profissionais, de acordo com a possibilidade e as demandas das equipes, e respeitada a preferência pelas unidades que são integradas. Dessa forma, os residentes

funcionam como eram os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Atenção Básica.

USF ALTO DO CÉU INTEGRADA

A unidade de saúde está localizada na Rua Porfírio Ribeiro, s/n, no cruzamento com a Rua João de Brito Lima Moura, no bairro Alto do Céu. É uma integrada de quatro equipes: Alto do Céu III, IV, V e VI.

A população do bairro é de 16.557 habitantes (IBGE, 2010). A maioria são trabalhadoras domésticas ou ligados a construção civil, mas também há pequenos comerciantes e uma fazenda de cultivo de camarão. A renda econômica geral é baixa, e a população assistida pela unidade é tida como em vulnerabilidade social, devido a dependência de programas sociais como o Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) e benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos (BRASIL, 2019).

Existe um número elevado de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e de acometimentos psicossomáticos, principalmente na população adulta e idosa, ao passo que na infantil a predominância é das verminoses, segundo informações contidas nos prontuários da unidade.

O bairro do Alto do Céu ainda conta com outras duas unidades isoladas de saúde, com uma equipe de estratégia de saúde da família (esf) em cada, o Alto I e II; a Policlínica Municipal de Mandacaru e um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

O momento da consulta individual funcionava como a primeira acolhida do indivíduo no serviço de saúde, na qual identificava-se a queixa, fazia-se a avaliação e traçada a conduta em conjunto com o usuário. A queixa de dor costumava ser presente na maioria das consultas.

Por conta da pandemia da Covid-19, as equipes da USF pactuavam nas reuniões semanais, de acordo com o aumento no número de casos, se os atendimentos seriam majoritariamente para sintomáticos respiratórios, e a oferta para demanda geral espontânea consequentemente diminuída e era destinada a urgências e outras prioridades similares.

A própria renovação de receita, momento importante na manutenção do cuidado e acompanhamento de caso das DCNTs na APS, que normalmente era realizado durante uma consulta de rotina, passou a ser por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou por iniciativa própria do usuário, em acordo com o que estava registrado no prontuário.

As consultas multiprofissionais muitas vezes não eram aconselhadas, quer fossem por motivos técnicos (como os dentistas que em certos procedimentos utilizavam de aerossóis), ou devido à alta demanda de sintomáticos respiratórios dentro da unidade e o risco de contaminação. Com isso, os agendamentos até foram uma solução, porém em outros momentos se tornavam inviáveis, pois faltavam salas ou os profissionais eram afastados com sintomas.

Todo esse panorama contribuiu para a agudização e/ou agravamento de casos crônicos, uma vez que os serviços ambulatoriais públicos e privados também suspenderam suas atividades e as visitas domiciliares não eram recomendadas.

REGULAÇÃO E ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Sabemos que a Rede de Atenção em Saúde (RAS) no Brasil funciona de forma integrada e interligada. A regulação apresenta como objetivo a organização do acesso aos serviços de saúde, com maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera, e coloca na APS a responsabilidade de ordenar a referência e contrarreferência desse processo (MELO et al., 2021).

Apesar disso, a prática mostra que ainda existem gargalos assistenciais principalmente ligados a consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, que implica em maior tempo

de espera pelo usuário e ônus ao sistema público de saúde (LEMÕES et al., 2013).

Em se tratando do manejo da dor crônica no período da pandemia, percebeu-se uma agudização dos casos relacionados ao sistema musculoesquelético, com busca crescente por atendimentos de fisioterapia, na USF do Alto do Céu Integrada. Entretanto, devido a precarização estrutural da unidade para essa demanda, o aumento do número de casos de Covid-19 e as restrições sanitárias, eram necessários constantes encaminhamentos aos serviços ambulatoriais, o que por conseguinte ocasionava incompreensão e insatisfação da população, afinal as policlínicas municipais, que normalmente abrangem a demanda, estavam sem atendimentos.

ATENDIMENTO COLETIVO

A participação em atividades coletivas é uma excelente estratégia de promover educação em saúde, com objetivo de desmistificar e corresponsabilizar o usuário para um enfrentamento mais ativo de mudanças de atitudes no autocuidado necessário no manejo da dor crônica (OLIVEIRA et al., 2021).

Além da educação em saúde, os grupos também podem funcionar com práticas de exercícios físicos. E ao considerarmos que a maioria da população assistida em uma USF é de baixa renda, esta por sua vez pode se tornar o principal lugar onde os usuários recebem orientação e suporte para a prática de atividade física (SOUZA, HÄFELE E SIQUEIRA, 2019).

No caso da USF Alto do Céu Integrada, já ocorreram grupos de idosos, gestantes e mulheres. Porém, todos já tinham sido encerrados há bastante tempo. E infelizmente durante o período de pandemia não foi possível iniciar um grupo, já que não se garantia o distanciamento social adequado dentro da unidade ou local próximo, pois a quantidade de sintomáticos que procuravam atendimento era elevada e todos os profissionais se revezavam para supri-la; e também a modalidade virtual era inviável, devido a logística técnica necessária.

USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICs)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) priorizou a APS na inserção das PICs, pelo fato de os profissionais deste nível de atenção serem os maiores propagadores delas no SUS, como forma de contribuir na ampliação terapêutica e promoção da educação permanente em saúde (TESSER, SOUSA E NASCIMENTO, 2018). E as pessoas procuram as práticas para expressarem um desejo de identidade na qual é possível construir saúde com envolvimento mais ativo no processo, seja de si e dos outros (TELESI JÚNIOR, 2016).

Em João Pessoa, existem dois centros exclusivos para oferta das PICS: o Equilíbrio do Ser e o Centro de Práticas Integrativas e Complementares do Valentina. E a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade tem suma importância na promoção das práticas, uma vez que os residentes as agregam no cotidiano das suas atividades, quer seja dentro das USFs, ou em ações de promoção à saúde. De todas as práticas, a auriculoterapia tornou-se a mais comum.

No caso do Alto do Céu Integrado, a auriculoterapia já havia sido inserida anteriormente, mas devido a troca e mudança nas agendas dos profissionais, não houve a estabilidade da prática. Entretanto, percebeu-se que a comunidade adotou a prática como forma de construir saúde, pois a procura era constante, sendo a RMSFC responsável pelo retorno da mesma em outubro de 2020.

A maioria dos usuários que procuravam pelo atendimento possuíam queixas de dor crônica relacionados a diagnósticos crônicos como fibromialgia, hérnia de disco, artrite ou artrose, mas também houve aqueles que não. Porém, todos sempre apresentavam múltiplas queixas associadas, como interferência no sono, ansiedade, disposição, autoestima, humor e até mesmo alteração na alimentação. Ao decorrer das sessões, o vínculo era cultivado e o momento terapêutico enriquecido pela troca. Muitas alternativas de práticas complementares eram apresentadas e discutidas, a exemplo da aromaterapia, ventosaterapia e plantas medicinais. E cada atendimento durava em torno de 40 a 60

minutos, uma vez por semana, com algumas vezes realizado inclusive em família (mãe e filha). O protocolo acordado era de dez encontros, entretanto, foi observado que a partir do quinto iniciava-se uma evasão, que por vezes resultava em abandono, justamente quando as queixas começavam a diminuir ou acabavam.

De acordo com os relatos, a auriculoterapia mostrou-se eficaz na promoção da qualidade de vida dos usuários, não só com melhoras das queixas associadas a dor crônica, como também o próprio alívio ou cessão dela. Além disso, serviu como paliativo até que o sistema de regulação encontrasse vaga nos atendimentos ambulatoriais.

CONCLUSÃO

Percebeu-se que há uma demanda superior à que é suprida por atendimentos ambulatoriais, principalmente de fisioterapia. Os usuários com comorbidades, no início da pandemia, tinham receio de procurar os serviços de saúde para atendimentos de rotina, devido a exposição ao vírus, entretanto, com a perpetuação da mesma por um longo período, as queixas se tornaram soberanas, mas os serviços de saúde não estavam preparados. Além disso, ainda havia uma crença resistente em modelos biomédicos como solução para o manejo da dor, que aumentava de acordo com a maior vulnerabilidade social e falta de conhecimento. Nesse sentido, as PICs contribuíram como importantes soluções complementares de atendimento, com baixo custo e grande potencial de promoção de educação em saúde, por isso, a necessidade de formações profissionais e mais coerentes com a realidade da atenção básica. Por fim, para melhorar o entendimento da origem e permanência da dor no usuário, foi preciso aprimorar a integralidade do cuidado, principalmente no que diz respeito a escuta qualificada, sendo o atendimento multiprofissional a forma que mais adequava para que isso acontecesse, mas que foi prejudicada com a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. P. et al. Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática. *BrJP*, São Paulo, v. 4(3), p. 257-267, 2021.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, n. 35, 2014.

BRASIL. Lei nº 11.129 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.979, 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. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Brasília, 2019.

Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed, 2018.

DeSANTANA, JM et al. Definição de dor revisada após quatro décadas. BrJP. São Paulo, 3(3), p. 197-198, 2020.

DeSANTANA, JM et al. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. Disponível em: https://sbed.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Defini%C3%A7%C3%A3o-revisada-de-dor_3.pdf. Acessado em: 2 jan. 2022.

LEMÕES, M. A. M. et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. Epidemiologia e Serviços Saúde. Brasília, v. 22(4), p.631-640, 2013.

MALTA, D. C. et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26(7) p. 2833-2842, 2021.

MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 31(1), e310109, p. 1-26, 2021.

OLIVEIRA, K. G. et al. Percepção de usuários de uma unidade básica de saúde sobre dor crônica musculoesquelética e estratégias de gerenciamento da dor. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v.9, n.22, p. 622-642, 2021.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, v. 29(2), e2020166, p. 1-5, 2020.

SECOM-JP. Unidades de Saúde da Família estão funcionando normalmente em João Pessoa. Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/unidades-de-saude-da-familia-estao-funcionando-normalmente-em-joao-pessoa/>. Acesso em: 4 jan. 2022.

SILVA, M. B. et al. Caracterização das residências multiprofissionais em saúde do Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health, v. 13(2), e5491, p. 1-10, 2021.

SILVA, S. M. C. et al. Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. BrJP, São Paulo, v. 4(3), p. 216-220, 2021.

SOUZA, D. F. S.; HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Dor crônica e nível de atividade física em usuários das unidades básicas de saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. v.24, e.0085, p. 1-10, 2019.

SOUZA, M. A. P et al. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21(10), p. 3277-3286, 2016.

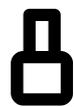
TELESI JUNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estudos Avançados, v. 30(86), p. 99-112, 2016.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 174-188, 2018.

WATSON, J. C. Dor Crônica. Manual MSD para profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArios-neuro%C3%B3gicos/dor/dor-cr%C3%B4nica>. Acesso em: 2 jan. 2022.



Capítulo



GRUPO DE GESTANTES NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

GRUPO DE GESTANTES NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

GROUP OF PREGNANT WOMEN IN A BASIC HEALTH UNIT: THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN COMPREHENSIVE CARE

Daniele Rodrigues da Silva¹

Dayanne Marcelle Guedes Ferreira²

Jéssica da Silva Lima³

Michel Douglas de Castro Almeida⁴

Aralinda Nogueira Pinto de Sá⁵

Resumo: Os processos de gestação, parto e pós-parto são fenômenos existentes desde o início da humanidade, mas que em si trazem mudanças, questionamentos e adaptações ao passar do tempo e ao desenvolvimento da espécie humana. Com isso, ferramentas como o pré-natal foram criadas para a melhoria dos envolvidos nesse processo, ou seja, as mães, os bebês e os profissionais de saúde. O

1 Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (2019). Especialista em saúde da família e comunidade pela prefeitura Municipal de João Pessoa (2022). Enfermeira do Serviço de controle de infecção hospital (SCIH) do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.

2 Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (2017). Especialista em saúde da família e comunidade - atenção básica pela prefeitura Municipal de João Pessoa PMJP (2022). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade de João Pessoa PB.

3 Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (2017). Especialista Residente em Saúde da Família e comunidade - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022).

4 Graduado em fisioterapia pela Faculdade Internacional da Paraíba - FPB (2019). Especialista Residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022).

5 Graduada em enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB-2008). Mestre em Enfermagem pela UFPB na linha de Políticas Públicas e Práticas de Enfermagem. Especialista em Saúde da Família pela Faculdades Integradas de Patos (FIP-2009).



presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de residentes de saúde da família e comunidade a respeito de encontros coordenados por Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade realizados em uma Unidade Básica de Saúde do município de João Pessoa - PB para o público de gestantes da área da UBS, com temas escolhidos com o intuito de gerar o debate e o diálogo entre os profissionais e o público alvo sobre as dúvidas e anseios comuns nesse período gravídico. Foi utilizada metodologia ativa e problematizadora para condução dos momentos de educação em saúde por uma equipe multiprofissional, nos quais o público alvo participou com protagonismo colocando seus questionamentos e compartilhando seus conhecimentos populares. Conclui-se que os objetivos foram alcançados e a experiência foi proveitosa tanto para os profissionais envolvidos como para as gestantes participantes desse processo.

Palavras chaves: Educação em saúde; Gestantes; Equipe Multiprofissional.

Abstract: The processes of pregnancy, childbirth and postpartum are phenomena that have existed since the beginning of humanity, but which in themselves bring changes, questions and adaptations over time and the development of the human species. As a result, tools such as prenatal care were created to improve those involved in this process, that is, mothers, babies and health professionals. The present work aims to report the experience of family and community health residents regarding meetings coordinated by Multiprofessional Residents in Family and Community Health held in a Basic Health Unit in the city of João Pessoa - PB for the public of pregnant women. from the UBS area, with themes chosen with the aim of generating debate and dialogue between professionals and the target audience about common doubts and anxieties during this pregnancy period. An active and problematizing methodology was used to conduct the moments of health education by a multidisciplinary team, in which the target audience participated with protagonism, putting their questions and sharing their popular knowledge. It is concluded that the objectives were achieved and the experience was

beneficial both for the professionals involved and for the pregnant women participating in this process.

Keywords: Health education; pregnant women; Multiprofessional Team.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher vem ao longo dos anos sendo alvo de mudanças na saúde pública, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 e a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual institui a rede cegonha garantindo uma assistência qualificada, e segura à gestante e ao binômio mãe-filho. A rede cegonha vem instituindo uma rede de cuidados durante a gestação, parto, pós-parto e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida, através da assistência ao pré-natal, parto e puerpério e atenção integral à saúde da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Considera-se a gestação um evento importante na vida da mulher, no qual ocorre uma série de modificações físicas, emocionais, psicológicas e também sociais. Dotada de sentimentos e expectativas para gerar uma vida, a maternidade é vivenciada de maneira singular por cada gestante. Desta forma a assistência pré-natal e pós-natal são fundamentais para proporcionar saúde e diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil (ZANATTA et al, 2012).

A assistência ao pré-natal configura-se como o primeiro contato da gestante com essa rede de cuidados, e é através dela que a gestante recebe toda assistência necessária durante a gravidez e puerpério. O pré-natal de baixo risco é realizado nas unidades básicas de saúde (UBS), por componentes da equipe mínima, como médico e enfermeiro. Estes realizam a atenção pré-natal por meio de exames, consultas, visitas domiciliares e educação em saúde, tanto para a gestante como para o seu parceiro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O período gravídico é envolvido por diversas crenças que podem variar de acordo com a cul-

tura, tais crenças estão presentes desde a alimentação da mãe, perpassando os cuidados com o recém-nascido e até mesmo a educação familiar. Sendo importante que os profissionais de saúde entendam as nuances que norteiam o processo gestacional e suas particularidades para que os mesmos possam intervir em situações que levem a algum tipo de intercorrência (SANFELICE et al, 2021).

Mesmo com os cuidados oferecidos pela UBS à gestante, é importante uma rede de apoio fortalecida, tendo a família como foco desse apoio, dessa forma, a gestação não pode ser considerada uma experiência apenas individual, mas também familiar e social; que, por sua vez, é marcada por importantes modificações que ressignificam os papéis pessoais, econômicos, e sociais da família (MAFFEI, 2019).

Diante desse contexto é importante os profissionais de saúde irem além da prática clínica e centrada na gestante, de modo que estes desenvolvam ações que proporcionem às mulheres e famílias prepararem-se para o parto e nascimento. Essas ações em geral são as atividades grupais (FRANCO, 2012).

Logo, o grupo de gestantes funciona como espaço para discussão de diversas temáticas entre profissionais, gestantes e familiares. O mesmo possibilita a troca de conhecimentos e vivências e informações de caráter terapêutico que possam ajudar no enfrentamento das modificações corporais e comportamentais da gestação (NUNES et al, 2017). Para tanto foi seguido os princípios da Política de Educação Popular em Saúde, instituída na portaria nº 2.761/2013, que são o diálogo, amorosidade, construção compartilhada do conhecimento e projeto democrático popular (BRASIL, 2013).

Através do exposto e considerando a relevância que tem a vivência em grupo para gestantes e familiares, os profissionais integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do município de João Pessoa – PB, deram início a um grupo de gestantes em uma UBS do município supracitado, com intuito de trabalhar a educação em saúde através da integralidade do cuidado, sob a ótica de diferentes núcleos profissionais.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de residentes multiprofissionais na condução de um grupo de educação em saúde direcionado às gestantes de uma Unidade de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de em um estudo descritivo, qualitativo do tipo relato de experiência, sobre a vivência da equipe de residentes multiprofissionais dos núcleos de Enfermagem, fisioterapia e psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) em um grupo operativo para gestantes, desenvolvido no período de julho a dezembro de 2021, em uma unidade de saúde da família do município de João Pessoa, Paraíba.

Os residentes construíram o grupo de gestantes, no qual foram ofertadas atividades de educação em saúde com o intuito de abordar temas que complementam a atenção ao pré-natal, parto e pós parto, discutindo com mais detalhes sobre o processo de gestação, por meio de uma visão multiprofissional e orientada pelos princípios da Política de Educação Popular em Saúde (2013) e a Política Nacional de Humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em reunião, os residentes multiprofissionais elencaram e pensaram nas temáticas de acordo com a ordem cronológica do processo de gestação. Destrate, as seguintes temáticas: a importância do pré-natal e alimentação saudável; uso racional de fármacos na gravidez; atenção à saúde bucal; trabalho de parto; plano de parto; aleitamento materno; e suporte psicológico. Os encontros aconteceram uma vez por mês, com participação dos residentes multiprofissionais, das gestantes e seus acompanhantes, bem como dos estudantes do estágio regional e interprofissional, e de profissionais da unidade.

Este relato foi produzido através de discussões da equipe de residentes multiprofissionais, com base no livro de registro do grupo, na qual continha informações sobre o planejamento das ações, atribuições de cada residente durante os encontros, temática abordada e presença das gestantes e acompanhantes.

Por se tratar de um relato de experiência, o estudo não foi necessária a submissão e apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa, seguindo normas da resolução 466/2012, que trata de pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo a gestação um processo dotado de diversas mudanças e que necessita do olhar integralizado, os residentes multiprofissionais estruturaram um grupo composto por gestantes com intuito de facilitar a abordagem de temáticas relacionadas ao processo gestacional perpassando também pelo parto, pós-parto, bem como a amamentação.

A condução desse grupo seguiu a proposta dos princípios da PNEPS, corroborando com a atenção à saúde humanizada como rege a PNH através de seus princípios e diretrizes tais como protagonismo, corresponsabilidade e autonomia do sujeito e coletivo; acolhimento, clínica ampliada e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Observadas as necessidades trazidas pelas gestantes, faz-se importante a inserção de outros profissionais, além do médico (a) e enfermeiro(a), nessa assistência proporcionando um cuidado ampliado. Segundo Barbosa et al. (2020), existe uma melhor qualidade na assistência pré-natal onde há residentes multiprofissionais em saúde, isto porque esses profissionais possibilitam a visão de diferentes práticas de saúde, ampliando a qualidade do cuidado por meio de uma atenção integral e resolutiva. Deste modo, foram trabalhadas as seguintes temáticas, conforme quadro 1, abaixo:

Quadro 1: Desenvolvimento do grupo de gestante: temática, objetivos, participantes e recursos metodológicos

Dia/ Turno	Temática	Objetivos	Participantes	Recursos metodológicos
14/07/2021 MANHÃ	A importância do pré-natal/Alimentação saudável.	-Sensibilizar as gestantes sobre a importância das consultas de pré-natal; -Orientar as gestantes sobre hábitos alimentares saudáveis.	-Gestantes; -Residentes em saúde da família e comunidade dos núcleos: Enfermagem e nutrição; -Alunos do Estágio Regional Interprofissional (ERIP).	Roda de conversa; Dinâmica dos alimentos com ilustrações; -Apresentação da caderneta da gestante.

Estudos Interdisciplinares

11/08/2021 MANHÃ	Atenção à saúde bucal.	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir as gestantes sobre os cuidados com a higiene oral; -Desmistificar mitos que envolvem a assistência odontológica na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestantes; -Residentes em saúde da família e comunidade dos núcleos: Enfermagem, odontologia, fisioterapia e nutrição; -Alunos do ERIP -Dentistas da UBS. 	<ul style="list-style-type: none"> -Roda de conversa; -Dinâmica do balão com mitos e verdades da saúde bucal;
21/09/2021 TARDE	Trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> -Conversar com as gestantes sobre o trabalho de parto normal e cesáreo; -Orientar sobre os exercícios físicos, alongamentos e posições que facilitam o trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestantes; -Residentes em saúde da família e comunidade dos núcleos: Enfermagem, fisioterapia e medicina; -Alunos do ERIP. 	<ul style="list-style-type: none"> -Roda de conversas; -Exposição dos exercícios com auxílio de bastões e bola suíça; Orientações posturais.
27/10/2021 MANHÃ 10/11/2021 TARDE/ NOITE	Plano de parto	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar as usuárias sobre os seus direitos enquanto gestantes e puérperas; -Apresentar o plano confeccionado pelos residentes, como instrumento para autonomia da mulher no trabalho de parto e prevenção da violência obstétrica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestantes; -Residentes em saúde da família e comunidade dos núcleos: Enfermagem, fisioterapia e psicologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Roda de conversas presencial; -Apresentação do plano de parto em ambiente virtual (Google Meet); -Oferta do plano de parto para as gestantes .
24/11/2021	Amamentação	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar as gestantes sobre os benefícios da amamentação bem como seus aspectos psicológicos e fisiológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Gestantes; -Residentes em saúde da família e comunidade dos núcleos: Enfermagem, fisioterapia e psicologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de forma virtual via plataforma Google Meet.

Fonte: Autoria própria (2022).

Diante do exposto no quadro 1, o primeiro momento junto às gestantes teve como temática a importância do pré-natal e a alimentação saudável. Houve a participação de sete gestantes na unidade de saúde. Foi um momento colaborativo, no qual foi percebido uma falta de conhecimento da completude da caderneta da gestante. No quesito alimentação, foi vista uma carência de informações no que concerne uma alimentação adequada. Conforme Moura e Azevedo (2018), manter um padrão alimentar adequado garante ao feto um sustento energético necessário para o seu desenvolvimento, diminuindo os riscos de patologias e prejuízo à saúde de mãe e bebê.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (2018), espera-se que o ganho ponderal mensal seja de 1,2 a 2,kg, a discrepância desses valores para mais ou para menos implica numa mudança na alimentação da gestante. Faz-se necessário avaliar a mesma considerando o peso pré-gestacional, grau de atividade física e idade. Sendo relevante orientar para uma nutrição balanceada em proteínas, gorduras e carboidratos e sem restrições. Assim, discutir e orientar a gestante sobre uma alimentação equilibrada contribui positivamente para o ganho ponderal satisfatório, beneficiando a mãe e o feto.

No segundo encontro, foram abordados os cuidados com a saúde bucal. Houve uma redução no número de gestantes, porém essas foram participativas e demonstraram conhecimento acerca da temática, gerando troca de saberes com os profissionais residentes. Ao mesmo tempo, foi evidenciado receio em relação à realização de procedimentos odontológicos, principalmente quando se trata de procedimentos que envolvam o uso de anestesia.

Segundo Mattos e Davoglio (2015) em uma pesquisa realizada em base de dados sobre o conhecimento de gestantes acerca dos cuidados com a saúde bucal, foi verificado a falta de informação das gestantes sobre o tema e a crença em mitos, desta forma deixando-as suscetíveis à patologias

buciais durante a gestação. Diante disso verifica-se a necessidade de mais atividades de promoção da saúde, com participação ativa da gestante no processo de educação em saúde.

Com relação à aplicação de anestesia no período gestacional os profissionais residentes destacaram que não é contraindicado e que o mesmo é seguro na gestação. Rodrigues et al (2017) afirma em seu estudo que a gravidez não impossibilita o tratamento odontológico, sendo segura o uso de lidocaína a 2%. E destaca a importância dos profissionais de saúde empoderarem seus pacientes com relação ao autocuidado, contudo procedimentos mais invasivos devem ser priorizados após o parto.

Em um terceiro encontro foi abordado a temática sobre o parto, que foi dividida em dois momentos: trabalho de parto e plano de parto. Inicialmente, foram apresentados exercícios e técnicas respiratórias que auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto. No segundo momento foi exposto um exemplo de plano de parto, documento que descreve sobre os direitos das parturientes no decorrer do parto e pós-parto, dando destaque à autonomia das mulheres neste processo.

O plano de parto foi o assunto de maior destaque durante as vivências do grupo, isso devido à repercussão que proporcionou nas mulheres, e a importância do mesmo na prevenção da Violência Obstétrica (VO) que acontece não só na gestação, mas também no parto, pós-parto e puerpério. Pauletti, Ribeiro e Soares (2020) corroboram como sendo resultado da junção das negações dos direitos reservados as mulheres e a responsabilização da assistência à mercê dos profissionais, atrelado ao pouco reconhecimento do protagonismo da mulher na sociedade.

O encontro de plano de parto foi realizado virtualmente, e teve melhor adesão das mulheres, o que leva a refletir que o tema despertou curiosidade. Posteriormente, tentou-se realizar o encontro sobre amamentação da mesma forma. Todavia, não obteve-se a adesão esperada, talvez por ser uma temática mais conhecida.

Após essa resistência ficaram alguns questionamentos: O que pode ter ocasionado a ausência das gestantes no encontro? Será que foi a metodologia virtual? Ou, foi a condução do encontro anterior que causou resistência? Ainda: foi por conta da escolha do tema ter sido feita pelos colaboradores e não pelas gestantes? São questionamentos importantes a serem sanados para futuros trabalhos com a mesma metodologia.

Os profissionais residentes colocaram-se disponíveis ao trabalho de qualquer temática de importância por parte das gestantes, de forma mais contundente, ao final de cada encontro. Também foi refletido sobre a forma de abordagem das temáticas e metodologia, sendo repensado e renovado a cada momento a partir dos feedbacks e das demandas trazidas pelo público alvo, corrigindo assim falhas dos encontros anteriores.

Neste sentido, a PNH aponta para a valorização dos diversos sujeitos implicados no processo, como por exemplo, profissionais residentes e gestantes, e a importância da autonomia e protagonismos dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, entre outros valores. Compreender a resistência perpassa pelo entendimento desses valores e pela reflexão da prática profissional cotidiana, fazendo-se importante a disposição da realização de momentos de educação em saúde, como os descrito acima.

Pode-se destacar que o processo de metodologia ativa foi fundamental durante as atividades de educação em saúde realizadas nos encontros com as gestantes. De acordo com Santos e Pereira (2017) as metodologias ativas na área da saúde evidenciam a fragilidade do modelo biomédico, à medida que se torna perceptível a separação entre a prática e o ensino. Desta forma a metodologia ativa aplicada a Educação Popular em Saúde promove a valorização do saber popular e possibilita a participação ativa do sujeito no cuidado a sua própria saúde e da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo de gestantes, como já visto acima, proporcionou aos residentes multiprofissionais, dos núcleos de enfermagem, fisioterapia e psicologia, uma rica e vasta experiência advinda da troca de saberes junto às gestantes e entre os profissionais.

Mediante o que foi observado se faz importante a busca de gestantes em tempo oportuno para realização do pré-natal, a fim de garantir orientações eficazes, cuidado integral e uma gestação livre de situações que as deixam vulneráveis ao adoecimento.

Também é importante salientar, que foi percebido que há um conhecimento por parte das gestantes sobre algumas temáticas, porém a vivência grupal oportunizou novos saberes, bem como proporcionar abertura para expor suas dúvidas e o compartilhamento de experiências.

Ao longo da prática houve a disponibilidade dos profissionais residentes e dedicação na preparação dos momentos. Todavia, foi vislumbrado uma falta adesão ou interesse de algumas gestantes, o que nos leva a refletir sobre quão significativa é uma troca de saberes sobre aspectos da gestação no período gestacional pelas atrizes sociais. Bem como, se há entendimento da relevância dessa vivência por parte delas

Por fim, o presente trabalho mostra-se importante para despertar na comunidade acadêmica a necessidade de mais estudos relativos ao tema, uma vez que estudos na área contribuirão para olhares diferenciados dos profissionais, e conseqüentemente uma assistência mais holística e saberes compartilhados com as usuárias gestantes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Barbosa Franco; ABREU, Raiza. Verônica. PAIVA DE, Lady. Dayane.; DE ALENCAR, Olga. Maria.. FRANCO MOREIRA, Francisco. Jadson. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde: Prenatalcareperformedby a multiprofessionalteamofprimaryhealthcare. Cadernos ESP - Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 63–70, 2020. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/247). Acesso em: 30 nov. 2021.

Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil. Ministério da Saúde. 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). [Internet], Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ==>. Acesso em 27 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas . Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80p.

FRANCO, Anamélia Lins e Silva. O grupo Maternar e uma experiência com mulheres gestantes e com estudantes da área de saúde - UFBA. Aletheia, Canoas, n. 37, p. 228-234, abr. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100016&lng=pt&nrm=iso. acessos em 01 out. 2021.

HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. Acesso em 31 nov 2021.

Linha de cuidado da gestante e puérpera. Manual técnico do pré-natal, parto e puerpério. Secretaria

Estadual de Saúde de São Paulo - SES-SP. São Paulo, 2018. 1º ed. Disponível em: <<https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-37505/ses-37505-6953.pdf>>, acesso em 06 jan. 2021.

MAFFEI, Bruna; MENEZES, Marina; CREPALDI, Maria Aparecida. Rede social significativa no processo gestacional: uma revisão integrativa. Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 216-237, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 dez. 2021.

MATTOS, Bruna Carvalho.; DAVOGLIO, Rosane Silva. Saúde bucal: a voz da gestante. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF, v. 20, n. 3, 18 maio 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/4891/3660>. Acesso em 07 jan. 2022

MORE PAULETTI, Jéssica; PORTELLA RIBEIRO, Juliane; CORREA SOARES, Marilu. Obstetric violence: manifestations posted on Facebook virtual groups. Enfermería (Montevideo), Montevideo, v. 9, n. 1, p. 3-20, 2020. Disponível em <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100003&lng=es&nrm=iso>. acesso em 09 nov. 2021. Epub 01-Jun-2020. <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>.

MOURA, Andréia; AZEVEDO, Francisco. Evidências Científicas Sobre a Alimentação de Gestantes. Revista Saúde em Foco. Teresina, v.5, n.1, 2018. Disponível em <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/1525>. Acesso em 21 de dez de 2021.

NUNES, G. de P.; NEGREIRA, A. S.; COSTA, M. G.; SENA, F. G.; AMORIM, C. B.; KERBER, N. P. da C. Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado. Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 77-90, 2021. DOI:

10.5965/259464121177. Disponível em: <https://revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/10932>. Acesso em: 3 out. 2021.

Portaria nº 1.459, Rede Cegonha. Ministério da Saúde. 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1816 Acesso em: 14 dez. 2021.

Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS). Brasil. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

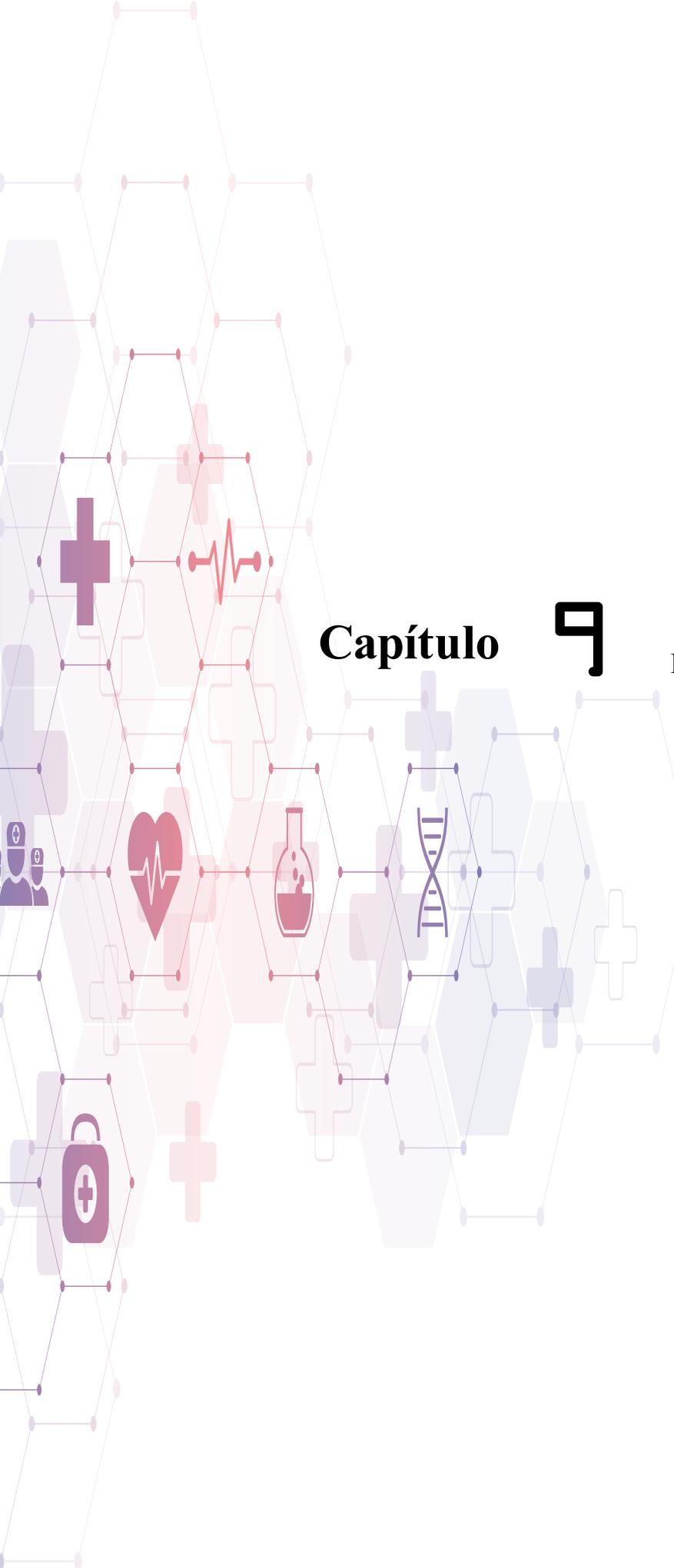
Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres Brasil: Autor. Recuperado de Brasil. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, P. 230, 2016. [Internet], Ministério da Saúde. Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em 23 set. 2021.

RODRIGUES, Fabio.; MÁRMORA, Belkiss.; JANNONE CARRION, Samantha.; CORRÊA REGO, Ana. Eliza.; SOUZA POSPICH, Fabiano. Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea / Local anesthesia in pregnant women in contemporary dentistry / La anestesia local en mujeres embarazadas en la odontología contemporánea. Journal Health NPEPS, v. 2, n. 1, p. 254–271, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1835>. Acesso em: 7 jan. 2022.

SANFELICE, C., STUMM, K., RESSEL, L., & FLORES, L. (2013). Crenças e práticas do período gestacional: uma revisão integrativa. Saúde (Santa Maria), 39(2), 35-48. doi:<https://doi.org/10.5902/223658345524>. Acesso em: 1 dez. 2021.

SANTOS, Daniel Batista Conceição; PEREIRA, Thamires. A metodologia problematizadora utilizada na educação popular em saúde. ENFOPE. Tiradentes, n.10, 2021. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/enfope/article/view/4851>. Acesso em 21 dez de 2021.

ZANATTA, Edinara; PEREIRA, Caroline Rubin Rossato; ALVES, Amanda Pansard. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei , v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 01 dez. 2021.



Capítulo 9

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA INTERPROFISSIONALIDADE

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA INTERPROFISSIONALIDADE

THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY AND COMMUNITY HEALTH AND HEALTH TRAINING: AN EXPERIENCE REPORT FROM THE PERSPECTIVE OF INTERPROFESSIONALITY

Elaine Valdna Oliveira dos Santos¹

Regina Couto da Costa²

Lindemberg Medeiros de Araújo³

Resumo: A interprofissionalidade constitui-se como um imenso desafio a ser concretizado na área da saúde. As residências em saúde propõem a reorientação do modelo de atenção por meio da formação profissional ao exigirem o aprendizado no, pelo e para o trabalho; e são vistas como iniciativas importantes para o avanço da educação interprofissional no Brasil. O objetivo deste texto é discutir a interprofissionalidade na formação em saúde a partir de experiências vivenciadas pelas autoras no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de João Pessoa no ano de 2021. O local das vivências foi o território de atuação de uma Unidade Básica de Saúde do

1 Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba UFPB(2011). Mestre em ciências da Nutrição pela UFPB (2017). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da prefeitura municipal de João Pessoa (2022).

2 Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (2019). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da prefeitura municipal de João Pessoa (2022).

3 Médico sanitарista; mestre em ciências sociais; doutor em educação (E. Popular); médico preceptor em medicina de família e comunidade.

referido município, sendo relatados e analisados os momentos em que a multiprofissionalidade ocorre de forma mais frequente e, com isso, possibilita uma atuação colaborativa e integrada entre mais de uma profissão da saúde. Apesar da potencialidade destas experiências e do êxito em outros aspectos, ressalta-se que a formação em saúde ainda se encontra muito distante da proposta pedagógica das residências multiprofissionais, especialmente no que diz respeito à interprofissionalidade.

Palavras chaves: Interprofissionalidade; Formação em Saúde; Educação Interprofissional

Abstract: Interprofessionality is an immense challenge to be achieved in the health area. Health residencies propose a reorientation of the care model through professional training, as they demand learning in, through and for work; and are seen as important initiatives for the advancement of inter-professional education in Brazil. The objective of this text is to discuss interprofessionality in health education based on experiences lived by the authors in the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health in the city of João Pessoa in 2021. a Basic Health Unit of that municipality, being reported and analyzed the moments in which multiprofessionality occurs more frequently and, therefore, allows a collaborative and integrated action between more than one health profession. Despite the potential of these experiences and the success in other aspects, it is noteworthy that health education is still very far from the pedagogical proposal of multidisciplinary residencies, especially with regard to interprofessionality.

Keywords: Interprofessionality; Health Training; Interprofessional Education

INTRODUÇÃO

As residências em saúde constituem-se como uma modalidade de formação ancorada na



integração entre teoria e prática, à medida que profissionais de saúde vivenciam momentos teóricos (com aulas, capacitações e matriciamentos) e práticos (com a atuação dentro dos serviços) (BRASIL, 2005). Além disso, visam contribuir com a reorientação do modelo assistencial por meio da formação profissional ao exigirem o aprendizado no, pelo e para o trabalho.

Peduzzi (2013) e Ceccim (2018) apresentam as residências multiprofissionais em saúde (RMS) como iniciativas importantes para o avanço da educação interprofissional no Brasil. Na mesma perspectiva, o Ministério da Saúde aponta a característica da interdisciplinaridade destes programas, que se compromete com o respeito aos saberes de cada profissão, porém visando a formação coletiva dos profissionais (BRASIL, 2006).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) do município de João Pessoa (Paraíba) apresenta como proposta pedagógica a superação da fragmentação do conhecimento e o incentivo à prática do saber compartilhado. Ancorado numa abordagem construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa, em metodologias ativas de aprendizagem, propõe que

discussões teórico-práticas serão divididas em momentos de discussão interdisciplinar multiprofissional, também chamadas de discussões de campo, contemplando as discussões de PTS e de temas transversais relativos à Clínica Ampliada e ao SUS, e momentos de discussão mais relacionada ao núcleo de saber dos diferentes núcleos profissionais, a fim de atingir os objetivos de formação da residência multiprofissional (SMS-JP, 2013, p. 21)

Alinhado a isso, é necessário ressaltar que o cuidado em saúde requer integralidade de práticas tendo como perspectiva a superação do modelo de atenção predominante, uniprofissional e médico-centrado (FERLA; TOASSI, 2017). Ao considerar a importância desse princípio, evidencia-se a necessidade de novos modos de pensar e de produzir saúde.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Clínica Ampliada apresenta-se como uma potente “ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2009,

p.10), uma vez que visa ampliar o objeto do trabalho em saúde e conseqüentemente das possibilidades de diagnóstico e de cuidado.

A prática do cuidado não deve ser considerada exclusividade dos profissionais de saúde. O cuidar envolve solidariedade e apoio coletivos, onde cada pessoa é um participante ativo no processo de construção da integralidade. Na disputa de poder, o profissional de saúde muitas vezes espera que o usuário modifique sua vida à luz das orientações fornecidas, colocando o contexto de vida da pessoa e tudo que ele envolve em posição de desvantagem e comprometendo, assim, a autonomia e construção coletiva do cuidado (FEUERWERKER, 2016).

Para ultrapassar esse entendimento, a Clínica ampliada “busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p. 14). É importante nesse ponto ressaltar a distinção entre os termos multiprofissional e interprofissional, sendo este primeiro relacionado à existência de duas ou mais profissões atuando sobre o mesmo objeto e o segundo referente à prática integrada e colaborativa entre as profissões.

Sobre palavras utilizadas muitas vezes como sinônimos em meio a essa temática, Ceccim (2018, p. 1740) aponta a diferenciação entre disciplina, que seria “domínio de conhecimento” e profissão a “habilitação de exercício ocupacional”. A partir disso, é possível compreender melhor a utilização destes e outros termos, como transdisciplinaridade, entendida como uma “transgressão das fronteiras impostas pelas disciplinas acadêmicas” (SILVA, CUSATI, GUERRA, 2018, p. 988)

Nesse contexto, a interprofissionalidade na formação em saúde mostra-se necessária e, ao mesmo tempo, um grande desafio nos diversos cenários de prática. Para tanto, o PRMSFC pode representar um espaço importante para a formação interprofissional centrada no cuidado em saúde e valorizando os diversos saberes. Assim, o período de atuação enquanto residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade e as diversas inquietações referentes à formação e atuação profissional fizeram surgir o interesse pela temática da educação interprofissional.

Considerando o acima assentado, este trabalho tem como objeto de estudo a interprofissionalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de experiências vivenciadas pelas autoras no referido PRMSFC tendo como campo de trabalho a Atenção Primária em Saúde. É um objeto que se situa na interlocução entre formação e prática profissional e, portanto, possibilita conhecer e discutir as potencialidades e fragilidades presentes no processo educativo.

MATERIAIS E MÉTODOS

O texto evidencia um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências de duas residentes do PRMSFC no município de João Pessoa (PB) durante o segundo ano de residência. Uma das autoras apresenta como campo específico de formação a Enfermagem; a outra autora tem como campo específico a formação em Nutrição. Ambas atuaram na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mudança de Vida, localizada no município de João Pessoa (PB). A UBS é composta por quatro equipes de saúde da família em um mesmo espaço físico.

Vale destacar que a UBS é também campo de estágio de diversos períodos e cursos da área da saúde, além de ser cenário de prática e atuação de médicos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade do município, sendo que estes assumem as equipes de saúde da família. Portanto, esse serviço de saúde representa um importante espaço de formação profissional com potencial para a práticas multi e interprofissionais.

As residentes, autoras, realizaram a descrição de atividades e produziram reflexões a partir das experiências práticas desenvolvidas junto aos usuários dos serviços. Todas as atividades citadas são realizadas por profissionais de saúde integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A equipe multiprofissional que compõe a Residência atuante na UBS Mudança de Vida é formada por enfermeira (1), nutricionista (2), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1) e psicólogo (1). A equipe realiza diversas atividades a partir dos núcleos citados e também

junto à equipe mínima de saúde.

Para este trabalho, foram selecionados os espaços em que a vivência multiprofissional ocorre de forma mais frequente e por proporcionarem a possibilidade de uma atuação colaborativa entre mais de uma profissão da saúde, intervindo e atuando juntos de maneira integrada. As práticas acontecem no espaço físico da UBS, mas também fora dele. São elas: Acolhimento multiprofissional, Grupo Terapêutico de Mulheres e, Interconsultas (que ocorrem dentro da UBS) e Grupo de Convivência “Centro de Tratamento Intensivo (CTI)” (acontece próximo a uma praça da comunidade).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática da interprofissionalidade vai além do sentido da multiprofissionalidade e é dependente de mobilizações nos processos de trabalho já postos nos serviços de saúde. A atuação do residente implica desconstruções necessárias para a formação em saúde, bem como a construção de uma nova forma de organização do trabalho em equipe. Nesse sentido, a partir do “acolhimento multiprofissional”, do “grupo terapêutico de mulheres”, das “interconsultas” e do grupo de convivência “Centro de Tratamento Intensivo (CTI)”, são formuladas considerações sobre a interprofissionalidade como forma de refletir sobre a formação e prática de profissionais de saúde em Residência Multiprofissional.

O acolhimento multiprofissional e as interconsultas surgiram como alternativas frente à problematização do processo de trabalho em saúde na USF Mudança de Vida a partir das discussões dos residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade neste cenário, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho em saúde a partir da lógica da clínica ampliada e da prática interprofissional.

O fluxo de atendimentos na referida UBS é organizado a partir de triagens. Em 3 das equipes a triagem acontece por meio de médico e enfermeira, que solicitam documentação do usuário por

ordem de chegada (salvo as situações de maior urgência) e questionam de forma superficial sobre qual é sua necessidade. Após isso, os usuários aguardam sua vez e são atendidos em consultório médico. Na quarta equipe, um agente comunitário de saúde (ACS), a partir de escala entre os ACS da equipe, responsabiliza-se por organizar a lista de atendimentos, seguindo os mesmos critérios já citados. Em todas as situações, o acolhimento é encerrado a partir de determinado horário e o usuário que chega “fora do horário” é informado que deve voltar no dia seguinte, durante o acolhimento.

A principal inquietação que instigou a proposta de um acolhimento multiprofissional foi a persistência da perspectiva médico-centrada na organização do fluxo de atendimento, pois o acolhimento é realizado majoritariamente pela equipe médica, configurando essencialmente uma triagem clínica. De modo que o primeiro contato da equipe multiprofissional com os usuários era sempre intermediado pela avaliação médica, seguida ou não de um encaminhamento.

Procurando sair da lógica de referência e contrarreferência entre os profissionais da equipe mínima e a equipe multiprofissional de apoio, os residentes “multi” propuseram o acolhimento multiprofissional. Segundo a proposta, o usuário com demanda por atendimento em saúde direcionado à equipe multiprofissional procura este novo espaço, em caso de não ser possível realizar a interconsulta junto à equipe mínima em outro horário.

A escuta inicial pode ser realizada por qualquer um dos profissionais e caso possível, por mais de um. Em seguida, a depender da demanda, o usuário é convidado ao formato de acolhimento coletivo. Esse momento acontece semanalmente às quintas-feiras no turno da manhã, no espaço da Horta Agroecológica Dona Isabel. Tal espaço físico também foi pensado para proporcionar uma ambiência distante da dureza de um consultório de atendimento individual.

No paradigma vigente, visualiza-se o enfoque nas questões biológicas em detrimento das dimensões subjetivas e socioeconômicas. Com isso, as demandas reais dos usuários muitas vezes passam despercebidas e estes terminam por procurar o serviço frequentemente com as mesmas queixas, sem a resolubilidade desejada. Acerca destas limitações do paradigma biomédico, Campos (2006) em

sua teoria Paidéia, sugere um modo de pensar o processo saúde-doença a partir da singularidade dos sujeitos, considerando todos os fatores que podem intervir nesse processo e não apenas os orgânicos.

O comprometimento de princípios como a integralidade, a partir de uma prática profissional que permanece individualizada, o profissional não avança na sua própria formação, que acontece no dia a dia dos serviços e não apenas no período de graduação. O acolhimento multiprofissional surgiu então pensando-se tanto na autonomia de cada profissão como na atuação interprofissional sob o paradigma da clínica ampliada. Pretendeu-se executar o acolhimento como momento de escuta qualificada para fortalecimento de vínculos e afetos a partir das diversas demandas que os sujeitos trazem consigo ao procurar um serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Inicialmente, o acolhimento foi pensado no formato coletivo, do tipo roda de conversa, no qual os usuários pudessem compartilhar uns com os outros os seus motivos e anseios em estarem indo ao serviço. Em alguns encontros, essa configuração foi possível e as trocas entre eles foram muito enriquecedoras, de tal modo que poucas intervenções da equipe multiprofissional eram necessárias. Em outros momentos, o acolhimento acontecia de forma individualizada, em que um ou mais profissionais realizava a escuta de um usuário.

Inicialmente, houve a proposta de incluir as interconsultas no fluxograma da unidade. Assim, quando o usuário procurasse o serviço de forma espontânea e a equipe de referência identificasse a necessidade de apoio da equipe multiprofissional na realização da consulta, esta seria solicitada considerando a disponibilidade de cada profissional a partir de um cronograma previamente elaborado em equipe, podendo ser naquele momento ou posteriormente. Com a criação do fluxograma e do cronograma, pretendeu-se organizar de forma sistemática esses momentos de consultas compartilhadas.

Com essa proposta de rearranjo organizacional, pretendeu-se efetivar a realização do apoio matricial, compreendendo este como “uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Em cartilha elaborada pelo Minis-

tério da Saúde acerca da clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009), o atendimento conjunto é proposto como uma possibilidade de operacionalização do apoio matricial visando “possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009, p. 33).

Essa experiência, a priori, apresentou ótimos resultados, sendo realizadas muitas interconsultas na perspectiva do apoio matricial. Foi perceptível para a equipe multiprofissional de residentes a mudança no manejo de alguns atendimentos, em especial a escuta às demandas de saúde mental. Porém, a quantidade de atendimentos de demanda espontânea pela equipe mínima contribuiu para a indisponibilidade de agenda para interconsultas, além da falta de espaços de discussão sobre os casos; e com isso a fragilização do entendimento sobre a importância de cada núcleo profissional e das atividades realizadas de forma conjunta.

Atualmente as interconsultas não acontecem com frequência ou acontecem com dificuldade, havendo predomínio de ações fragmentadas e desarticuladas. Isso impacta na compreensão do processo saúde-doença, na organização da Atenção Primária em Saúde (APS) e na formação cotidiana dos profissionais (MEDEIROS et al., 2011). As interconsultas permitem a discussão de casos complexos considerando a integralidade da situação, o que é possível graças à possibilidade de uma visão ampliada dos casos, abordando as esferas interprofissional e interdisciplinar conjuntamente (FARIAS; FAJARDO, 2015)

Medeiros et al. (2011) em pesquisa realizada com profissionais da Equipe Saúde da Família abordaram o termo “multiprofissionalidade” questionando os profissionais sobre o entendimento do termo. Todos os entrevistados mostraram conhecimento acerca do termo, porém afirmaram insegurança para atuação multiprofissional, justificada principalmente pela ausência de subsídios que deveriam ter sido adquiridos ainda durante a formação. As respostas apontaram como influência a formação tradicional médico-centrada, mesmo para aqueles formados nos anos 2000.

Medeiros et al. (2011) reforçam que apenas a diversidade de profissões atuantes em um mes-

mo espaço não é suficiente, pois não garante a construção de uma nova prática que busque o compartilhamento de saberes e ideias valorizando a assistência prestada aos usuários e possibilitando uma prática efetiva e centrada nos princípios do SUS.

A dificuldade para a realização de uma prática interprofissional colaborativa, e não apenas multiprofissional, pode estar relacionada à falta de habilidade em atuar de forma integrada a outros profissionais em consequência à ausência de vivências multidisciplinares desde a graduação, com estudantes de outras áreas da saúde. Mesmo havendo a discussão interdisciplinar que levou a tais questionamentos sobre o processo de trabalho, há ainda a influência de questões culturais, nas quais a saúde pode ser compreendida como um produto materializado em procedimentos e medicamentos.

Em estudo também realizado no município de João Pessoa, residentes relataram que uma grande barreira para a atuação integrada seria a falta de entendimento por parte dos trabalhadores da equipe mínima acerca da atuação do residente no serviço de saúde. Além disso, a possibilidade de os próprios residentes não conseguirem explicitar sua função, até mesmo por não compreender de forma integral sua importância, e de que formas buscar integração em um cenário historicamente fragmentado, deve ser considerado (SANTOS FILHO et al., 2016).

O Grupo Terapêutico de Mulheres acontece semanalmente, às quintas-feiras à tarde e conta com a participação de residentes da equipe multiprofissional e mulheres do território. Em média participam 09 (nove) mulheres, variando o número de participantes a cada encontro. A proposta surgiu a partir do Acolhimento Multiprofissional, quando mulheres acolhidas relataram demandas emocionais e psicológicas e a necessidade de um espaço onde pudessem partilhar suas angústias e emoções.

O grupo de mulheres surge como tentativa de escuta qualificada às mulheres em um cenário baseado na observação de sintomas isolados, priorizando a medicalização e não o cuidado integral. Buscando novas formas de acolher e escutar, não apenas as usuárias são impactadas como também os profissionais, que passam a inserir novas práticas e reflexões na promoção do cuidado (LUZ; FRUTUOSO, 2021).

A criação de um grupo terapêutico tendo mulheres da comunidade como protagonistas é um incentivo para que as mesmas reflitam sobre suas próprias vidas, encontrando no grupo não a salvação para seus problemas, mas o apoio necessário ao enfrentamento de questões que podem ser causa de adoecimento/angústia. Dessa forma, o grupo exerce função social à medida em que trabalha a inclusão de mulheres em um espaço decisório de saúde e torna-se parte do cotidiano das mesmas (LACERDA et al., 2019)

Esse espaço é guiado pelo psicólogo, pois as mulheres o procuraram inicialmente para atendimentos individuais, porém, com a presença dos demais profissionais, o grupo tornou-se um importante momento de apoio matricial no manejo das questões de saúde mental das mulheres. Assim, em diversas ocasiões surgiram discussões interprofissionais sobre corpo, sexualidade, alimentação, maternidade, ansiedade, depressão, sobrecarga física e mental; dentre outras temáticas.

Apesar dos encontros acontecerem no período da tarde, durante o qual há menor demanda de atendimentos, não há participação da residência médica ou de membros da equipe mínima. Essa ausência de integração durante os grupos, espaços de criação e fortalecimento de vínculos, leva à dificuldade de alcance de princípios como a integralidade, contribuindo para a fragmentação do conhecimento e desvalorização de momentos que prezam pela horizontalidade das relações entre profissional de saúde e usuário.

O grupo de convivência denominado de “Centro de Terapia Intensiva” (C.T.I.) é um grupo não institucionalizado, criado pelos próprios participantes em uma praça da comunidade antes mesmo da existência da Unidade de Saúde. Neste espaço, homens convivem e fazem uso de álcool e outras drogas diariamente, mas também são eles que organizam formas de redução de danos, com partilha de água e petiscos. Há uma organização interna na qual os integrantes zelam pelo espaço, fazendo a limpeza no início do dia, e também cuidam de plantas e animais presentes no local.

A Residência Multiprofissional passou a frequentar o espaço nas sextas-feiras pela manhã, a partir de uma proposta do psicólogo residente. Durante os encontros não há intervenções por núcleo profissional ou intervenções interprofissionais com foco no saber acadêmico. O grande objetivo para a

formação é o desenvolvimento do olhar para o outro no seu espaço real, com todas as motivações que o levam ali e que fazem daquele espaço um espaço de encontros, de amizades, de alívio da realidade e, assim, de saúde.

Profissionais da Estratégia Saúde na Família (ESF) não participam dos encontros no C.T.I., apenas os profissionais residentes, embora sejam frequentemente convidados, seja durante as reuniões de equipe ou de forma individual. Essa ausência é justificada por eles devido a grande demanda diária de procura por atendimentos. Isso reforça a ideia equivocada de que a resolubilidade dos problemas dos usuários se dá por meio das consultas individuais, prescrição medicamentosa ou solicitação de exames médicos.

Essa situação traz implicações ao processo de trabalho e à responsabilidade pela construção cotidiana do SUS, pois como afirmam Maia e Goya (2016) em estudo realizado no Ceará, as vivências extramuros e em parceria com a ESF possibilitam ampliar o conceito de saúde e também fortalecem a relação profissional em equipe. Além disso, a ausência de participação da ESF nas atividades em que há presença de residente(s) reforça a ideia de que a função deste último é a oferta de serviços, fragilizando a melhoria do processo de trabalho na APS.

O Grupo C.T.I. contribui com a formação profissional em vários aspectos. Um deles é ao mostrar, no cotidiano da convivência junto aos homens, que há limites das ações de núcleo de cada área profissional, principalmente se são prescritivas. Mesmo que alguns daqueles homens apresentem questões específicas que demandem cuidados da área clínica, aquele espaço/momento, na maioria das vezes, não deve receber tais intervenções, pois aplicá-las pode não significar “fazer saúde” e sim impor modificações do estilo de vida. Além disso, o grupo explicita a potencialidade de profissões que “se inventam em conjunto”, como reforçam Capozzolo et al. (2018).

Os problemas vividos por cada usuário são mais complexos do que a capacidade de intervenção de um núcleo profissional, e isso demanda a prática da interprofissionalidade, para que, com ela, sejam possíveis discussões de estratégias não convencionais. A situação concreta da vida pode então auxiliar profissionais a encontrarem uns nos outros novas formas de produzir saúde, permitindo espaço à construção de uma rede de apoio e cuidado (CAPOZZOLO et al. 2018).

CONCLUSÃO (RE-PROPONDO ALGUMAS QUESTÕES)

A atuação interprofissional em atividades coletivas de educação em saúde busca tensionar o processo de trabalho, construindo espaços de diálogo e aprendizagem interdisciplinar. É preciso refletir sobre formas de fortalecimento da prática interprofissional para sua permanência ao longo do tempo no cuidado dos serviços, independente da rotatividade profissional e/ou formação inicial.

Esta, no entanto, é uma tarefa que esbarra em diversos desafios cotidianos relacionados tanto à formação profissional quanto à organização do processo de trabalho. A exemplo das vivências relatadas, ressalta-se que a formação em saúde ainda se encontra muito distante da proposta pedagógica das residências multiprofissionais, especialmente no que diz respeito à interprofissionalidade. Essa dificuldade se torna ainda mais evidente quando ampliamos o olhar para a residência de medicina de família e comunidade, que mesmo sendo da mesma área e atuando nos mesmos territórios que o programa multiprofissional, está fortemente enrijecida na uniprofissionalidade.

Apesar dessa problemática, alguns espaços e momentos vivenciados nesse período demonstram que a residência pode propiciar uma prática transformadora de formação e atuação para qualificação da APS. Para isso, é necessário fortalecimento do apoio institucional, efetivação da educação permanente enquanto política de saúde e reflexão-ação centrada no cuidado e autonomia aos usuários. Buscando tornar a atuação colaborativa entre as profissões uma questão e um compromisso de todas elas que constituem a equipe de saúde da família, não somente daquelas que estão em formação através da residência multiprofissional.

Nesse sentido, propõe-se ações na microgestão do processo de trabalho como momentos periódicos e sistematizados de matriciamento de acordo com as situações-problemas emergidas do cotidiano, módulos teóricos e práticos em comum entre as residências médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade para que haja maiores possibilidades de integração, momento para discussão de casos nas reuniões de equipe e tornar institucional a reorganização do fluxo de atendimento para demanda espontânea, de modo que determinados casos possam ser avaliados em espaços multiprofissionais e este não seja visto apenas como uma “atividade da residência”.

A partir dessas experiências, a prática profissional iniciada na residência contribui para que em experiências futuras os profissionais envolvidos consigam atuar na perspectiva da clínica ampliada e da interprofissionalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida et al. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1675-1684, 2018.

CECCIM, RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

DE QUEIROZ MAIA, Ítala Maria; GOYA, Neusa. PERCEPÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2016.

FERLA, Alcindo Antônio; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 7-13, 2017.

LACERDA, Mayara Silva et al. Uma experiência de implantação de um grupo de mulheres: entre dizeres e fazeres. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 9, n. 1, 2018.

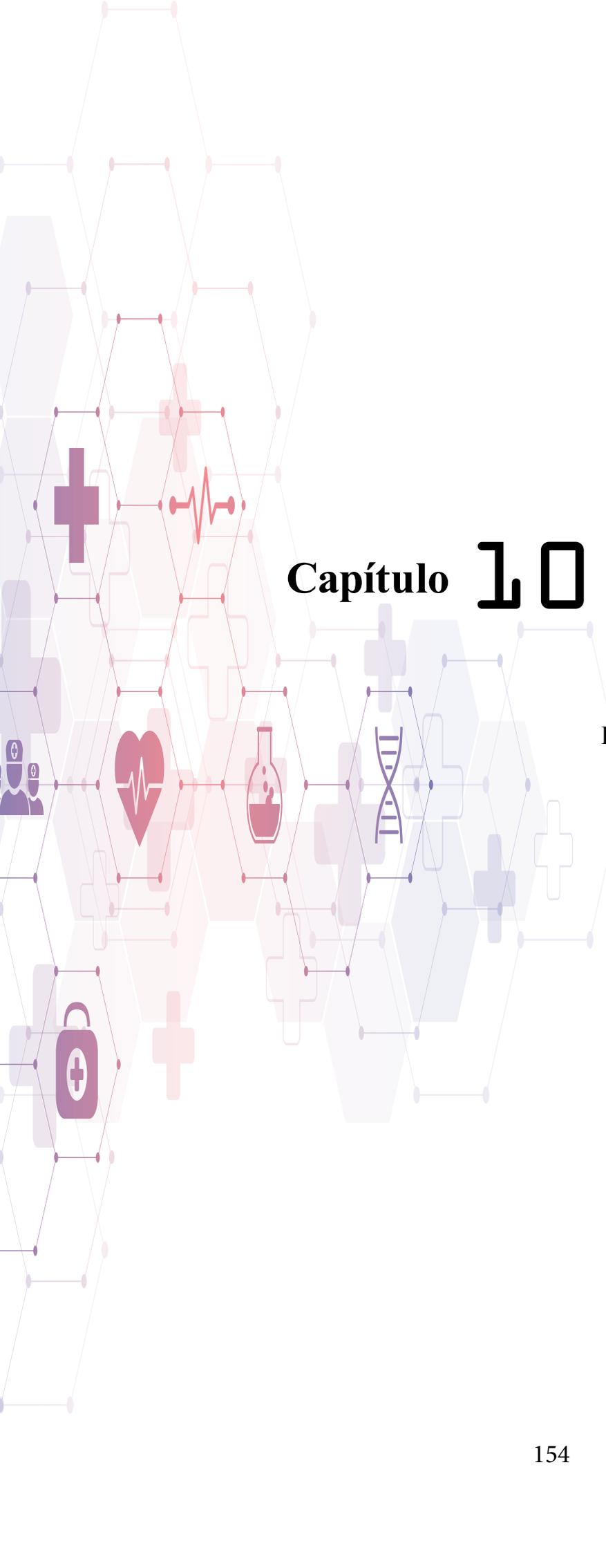
LUZ, Milene Mori Ferreira; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petrolí. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

MEDEIROS, Cristina da Silva et al. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. Rev bras ciênc saúde, v. 15, n. 3, p. 319-28, 2011.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, p. 124-130, 2016.

SILVA, Adilson Xavier da; CUSATI, Iracema Campos; GUERRA, Maria das Graças Gonçalves Vieira. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: dos conhecimentos e suas histórias. Revista Ibero Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 13, n. 03, p. 979- 996, jul./set., 2018.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface-Comunicação, saúde, educação, v. 9, p. 91-104, 2005.



Capítulo 10

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO – PACIENTE PÓS COVID-19 E A CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA NOS AMBULATÓRIOS DE FISIOTERAPIA

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO – PACIENTE PÓS COVID-19 E A CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA NOS AMBULATÓRIOS DE FISIOTE- RAPIA

PHYSIOTHERAPY PROTOCOL - POST COVID-19 PATIENT AND PHYSIOTHERAPY CONDUCT IN PHYSIOTHERAPY OUTPATIENT CLINICS

Ramon Kellver Ferreira dos Santos¹

Geraldo Eduardo Guedes de Brito²

Resumo: O presente estudo, trata de um protocolo ambulatorial nas sequelas pós covid, para direcionar as ações fisioterapêuticas no município de João Pessoa, enfatizando a importância do direcionamento coerente dos usuários. O mesmo, visa padronizar o fluxo para evitar possíveis erros e descumprimento do princípio da integralidade do SUS. A atenção primária a saúde, se caracteriza primordialmente como porta de entrada do Sistema Único de Saúde, além de ser um local de privilégio para as mobilizações no cuidado dos usuários, norteia toda uma rede de atenção, sendo a base para o ordenamento e para cumprimento de integralidade de atendimento. Nesse sentido, além de ser necessária, dentre outras coisas, a incorporação de tecnologias de diagnóstico e terapêuticas é imprescindível a articulação básica com outros pontos da rede, permitindo o fluxo de maneira coerente e que repercute positivamente no tratamento do usuário. Sob esse aspecto, em virtude da pandemia do novo

1 Graduado pelo Centro Universitário Uninassau e Pós-Graduando em Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva, foi colaborador do Centro Universitário Uninassau/CG com vínculo de docente supervisor das disciplinas de Geriatria e UTI

2 Professor Adjunto IV do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e atual coordenador do curso de graduação em Fisioterapia desta IES. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2003), mestre em Saúde da Família pela UNESA (2007) e doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE

corona vírus SARS-CoV-2, torna-se necessário uma abordagem que permita um manejo coerente das sequelas pós infecção viral, tanto para ordenar o cuidado, quanto para garantir atenção integral em todos os pontos da AB, já que dessa forma o paciente que já passou por um transtorno graças ao contágio, venha recuperar-se totalmente, com todos os serviços que o SUS pode ofertar, além de ser um norteador para os profissionais – nesse caso – fisioterapeutas, que atuarão diretamente na vida desse usuário.

Palavras chave: COVID 19, Atenção Básica, Integralidade.

Abstract: The present study deals with an outpatient protocol in post-covid sequelae, to direct physiotherapeutic actions in the city of João Pessoa, emphasizing the importance of coherent targeting of users. The same, aims to standardize the flow to avoid possible errors and failure to comply with the principle of integrality of the SUS. Primary health care is primarily characterized as a gateway to the Unified Health System, in addition to being a privileged place for mobilizations in the care of users, it guides an entire care network, being the basis for ordering and for compliance. of comprehensiveness of care. In this sense, in addition to being necessary, among other things, the incorporation of diagnostic and therapeutic technologies, basic articulation with other points of the network is essential, allowing the flow in a coherent way and that has a positive impact on the user's treatment. In this regard, due to the pandemic of the new SARS-CoV-2 corona virus, an approach that allows for a coherent management of post-viral infection sequelae is necessary, both to order care and to guarantee comprehensive care at all points. of AB, since in this way the patient who has already gone through a disorder thanks to the contagion, comes to fully recover, with all the services that the SUS can offer, in addition to being a guide for professionals - in this case - physiotherapists, who will act directly in that user's life.

Keywords: COVID 19, Primary Care, Integrality.

INTRODUÇÃO

Coronavírus é um vírus zoonótico, um RNA vírus da ordem Nidovirales, da família Coronaviridae. Família essa que causa infecções respiratórias, isolados inicialmente em 1937 e descritos especificamente em 1965, havendo alguns tipos já conhecidos, como alfa coronavírus (HCoV-229E) e beta coronavírus (HCoV-OC43), por exemplo. Entretanto, o novo coronavírus descrito e analisado no final de 2019, repercutiu de forma negativa inicialmente com casos registrados na china, sendo nomeada de COVID-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

O diagnóstico é feito mediante coleta de matérias respiratórias (normalmente com aspiração das vias aéreas ou indução de escarro). Além de contar com o diagnóstico laboratorial, que nesse caso é feito por meio das técnicas de proteína C reativa em tempo real e sequencial parcial ou total do genoma viral. Desse modo, após o diagnóstico, os casos graves devem ser encaminhados a um hospital que referencie os casos de covid n região. Devendo os casos leves serem acompanhados pela atenção primário em saúde.

É sabido que a pandemia, gerou um cenário complexo para a saúde mundial, com diferentes tipos de comprometimento funcional para milhões de indivíduos, necessitando um manejo correto e padronizado das ações fisioterapêuticas. A forma grave da doença causa danos pulmonares, podendo resultar em insuficiência pulmonar. Evoluindo, muitas das vezes, com fibrose pulmonar, que é uma consequência do processo de reparação das lesões. Mesmo as sequelas pó-COVID-19 sejam mais comuns em pacientes que desenvolveram a forma grave, indivíduos com a doença moderada normalmente apresentam sequelas funcionais, que pós alta hospitalar, devem ser tratadas pela rede de atenção primária, objetivando restituir integralmente as funções do indivíduo (J. Bras. Pneumologia, 2021).

Considerando a rapidez do surgimento do SARS-CoV-2, existe atualmente uma escassez de estudos que norteiem os instrumentos para intervenção e avaliação fisioterapêutica. Tendo as diretrizes para este cuidado, sendo desenvolvidas com base nos países afetados inicialmente.

Nesse cenário, torna-se imprescindível o estabelecimento de um protocolo para nortear a atuação do fisioterapeuta, onde o mesmo deve observar todos os aspectos inerentes a esse contexto pandêmico, levando em conta um processo de trabalho que traga segurança ao paciente, bem como para o próprio profissional. Desse modo, o planejamento da conduta terapêutica deverá ser realizado com critérios preestabelecidos, levando em consideração as indicações e contraindicações de cada técnica, os fatores do ambiente e o alto poder de disseminação do vírus.

Ainda que, a pandemia do COVID-19 apresente proporções mundiais, devem ser consideradas as singularidades sociais, culturais, religiosas de cada usuário, pois os diferentes modos de vida interferem nas distintas maneiras de encarar esse momento (ASSOBRAFIR, 2020). Ao ofertar essa visão humanizada, é possível se ater as necessidades singulares de cada pessoa. Para um cuidado de maior resolução, o fisioterapeuta deverá seguir as recomendações do Ministério da Saúde e sempre buscar atualizações com as melhores evidências científicas disponíveis. Além disso, deverá seguir as orientações, normativas e fluxos elaborados pelo seu município de atuação, considerando as particularidades locais da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as características epidemiológicas da população.

JUSTIFICATIVA

O referente trabalho, visa estabelecer critérios para tornar padronizada os atendimentos ambulatoriais de fisioterapia das Policlínicas Municipais que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMS/JP), além dos critérios que determinam o fluxo de cada usuário na RAS de acordo com as sequelas apresentadas após a recuperação da infecção por SARS-CoV-2.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A atuação nos diversos níveis, torna extremamente necessária uma avaliação criteriosa, que quando bem executada, é capaz de nortear a assistência fisioterapêutica. Usualmente é realizada a anamnese e exame físico, que no contexto atual deverão ser realizados com as devidas precauções (ASSOBRAFIR, 2020). Com base nos direcionamentos e fluxos estabelecidos pelos documentos norteadores e as evidências disponíveis no contexto da pandemia, convém ressaltar os aspectos de relevância para a avaliação fisioterapêutica no âmbito da atenção secundária. Dessa forma, a admissão do paciente será dada por meio da ficha de avaliação fisioterapêutica.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

NASF

Os pacientes que apresentarem os seguintes sintomas: fadiga muscular, tosse, mialgia/artralgia, cefalia deverão ser atendidas pelos fisioterapeutas do NAS.

SAD

Os pacientes que apresentam sequelas que impossibilitaram de se locomover ao serviço mais próximo, e elegíveis aos critérios específicos do Programa Melhor em Casa, deverão ser encaminhados ao Serviço de Atendimento Domiciliar.

POLICLINICA

Para ser incluído no atendimento nas Policlínicas os pacientes deverão conter o encaminhamento fisioterapêutico ou médico proveniente da Atenção Primária à Saúde, sendo obrigatório apresentar comprovação laboratorial (teste rápido – anticorpo, teste rápido – antígeno, RT-PCR e/ou sorologia), com resultado que comprove a infecção pregressa por COVID-19. Além de, dever apresentar pelo menos duas das seguintes sequelas: dispneia aos pequenos e médios esforços, tosse, fraqueza muscular, histórico de internação em UTI.

CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

Pacientes acometidos pelo SARS-Cov-2, sem sintomas, sem apresentar sequelas descritas nos critérios de elegibilidade, dentro do período de transmissibilidade, além de excluir pacientes com outras síndromes respiratórias.

CONDUTA

REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Objetivos: promover melhora na força, resistência cardiovascular e maior flexibilidade.

Indicação: fraqueza muscular avançada, condicionamento cardiorrespiratório em pacientes debilitados, diminuição de dor musculoesquelética, manutenção e aumento de amplitude de movimento articular.

ALONGAMENTO

Mantido ou Estático: um determinado músculo antagonista é posto em posição de máximo

estiramento de forma lenta e gradativa, e permanecendo nesta posição por 5 a 30 segundos. Podendo, ser realizado com auxílio da banda elástica.

Exercícios ativos

O paciente realiza após o comando do fisioterapeuta, podendo aplicar atividades sequencias, como andar; agachar; correr, e pode utilizar auxílio de bolas, bastões, rolos.

TREINAMENTO MUSCULAR

Exercícios ativos podendo usar carga específica para MMSS e MMII, com auxílio de halteres. Sabendo que cada paciente apresenta suas particularidades, é recomendado a realização do teste de (1RM) é simples de ser realizado e ajuda a determinar a carga certa para usar no fortalecimento, ou seja, é o peso máximo que o paciente conseguirá levantar ao fazer apenas uma repetição do exercício, com isso é possível determinar a carga para usar nos movimentos, conforme o objetivo proposto.

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

Indicação: adequado para pacientes com dispneia aos pequenos e médios esforços, com fraqueza muscular (presença de tiragens intercostais), dificuldade nas AVD's associadas ao aparelho respiratório e manutenção do condicionamento pulmonar.

Objetivos: Melhoria da capacidade física; Redução da dispneia; Treino de força e resistência dos MMSS e melhora a sua funcionalidade.

PRESSÃO EXPIRATÓRIA (EPAP)



É uma técnica que consiste na aplicação de pressão positiva (apenas na fase expiratória do ciclo). Essa pressão é produzida gerando resistência ao fluxo expiratório, como válvulas springloaded, com pressões de 5, 10, 15 ou 20 cmh₂O, que podem estar conectados a mascas, bocais ou diretamente à via aérea artificial dos pacientes.

Inspiração Fracionada

Consiste em realizar inspirações sucessivas e curtas, com uma apneia após cada inspiração, até atingir a capacidade pulmonar total, e posteriormente uma expiração bucal.

Inspiração Sustentada Máxima

Consiste em o paciente realizar uma inspiração profunda até a capacidade inspiratória máxima, seguida de uma pausa inspiratória, e em seguida, a expiração bucal. Podendo ainda, estar associada à elevação dos membros superiores com auxílio de um bastão.

Incentivador respiratório

Respiron: Aparelho que incentiva o fluxo, que consiste em uma ou mais câmeras plásticas que abrigam esferas semelhantes a bolas de pingue-pongue que se elevam em fluxos inspiratórios altos e turbulentos. Além disso, existe várias formas de exercícios com o paciente, como incursões respiratórias sustentadas, podendo também ser usado o Voldyne, que diferentemente do respiron, consiste em um incentivador graduado em volume, com um sistema de pistão no qual o êmbolo ou disco deve ser elevado até atingir a capacidade inspiratória máxima ou nível preestabelecido.

Pressão positiva contínua nas vias Aéreas (CPAP)

É obtida gerando um fluxo que pode ser utilizado em pacientes em ventilação espontânea, com e sem vias aéreas artificiais e consiste na aplicação de um nível de PEEP associado a um fluxo inspiratório nas vias. O mesmo realiza aumento da pressão alveolar e da capacidade residual funcional.

Técnicas Reexpansão Pulmonar

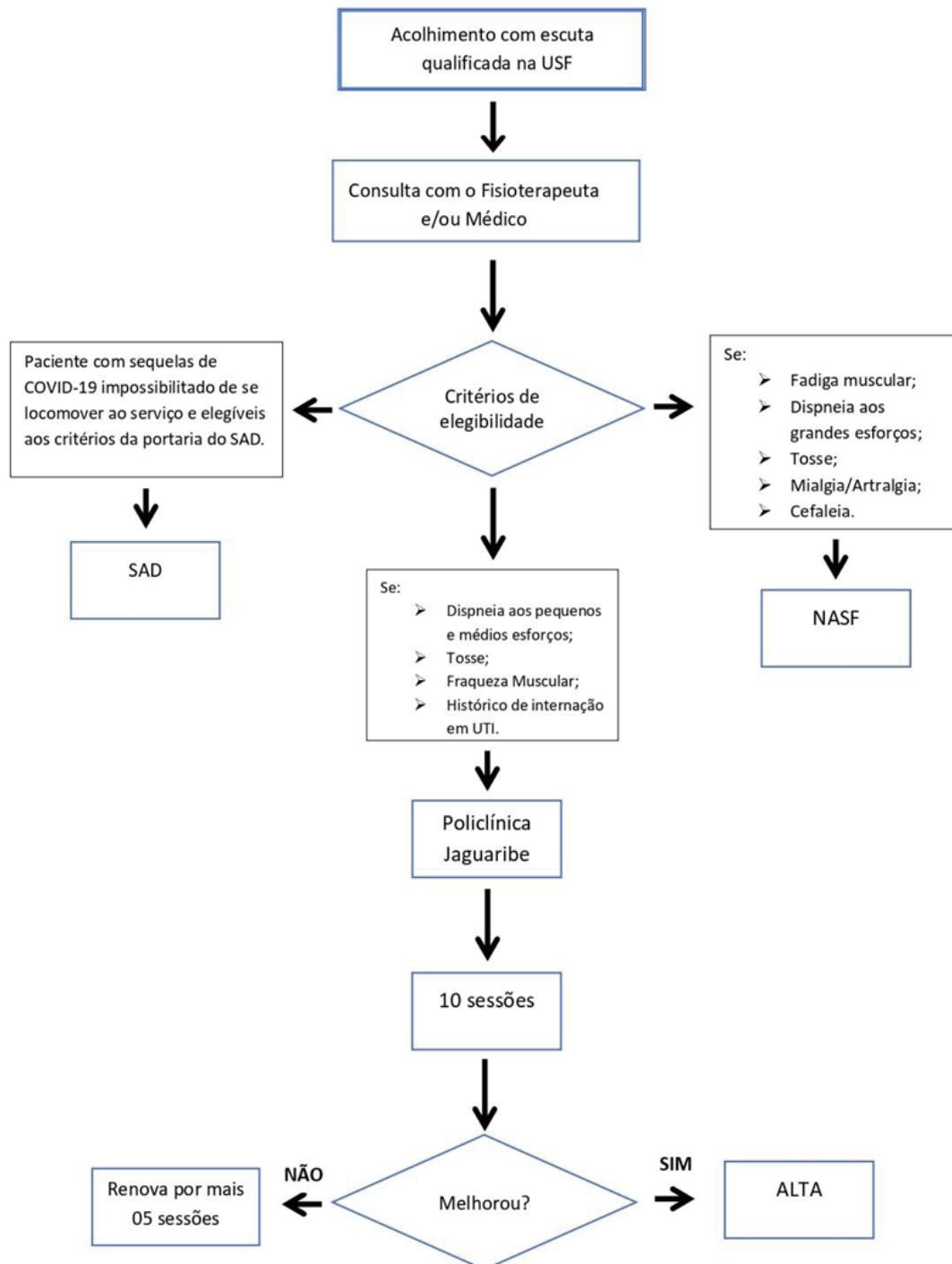
Consistem em comprimir o tórax na expiração e descomprimir de forma abrupta permitindo assim, restauração da ventilação nas unidades alveolares comprometidas. Pressiona-se manualmente a região correspondente à área pulmonar que está em comprometimento durante a fase expiratória. Em seguida, solicita-se que o paciente realize uma inspiração profunda; nesse momento encontrará uma resistência promovida pelo profissional que, no mesmo momento, retira a mão abruptamente, o que faz com que o fluxo aéreo seja direcionado para a região dependente e promove maior expansão da região a ser tratada.

Treinamento Muscular Respiratório

Pode ser realizado pelo Thershold através de um sistema de molas, impondo uma carga resistiva contra a inspiração. A conduta deve ser iniciada com aumento progressivo de carga (15 a 30%) da Pressão Inspiratória máxima e evoluir para 60 a 70% de acordo com o objetivo e as peculiaridades de cada paciente.

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO





REFERÊNCIAS

ASSOBRAFIR. Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia

Intensiva. Recomendações para a atuação dos fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) de pacientes suspeitos ou diagnosticados com COVID-19. Brasil: 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/gSylW>>. Acesso em: Dez 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Coronavirus Brasil. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. Published 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/kAJeU>>. Acesso em Jan, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. SIVEP Gripe Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe. 2020. Disponível em <<https://bityli.com/OORRx>>. Acesso em Dez, 2021.

FRANÇA, Danielle Corrêa et al. Reabilitação pulmonar na unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Fisioterapia e pesquisa*, v. 17, n. 1, p. 81-87, 2010

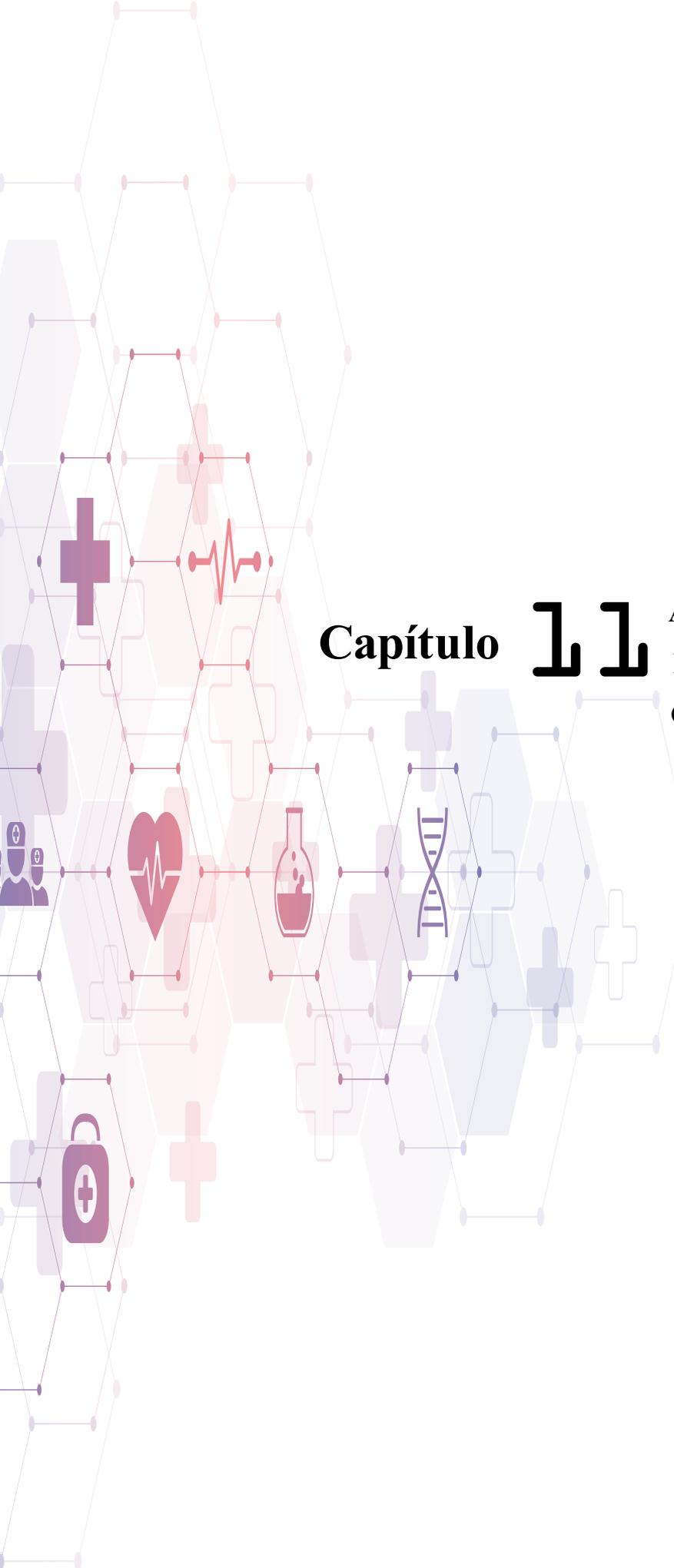
Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019- nCoV). Disponível em <<https://bityli.com/JJaFz>>. Acesso em Jan, 2022.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Especial: doença pelo coronavírus 2019. *Bol Epidemiol* [Internet]. 2020. Disponível em: <<https://bityli.com/aXmqW>>. Acesso em Jan. 2022.

Procedimento Operacional Padrão. Fisioterapia na Contusão pulmonar. Disponível em: <<https://bityli.com/Pxece>>. Acesso em Dez 2021.

SILVA, Rodrigo Marcel Valentim da; SOUSA, Angelica Vieira Cavalcanti de. Fase crônica da CO-

VID-19: desafios do fisioterapeuta diante das disfunções musculoesqueléticas. *Fisioterapia em Movimento*, v. 33, 2020.



Capítulo 11 **AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO E INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

EDUCATIONAL ACTIONS IN HEALTH FOR THE PROMOTION AND ENCOURAGEMENT OF BREASTFEEDING: AN EXPERIENCE RE- PORT

Patrícia Elídia Medeiros da Silva¹

Wilma Kelly Melo de Oliveira²

Linda Susan de Almeida Araújo³

Josinete Lopes de Azevedo⁴

Jane Morais Barbosa de Freitas⁵

Resumo: O leite materno é um alimento nutritivo que confere ao recém-nascido benefícios inigualáveis e deve ser ofertado de forma exclusiva a criança desde o seu nascimento até seis meses de vida. Os nutrientes contidos no leite materno são suficientes para suprir as necessidades do lactente

1 Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2017), Especialista residente em Saúde da Família - Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de João Pessoa - PMJP (2022).

2 Possui graduação em nutrição pela Faculdade Internacional Da Paraíba (2017), graduação em Gestão Pública pelo Centro Universitário Internacional (2012), especialização em residência em saúde da família e comunidade pela faculdade de ciências médicas/universidade federal da paraíba (2022) e especialização em Atenção à Saúde de Pessoas com Sobrepeso e Obesidade pela Universidade Federal de Santa Catarina(2022).

3 Possui graduação em NUTRIÇÃO pela Universidade Federal da Paraíba (1988) e mestrado em Ciências dos Alimentos pela Universidade Federal da Paraíba (1995). Consultora do PAS/Mesa, Curso de Cozinheiro do SENAC.

4 Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Preceptora de Enfermagem da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

5 Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba, com Residência em Medicina Preventiva e Social (RMPS)l, Aperfeiçoamento em gestão da atenção primária(Brasil /Canadá) e Aperfeiçoamento e Especialização em Processos Educacionais na saúde

e contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento adequado. Com o auxílio dos vários meios de comunicação e informação têm-se propagado os vários benefícios do aleitamento materno exclusivo para saúde da criança, assim como para a saúde das nutrizes, mas ainda é possível verificar a prevalência do desmame precoce em crianças e identificar fatores sociais correlacionados com essa prática. Conforme pesquisas realizadas, o Brasil vem apresentando um índice de amamentação exclusiva entre as crianças menores que quatro meses de 60%, os menores de seis meses de 45,7% e a prevalência do leite materno continuado no primeiro ano de vida de 53, 1% e de 60,9% em menores de dois anos (UFRJ, 2020). A relevância da análise sobre a importância da educação em saúde para as nutrizes sobre aleitamento materno exclusivo como fonte completa de nutrição e saúde para o binômio mãe- bebê é indispensável para aumentar a prevalência do aleitamento materno e combater o desmame precoce. Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre as atividades de educação em saúde para gestantes, puérperas e nutrizes desenvolvidas durante o processo de formação da Residência Multiprofissional produzido a partir da vivência de residentes dos núcleos profissionais de Nutrição e Enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, nos anos de 2020 a 2021. Objetivou-se nesse estudo referir a prática educativa de forma integrada desses referidos núcleos de saúde com relação aos benefícios do leite materno, sua promoção e a prevenção ao desmame precoce na Atenção Primária à Saúde, durante o processo formativo na Residência Multiprofissional. Este trabalho trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, baseado nas ações de fomento para promoção ao aleitamento materno duradouro, durante as consultas de pré-natal e rodas de conversas com as mulheres e seus familiares nos atendimentos cotidianos, com o intuito de realizar o acolhimento qualitativo e humanizado. Diálogos com trocas de conhecimentos e experiências, difundindo as orientações do Ministério da Saúde acerca do aleitamento materno, foram preconizadas visando a emancipação e autocuidado das mulheres durante a fase de amamentação. Foi verificado durante os acompanhamentos, que algumas gestantes e nutrizes avaliadas apresentaram um certo conhecimento sobre o tempo e benefícios do aleitamento materno exclusivo, no entanto, a

falta de segurança e orientação de outras pode apresentar-se como fatores que favorecem o desmame precoce. Assim, percebe-se que a educação em saúde para esse público alvo possibilita o conhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo de forma mais abrangente e pode identificar os principais fatores que interferem nessa fase. Desse modo, faz-se necessário novos estudos sobre a temática para formular ações estratégicas afim que as mães possam amamentar e vivenciar cada etapa desse processo de maneira ampla e irrestrita.

Palavras-chaves: aleitamento materno, educação em saúde, desmame.

Abstract: Breast milk is a nutritious food that gives the newborn unparalleled benefits and should be offered exclusively to the child from birth to six months of age. The nutrients contained in breast milk are sufficient to meet the infant's needs and contribute to its proper growth and development. With the help of various means of communication and information, the various benefits of exclusive breastfeeding for the health of the child, as well as for the health of nursing mothers, have been propagated, but it is still possible to verify the prevalence of early weaning in children and identify social factors correlated with this practice. According to research carried out, Brazil has been showing an exclusive breastfeeding rate among children under four months of age of 60%, those under six months of age of 45.7% and the prevalence of continued breast milk in the first year of life of 53.1 % and 60.9% in children under two years old (UFRJ, 2020). The relevance of the analysis on the importance of health education for nursing mothers on exclusive breastfeeding as a complete source of nutrition and health for the mother-baby binomial is essential to increase the prevalence of breastfeeding and combat early weaning. This work is an experience report on health education activities for pregnant women, puerperal women and nursing mothers developed during the training process of the Multiprofessional Residency produced from the experience of residents of the professional centers of Nutrition and Nursing in a Unit of Family Health in the city of João Pessoa-PB, from 2020 to 2021. The objective

of this study was to refer to the educational practice in an integrated way of these health centers in relation to the benefits of breast milk, its promotion and the prevention of weaning in Primary Health Care, during the training process in the Multiprofessional Residency. This work is a descriptive study with a qualitative approach, based on actions to promote lasting breastfeeding, during prenatal consultations and conversation circles with women and their families in daily care, with the aim of perform qualitative and humanized reception. Dialogues with exchanges of knowledge and experiences, disseminating the guidelines of the Ministry of Health on breastfeeding, were recommended aiming at the emancipation and self-care of women during the breastfeeding phase. It was verified during the follow-ups that some pregnant women and nursing mothers evaluated had some knowledge about the time and benefits of exclusive breastfeeding, however, the lack of safety and guidance from others may present themselves as factors that favor early weaning. Thus, it is clear that health education for this target audience makes it possible to know the benefits of exclusive breastfeeding in a more comprehensive way and can identify the main factors that interfere in this phase. Thus, further studies on the subject are necessary to formulate strategic actions so that mothers can breastfeed and experience each stage of this process in a broad and unrestricted way.

Keywords: breastfeeding, health education, weaning.

Introdução

O leite materno é reconhecidamente um alimento nutritivo que confere ao recém-nascido benefícios inigualáveis e deve ser ofertado de forma exclusiva a criança desde o seu nascimento até seis meses de vida, após esse período poderá ser complementado com outros tipos de alimentos até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015). O leite materno é rico em vitaminas, minerais e imunológicos, contribuindo significativamente para o crescimento e desenvolvimento adequado do bebê, além

de proteger o recém-nascido contra várias doenças e proporcionar outros benefícios materno-infantil (FRANCA, 2021).

Embora a amamentação seja um ato biologicamente possível para a maioria das mulheres, para algumas mães esta prática constitui uma experiência acompanhada de dúvidas, apreensão e dificuldades. Além dos aspectos biológicos do binômio mãe-bebê, o estado emocional, os conhecimentos e o desejo de amamentar da mãe também interferem fundamentalmente no êxito dessa ação, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam a mulher como protagonista na fase de amamentação, apoiando-a durante esse processo (Lima et al., 2019).

Com o auxílio dos vários meios de comunicação e informação têm-se propagado os benefícios inigualáveis do aleitamento materno exclusivo para saúde da criança, assim como para a saúde das nutrizes, através das muitas campanhas, programas e ações voltadas para incentivo e apoio dessa prática como: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (REDEBLH), a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), Programa Rede Cegonha, dentre outras estratégias do Ministério da Saúde que visam o fortalecimento dessa ação. Apesar do contínuo investimento em todos esses Programas e estratégias, ainda é notório em nossa sociedade a prática de inclusão de outros alimentos de forma desnecessária e precoce na dieta dos lactentes.

Segundo Campos (2015), a oferta de líquidos e alimentos ocorre durante o período que as mães consideram está praticando aleitamento materno exclusivo (AME). Sugerindo assim que o conceito de AME ainda não é plenamente compreendido entre as lactantes, o que pode relacionar-se à dificuldade de mantê-lo até os seis meses. Portanto, são necessárias abordagens que originem ambientes propícios de incentivo e proteção ao aleitamento materno durante todo processo gestacional e puerperal, sendo as tecnologias educativas, instrumentos relevantes no empoderamento materno à amamentação (FRANCO et al, 2019).

O presente estudo, justifica-se pelo número significativo de mães que realizam o desmame precoce ou mesmo ao abandono total do aleitamento materno, por falta de orientações sobre a impor-

tância do aleitamento materno exclusivo, assim como a insuficiência do apoio e incentivo por parte dos profissionais de saúde e da família, que participam desse processo durante o acompanhamento do pré-natal e no pós-parto.

Questão norteadora: como a prática educativa da enfermagem e nutrição na Residência Multiprofissional viabiliza o apoio ao aleitamento materno exclusivo para prevenção ao desmame precoce na Atenção Primária à Saúde? A relevância desse trabalho reflete-se numa análise sobre a importância da educação em saúde para as nutrizes sobre aleitamento materno exclusivo como fonte completa de nutrição e saúde, reforçando a indispensável participação dos profissionais de saúde que fazem parte do processo de acompanhamento gestacional e pós-parto como agentes disseminadores dos benefícios do AME, tomando como principal base as recomendações do Ministério da Saúde que visam aumentar a prevalência do aleitamento materno.

Destarte, este estudo tem como objetivo, referir a prática educativa da Enfermagem e Nutrição com relação aos benefícios do leite materno, sua promoção e a prevenção ao desmame precoce durante o processo formador na Residência Multiprofissional.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência das práticas educativas das residentes dos núcleos de Enfermagem e Nutrição, do Curso de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Atenção Básica: Saúde da Família e Comunidade – RMSFC, através de interconsultas e ações de educação em saúde, para gestantes, puérperas e nutrizes, desenvolvidas numa Unidade Integrada de Saúde Familiar (USF), localizada na cidade de João Pessoa/PB, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos de 2020 a 2021. Segundo Minayo (2008), o foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural

e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades.

O relato de experiência das autoras priorizou a metodologia participativa na condução das atividades desenvolvidas, na qual buscou-se adotar condutas educativas e realizar atividades compartilhando conhecimento e experiências ao longo do processo de formação da pós-graduandas durante os atendimentos, consultas, rodas de conversas e Ações do Agosto Dourado. Visando assim incentivar as gestantes, puérperas, lactentes, familiares e a comunidade em geral, no que se refere aos benefícios da amamentação e a importância do aleitamento materno duradouro, como as orientações adequadas da técnica de amamentação, a implementação de métodos intervenção e as ações voltadas para suporte e apoio desse público, no intuito de aumentar o número de crianças menores de dois anos de vida amamentadas na Unidade Básica de Saúde referida.

Resultados e Discussão

Atendimento multiprofissional nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura

As experiências relatadas no atual trabalho foram constituídas partir das consultas compartilhadas na Unidade Básica de Saúde entre as residentes do núcleo de Enfermagem e Nutrição nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Durante os atendimentos, percebeu-se a necessidade da estruturação de consultas padronizadas intensificando aspectos específico com relação a abordagem sobre amamentação, devido a percepção de insegurança, dúvidas e anseios das puérperas e seus familiares com a difusão de mitos a respeito da amamentação e sobre aspectos da possível contaminação e transmissão do Coronavírus- COVID-19 entre mãe-bebê durante o atual período de Pandemia.

As consultas de pré-natal são realizadas com agendamento prévio, com consulta mensal para as gestantes até 28^a semanas de gravidez, quinzenalmente da 28^a a 36^a semanas e semanalmente da 36^a até a 41^a semanas. É importante ressaltar que o pré-natal deve ser iniciado o mais precoce pos-

sível e não existe alta desse período (BRASIL, 2012).

A consulta inicia-se com o cadastro de gestante, a aferição da pressão arterial da paciente, sendo realizada a anamnese e o exame clínico da gestante e são solicitados os exames referentes ao primeiro trimestre da gravidez. Os testes rápidos para detecção de HIV, sífilis, hepatite B e C também são realizados, assim como a verificação das vacinas necessárias nesse período, buscando proporcionar proteção para a gestante e para o feto, viabilizando a possibilidade de atualização do calendário vacinal. Sendo fundamental a integração entre a equipe da sala de vacinação e as demais equipes de saúde, no sentido de evitar perder as oportunidades de vacinação das usuárias gestantes (BRASIL, 2020).

Durante o atendimento a enfermeira orienta as gestantes sobre as consultas subsequentes, ocorrendo de forma intercalada entre enfermeira e nutricionista e o atendimento do médico da equipe, explicando sobre a importância da integralidade e interprofissionalidade nos cuidados em saúde. Segundo Ribeiro et al. 2020, a atuação de profissionais, integrando os trabalhos interdisciplinares intervindo precocemente em problemas que podem comprometer a saúde da gestante e do bebê, produzem consultas mais humanizadas e com maior nível de resolubilidade e integração.

Realiza-se a escuta qualificada com as profissionais para compreender de forma mais ampla sobre o atual momento e seu significado para a gestante, avaliando e exercendo melhor conduta para as principais queixas relacionadas a gestação em cada fase. Na mesma oportunidade são coletados os dados antropométricos da gestante, verificando prováveis alterações, realizando a classificação do estado nutricional pré-gestacional e o atual, segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico constante no cartão da gestante, sendo orientadas sobre o ganho e o controle de peso adequados para idade gestacional. Conforme Sartorelli et al. 2021, o ganho de peso inadequado, abaixo ou acima do esperado, é prejudicial para a saúde da mãe e do bebê podendo aumentar o risco do desenvolvimento de anemia materna, baixo peso ao nascer do bebê, parto prematuro, aborto, hipertensão arterial, diabetes gestacional, retenção de peso pós-parto, entre outras complicações.

Para detectar déficits nutricionais e hábitos inadequados a nutricionista utiliza a ficha de Marcadores de Consumo Alimentar formulada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), avaliando o consumo alimentar e verificação de ajustes alimentares e suplementar com a pretensão de adequar os nutrientes necessários a evitar alterações no estado nutricional, possibilitando um prognóstico favorável à saúde da mãe e filho (ANDRADE et al., 2015).

Em relação aos cuidados em enfermagem realiza-se o exame físico final, com inspeção e palpação, com altura do fundo uterino e batimentos cardíacos fetais. Com base nas informações obtidas cada profissional presta as orientações específicas de sua área de atuação, conforme achados clínicos e a de acordo com a idade gestacional de cada usuária, esclarecendo dúvidas relatadas e as recomendações sobre temáticas que possam gerar dúvidas em relação aos exames necessários para avaliações desenvolvimento da gestação, saúde materna e do feto, expectativas do parto, conhecimentos prévios sobre aleitamento materno, a importância do aleitamento materno exclusivo e seus benefícios para a lactante e o lactente.

Evidências científicas apontam a importância da amamentação para a criança, e a existência de programas e políticas que promovem e apoiam aleitamento materno (AM), contudo, as taxas no Brasil ainda estão abaixo do recomendado e o profissional de saúde exerce um papel fundamental para que ocorra uma mudança desse quadro (BRASIL, 2015).

De acordo com os dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado entre fevereiro de 2019 e março de 2020, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e financiada pelo Ministério da Saúde, o Brasil vem apresentando um índice de amamentação exclusiva entre as crianças menor que quatro meses de 60%, os menores de seis meses de 45,7% e a prevalência do leite materno continuado no primeiro ano de vida de 53, 1% e de 60,9% em menores de dois anos (UFRJ, 2020). Ao analisar esses dados, observa-se uma baixa no valor de 14,3% no índice referente a amamentação exclusiva menor de seis meses ao menor de quatro meses. Percebe-se que é indispensável que o profissional de saúde esteja habilitado para prestar a assistência necessária para apoiar a

mulher no processo da amamentação, desde a primeira consulta do pré-natal até o ato da amamentação na prática de forma segura e satisfatória (FALSETT; SANTOS; VASCONCELLOS, 2019).

Nos primeiros 7 dias pós-parto é realizado a visita domiciliar puerperal com enfermeira da equipe, o agente de saúde e as residentes de enfermagem e nutrição, com o objetivo de avaliar o estado geral de saúde do binômio mãe e recém-nascido, acolhimento e escuta a essa mulher, instigar apoio familiar, orientar aos cuidados com o recém-nascido, assim como, orientar sobre amamentação.

Nesse período observa-se que mesmo com as orientações realizadas nas consultas de pré-natal, juntamente com o esclarecimento das dúvidas das gestantes acerca da amamentação, é perceptível que muitas lactantes apresentam dificuldades na amamentação, como o surgimento de fissura nos mamilos ocasionadas pela pega incorreta. As lesões mamilares são muito dolorosas além de ser a porta de entrada para bactérias. O ingurgitamento mamário, assim como a mastite quando tratada de forma inadequada pode levar ao aparecimento de abscesso mamário, o que irá prejudicar igualmente a amamentação (LOPEZ; JUNIOR, 2017). Sendo a intervenção profissional precoce necessária para amenizar a insegurança materna e estimular seus familiares para apoiá-la no momento da amamentação.

Em relação as consultas de puericultura, essas ocorrem conforme agendamento seguindo a recomendação do Ministério da Saúde, programando-se sete consultas no primeiro ano de vida, sendo elas: na 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês. Além dessas, têm-se duas consultas no segundo ano ao 18º e 24º mês e a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próxima ao mês do aniversário da criança. Contudo, é relevante considerar que ao agendar das consultas deve-se respeitar a particularidade de cada criança, de acordo com sua vulnerabilidade, contexto familiar e necessidades individuais (BRASIL, 2012).

Referente a interconsulta de puericultura, realiza-se a avaliação e aferição e coleta dos dados antropométricos da criança como o peso, estatura, índice de massa corpórea, perímetro cefálico, o exame físico, a avaliação neuropsicomotora, a avaliação do cartão de vacina e a relação da criança com a mãe/família. São registradas as medidas e preenchidos os gráficos de crescimento, que é um

instrumento de vigilância do desenvolvimento, dentre outras informações importantes relacionadas à saúde da criança, realizando as orientações enfatizando a importância do leite materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, e a introdução alimentar adequada para idade.

É relevante o conhecimento das nutrízes que o AME ocorre quando a criança recebe somente leite materno, sem receber nenhum outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, complementos minerais ou medicamento prescrito (FURTADO; ASSIS, 2018). Quando as puérperas não são orientadas sobre isso pode ocorrer na interrupção precoce do AME e a introdução de outros alimentos à dieta da criança, desencadeando consequências importantes para a saúde da criança, como a exposição a agentes infecciosos, contato com proteínas estranhas (VISITIN et al., 2015). Dessa forma o trabalho integrado das profissionais residentes em saúde dentro de suas especificidades tem um papel significativo no reforço das referidas informações às puérperas e familiares, contribuindo para o aleitamento materno duradouro e seus benefícios ao binômio mãe-filho.

Ação de promoção do Aleitamento Materno Exclusivo – Agosto Dourado.

O aleitamento materno é uma questão de saúde pública e visando sua proteção e incentivo, durante o mês de agosto acontece a campanha Agosto Dourado, que tem como propósito intensificar as ações para promoção e apoio ao aleitamento materno e a difusão da sua qualidade alimentar padrão ouro para a saúde da criança.

Com a pretensão de viabilizar estas ações foram elaboradas pelas residentes de enfermagem e nutrição, juntamente com toda a equipe da USF as programações estratégicas para celebrar e fortalecer essa prática. A escolha do método para trabalhar com o grupo de participantes foi a roda de conversa, pois, segundo Melo (2016), sua utilização, possibilita um vínculo com diálogo horizontal entre os profissionais e os usuários, para desenvolver as atividades de promoção em saúde promovendo o aprendizado de forma mútua.

A ação foi desenvolvida com um grupo de 20 (vinte) gestantes e nutrizes que fazem acompanhamento na Unidade de Saúde, com alguns de seus familiares, durante o turno tarde, no mês de agosto dos anos 2020 e 2021. Foi reservado dentro da própria Unidade, um espaço amplo e ventilado, seguindo os protocolos de uso de máscaras e distanciamento necessário recomendado, em decorrência da atual situação de pandemia de Coronavírus, visando a segurança e preservação da saúde dos participantes.

Inicialmente, com o objetivo de esclarecer e orientar acerca dos assuntos que envolvem o aleitamento materno, foram abordando com as participantes as seguintes temáticas: a importância do aleitamento materno exclusivo e suas vantagens para saúde da nutriz e do bebê, o aleitamento em livre demanda, como realizar a ordenha e o armazenamento adequado do leite materno. Também foram discutidos outros assuntos como os prejuízos da pega incorreta, ingurgitamento, mastite, e sobre os riscos e danos causados à criança pela oferta de leites artificiais, bicos e chupetas e outros fatores que podem influenciar o desmame precoce. De acordo com Oliveira et al. 2017, o desmame precoce tem sido atribuído ao desconhecimento das mães sobre as vantagens e importância do aleitamento materno, levando a inclusão de outros alimentos antes dos seis meses de vida da criança.

Logo após foi realizada uma dinâmica sobre os mitos e verdades sobre a amamentação, com perguntas indagadas as usuárias, e na oportunidade elas questionavam sobre suas dúvidas acerca da temática e relatavam as suas próprias experiências. Também foi ressaltada a importância de continuar amamentando com as devidas precauções, em caso de suspeita ou detecção de infecção de COVID-19 das nutrizes e a inclusão delas no grupo prioritário da campanha de vacinação contra o vírus e sobre a amamentação após a vacinação, por ser considerada uma das melhores maneiras de proteger sua criança de doenças e ajudá-la a se manter saudável (BRASIL, 2020).

Em seguida foi realizada uma atividade demonstrativa com mamas artificiais e bonecos protagonistas de uma cena de ingurgitamento mamário e as principais técnicas de amamentação, bem como foram distribuídos panfletos contendo informações objetivas a respeito das fases do aleitamen-

to. Finalizando a ação houve a distribuição de lanche e realizado o sorteio de brindes entre as gestantes e nutrízes participantes.

Foi observado que a maior parte das mulheres que estavam presentes compreenderam a importância do AME, porém, demonstraram muita preocupação no que diz respeito ao retorno ao mercado de trabalho, com dúvidas sobre a ordenha, armazenamento, oferta do leite materno e a dificuldade do apoio familiar. Segundo Neri et. al., 2019, o retorno das mães ao trabalho e a insegurança de achar que o leite é fraco e não sustenta a criança são problemas frequentes, assim sendo foi possível durante os eventos repassar informações sobre direitos de saúde, sociais e trabalhistas a mulher que amamenta, assim como outras informações pertinentes que geram mais segurança as mulheres participantes.

Os pontos positivos em relação as ações realizadas nos anos supracitados é que todas os participantes permaneceram até o final dos eventos e houve interação constante em todas as atividades propostas. Já em relação ao ponto negativo é que os grupos participantes dos eventos foram realizado com o número de participantes de forma reduzida, os dois anos consecutivos devido à Pandemia COVID-19.

Conclusão

As atividades desenvolvidas neste cenário de prática da residência multiprofissional, tem valor significativo no processo de formação, promovendo as trocas de saberes nas interconsultas, discussão de caso, assistência humanizada e integral ao usuário.

As ações de educação em saúde através da roda de conversa, trouxeram boas experiências com a população, favorecendo o envolvimento, colaboração e o vínculo entre os profissionais e usuários, visto que os mesmos realizaram boas avaliações e solicitaram mais momentos como esses.

Dessa forma, conclui-se que a educação em saúde para esse público alvo possibilita conhecimento dos benefícios do aleitamento materno exclusivo e a identificação de fatores que podem inter-

ferir nessa fase, contribuindo para tomada de novas medidas no atendimento de saúde das gestantes e puérperas visando o fortalecimento dessa prática. Fazendo-se necessário novos estudos sobre a temática para formular ações estratégicas afim que as mães possam amamentar e vivenciar cada etapa do aleitamento de maneira ampla e irrestrita.

Referências

ANDRADE, B.D. et al. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora, Rev. Med. Minas Gerais. 2015; 25(3): 344-352.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Perguntas Frequentes – Amamentação e COVID-19. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-aleitamento-materno-orientacoes-da-sbp-e-rblh/>. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, A. M. de S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, p. 283-290, mar./abr., 2015.

FALSETT, C. F.; SANTOS, I. M. M.; VASCOCELLOS, A. M. Fatores que Interferem no Processo de Aleitamento Materno de Crianças com Necessidades de Saúde Variadas: Contribuições Para a Enfermagem. *Rev Fund. Care Online*. 2019. out./dez.; 11(5):1278-1285.

FRANCA, L.O. ALEITAMENTO MATERNO: técnica do copinho. *Revista Gets, Porto Alegre*, v. 4 p. 83-105, 14 jul. 2021. Disponível em: <https://ojs3x.gets.science/index.php/getts/article/view/79/84>. Acesso em: 10 set. 2021.

FRANCO, M. S. et al. Tecnologia educacional para empoderamento materno na autoeficácia em amamentar. *Rev. Enferm. UFPE on-line*. v.13, p. 1-8. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240857>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FURTADO, L. C. R.; ASSIS, T. R. Diferentes fatores que influenciam na decisão e na duração do aleitamento materno: Uma revisão da literatura. *Movimenta*, 5(4), 303-312, 2018.

LIMA, S. et al. Percepção de mulheres quanto à prática do aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(1), 248-254. 2019.

LOPEZ, F. A.; JUNIOR, D. C. *Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria*. Manole, 2017.

MELO, R.H.V. et al. Roda de Conversa: uma articulação solidária entre ensino, serviço e comuni-

dade. Revista Brasileira de Educação Médica, [s. l], v. 4, n. 2, p. 301-309, jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/wXYsRxQW4cpN69zmNpqDbSg/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MINAYO M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2008.

NERI, V.F., ALVES, A.L.L., GUIMARÃES, L.C. Prevalência de desmame precoce e fatores relacionados em crianças do Distrito Federal e entorno. REVISA. 2019; 8(4): 451-9. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/450> . Acesso em: 28 dez. 2021.

OLIVEIRA, A.K.P. de. et al. Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. Rev Av Enferm. 2017 Dec; 35(3): 303-312. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n3/0121-4500-aven-35-03-00303.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2021.

RIBEIRO, K. et al. Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, p. 59458-59468, ago., 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/15198/12537> Acesso em: 26 dez. 2021.

SARTORELLI, D. S. et al. Promoção de alimentação saudável e ganho de peso adequado na gestação. Guia para profissionais da atenção básica. Universidade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo-2021. Disponível em <https://drive.google.com/file/d/1Wy5IAfrU66n3O9EK9vskpJZpIrrMrBj3o/view>. Acesso em: 26 dez. 2021.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil

–ENANI-2019: Resultados preliminares –Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020.

VISITIN, A.B. et al. Avaliação do Conhecimento de Puérperas Acerca da Amamentação. Rev. Enferm. Foco, vol. 6, n. 4, p. 12-16, 2015. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/570/0>. Acesso em: 28 dez. 2021.

Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português

e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceite ou aceite com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento

Índice Remissivo



A

Atendimento

página 35

página 114

página 116

página 118

página 163

D

Dor

página 26

página 30

página 69

página 116

E

Educação

página 124

página 146

S

Saúde

página 76

página 78

página 99

página 108

página 138

P

Pessoas

página 79

página 80

página 81

Desse modo, em tempos que a produção científica requer cada vez mais qualidade e amplitude de abertura para diversos leitores se apropriarem dos estudos acadêmicos, criamos essa seção com o objetivo de metodologicamente democratizar o estudo, pesquisa e ensino nas áreas das ciências da saúde. Esse volume IX reúne diversos artigos rigorosamente avaliados e de extrema credibilidade científica e acadêmica para a sociedade. Desejamos que todos os leitores que façam um excelente proveito para aprofundamento teórico e crescimento pessoal por meio dos estudos publicados.

