



11°

congresso de pesquisa, ensino e extensão

conpeex



ANAIS DO XI CONPEEX

Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão
Universidade Federal de Goiás

**Conhecimento, Inclusão Social
e Desenvolvimento**

3 a 5 de novembro de 2014

PET SAÚDE

ÍNDICE DE ALUNOS

Aluno	Trabalho
AMANDA DE OLIVEIRA PONCE	PET-SAÚDE/RAS: CONTRIBUINDO PARA A PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA NO CSF VILLE DE FRANCE
ARIANE TAFNES FERREIRA DE MELO	INFLUENCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERDIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA
CAROLINA OLIVEIRA DE JESUS	PLANO DE CONTINGÊNCIA DA DENGUE EM GOIÂNIA 2012/2013: APLICAÇÃO E RESULTADOS
CIBELE SOUTO DE PAIVA	PET SAÚDE MENTAL UFG PROMOVENDO EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA “VAMOS CONVERSAR SOBRE O BOSQUE? DIZ AÍ!”
FRANCYNE SANTOS DA ROCHA DO NASCIMENTO RIBEIRO	AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA PET-SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
GABRIELLA DE FIGUEIREDO RODRIGUES	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA – CONHECER PARA MELHORAR
GUSTAVO SANTANA DE LIMA	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REDE HOSPITALAR DE GOIÂNIA – GO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO
LETÍCIA TAVARES DE SOUZA	PET-SAÚDE CONTRIBUINDO PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
LUMA LAIANE DE OLIVEIRA	AVALIAÇÃO DO PET-SAÚDE NO ESTÁGIO COMUNITÁRIO NA PERSPECTIVA DO PRECEPTOR: UM PROGRAMA DE ENSINO À DISTÂNCIA
MAYARA GUIMARÃES SANTOS	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS (EAPV) NOTIFICADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA - GOIÁS

Aluno	Trabalho
MAY SOCORRO MARTINEZ AFONSO	MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA: TENDÊNCIAS NO PERÍODO DE 2003 A 2013 E EVOLUÇÃO DOS GRUPOS DE PRINCIPAIS CAUSAS
RODOLPHO LEMES DE OLIVEIRA	PERFIL DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL INTERNADO NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA
VITTÓRIA BRAZ DE OLIVEIRA ALVES	A REALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA NA VIVÊNCIA DAS ATIVIDADES DO PET- RAS CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA
VIVIANE BORGES GOMES DE MORAIS ALVES	CUIDADOS NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: ESTUDO DE CASO DE UMA AÇÃO MULTIDISCIPLINAR APOIADA PELO PET-SAÚDE
YAN MORAES DE BRITTO	PERFIL DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT) EM GOIÂNIA NO ANO DE 2012
YARLLA LOYANE LIRA BRAGA	PET SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

PET-SAÚDE/RAS: CONTRIBUINDO PARA A PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE BOCA NO CSF VILLE DE FRANCE

Amanda de Oliveira PONCE; Cilas Borges VIEIRA-NETO; Guilherme Miranda ANDRADE; Guilherme Tolentino SOUSA; Kelly Cristina Miranda ESTRELA; Lohainy Santos MENDONÇA; Vanessa MILANI; Newillames Gonçalves NERY; Rejane Faria RIBEIRO-ROTTA; Nádia do Lago COSTA

Universidade Federal de Goiás - Faculdade de Odontologia

Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

nadialago@hotmail.com

Palavras-chave: Câncer de Boca; Matriciamento; Rastreamento; PET-Saúde

Justificativa / Base Teórica

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) é um programa criado pelos Ministérios da Saúde e Educação destinado a contribuir com o processo de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Este programa trabalha com a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS e tem contribuído com a construção de um modelo de atenção integral, humanizado e voltado à Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Universidade Federal de Goiás (UFG), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde de Goiânia (SMS-Goiânia) e de São Luiz, apresenta uma trajetória de experiências exitosas na execução dos vários projetos PRO/PET-SAÚDE. O primeiro edital aprovado foi em 2008 com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET/Saúde e desde então, vem participando com propostas nos demais editais PET-Saúde.

Em 2013, dando continuidade a essas experiências exitosas e buscando ampliar o propósito das intervenções, foi elaborado Projeto “PET/Saúde Redes de Atenção à Saúde (RAS) 2013/2015”, voltado para o fortalecimento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Urgência e Emergência. Este projeto envolve alguns subprojetos, desenvolvidos por grupos tutoriais, dentre os quais está o PET-Saúde/RAS - Rede de Atenção às Pessoas com Doenças

Crônicas com Ênfase no Câncer de Boca, destacado neste relato (PET-Saúde/RAS – Câncer de Boca).

O câncer é responsável por 12% de todas as causas de óbito no mundo e sua incidência vem crescendo mundialmente com o aumento da expectativa de vida da população tornando-se um problema de saúde pública (INCA 2011). No Brasil, o câncer de boca representa 2% de todas as neoplasias malignas, com alto índice de morbidade e mortalidade (INCA 2011). É a quinta neoplasia maligna mais frequente entre os homens e a décima primeira entre as mulheres (INCA, 2011). O tabagismo, etilismo e HPV compreendem os principais fatores de risco associados ao câncer de cavidade oral e orofaringe (MASSANO et al., 2006; SIEBERS et al., 2008), enquanto o principal grupo de risco para o câncer de lábio são as pessoas que apresentam pele clara com história de exposição crônica aos raios solares (VAN DER WAAL, 2010).

Apesar de sua localização ser de fácil visualização, a lesão indolor leva a uma demora na busca por um profissional e a grande parte das lesões são diagnosticadas com aproximadamente 1,5 cm, levando a uma diminuição na média de sobrevida desses pacientes (ROJAS et al., 2005).

No estado de Goiás, outro importante fator que contribui com a demora no diagnóstico e tratamento desses pacientes é a abordagem fragmentada para os pacientes com câncer de boca, tendo como consequência o diagnóstico precoce deficiente, dificuldade de acesso ao tratamento, aumento dos casos tratados em estágios avançados da doença e dos tratamentos mutilantes de alto custo, dados epidemiológicos estimados e deficiência na qualidade e número das pesquisas. Dentre os fatores responsáveis por este panorama está a falta de sistematização para o diagnóstico precoce de lesões bucais potencialmente malignas e malignas, a deficiência da educação permanente e continuada de profissionais e da população e falta de políticas apropriadas.

Dentre as iniciativas desenvolvidas para a mudança desse cenário destaca-se a recente aproximação entre aqueles que atuam no diagnóstico, prevenção e tratamento do câncer de boca, realizada pelo Ministério Público do Estado de Goiás, que culminou na indução da estruturação de um projeto intitulado “Rastreamento e matriciamento do câncer de boca em Goiás”, envolvendo a Faculdade de Odontologia / Centro Goiano de Doenças da Boca da Universidade

Federal de Goiás (CGDB-FO-UFG), Gerência de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde, a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o Setor de odontologia do Hospital Araújo Jorge/Associação de Combate ao Câncer em Goiás.

O Projeto “Rastreamento e Matriciamento do Câncer de Boca em Goiás” tem por objetivo realizar ações de promoção e prevenção em saúde na população vulnerável para o câncer de boca (pessoas com ≤ 40 anos, tabagistas, etilistas, história de DST e exposição crônica ao sol) do estado de Goiás, com vistas na educação permanente em saúde e otimização da acessibilidade ao tratamento. Além de qualificar profissionais e desenvolver ações de educação permanente em saúde junto à equipe de saúde bucal da rede pública e à população dos diferentes municípios do estado de Goiás, no contexto do diagnóstico precoce do câncer de boca.

O projeto PET-SAÚDE/REDES-2013 possibilitou a implantação do piloto do projeto acima mencionado no Distrito Sanitário Leste de Goiânia e servirá de modelo para extensão do projeto para o estado de Goiás.

Objetivos

- **Geral:** Relatar a experiência vivenciada durante o desenvolvimento das atividades do projeto PET-Saúde/RAS – Câncer Bucal no Centro de Saúde da Família Ville de France do município de Goiânia-GO.
- **Específicos:**
 - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde na população vulnerável para o câncer de boca assistida pelo CSF Ville de France;
 - Realizar ações com vistas na educação permanente em saúde e otimização da acessibilidade ao tratamento;
 - Relatar as atividades desenvolvidas pelos estagiários e preceptores durante a execução do projeto;
 - Apresentar os dados coletados durante a execução do projeto referente à população vulnerável.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas durante a execução do projeto PET-Saúde/RAS – Câncer de Boca no Centro de Saúde da Família Ville de France do município de Goiânia-GO entre o período de agosto/2013

a agosto/2014. O grupo é composto por um preceptor e 7 acadêmicos que atuam em rotativa da unidade.

Foram realizadas diversas ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do Câncer de Boca. Os usuários da unidade foram envolvidos nas atividades, tanto na sala de espera, como em ações programadas no auditório. Foram utilizados como recursos educativos cartazes, folders, e macromodelos, com exposição dialogada do tema em abordagens individuais ou coletivas. Visitas domiciliares também foram estratégias de atuação, além de ações coletivas na escola.

Adicionalmente, os usuários foram convidados a realizar uma avaliação, na qual se submeteram ao exame das mucosas oral e preenchimento do mapa de vulnerabilidade que continha as seguintes informações: dados pessoais, idade, tabagismo, etilismo, história de doenças sexualmente transmissíveis (DST), história de exposição crônica ao sol, presença de lesão, necessidade de referência, diagnóstico histopatológico.

Foram realizadas, também, atividades de educação permanente envolvendo profissionais de saúde da SMS, alunos e população.

Resultados e Discussão

O projeto encontra-se em andamento, mas os resultados preliminares têm demonstrado que a comunidade tem se beneficiado em vários aspectos com as atividades: as pessoas foram informadas sobre a doença, seus sinais e sintomas e fatores de risco, assim como sobre as formas de prevenção e diagnóstico precoce, com destaque para o autoexame bucal e acompanhamento semestral pelo cirurgião-dentista.

Durante o atendimento odontológico para avaliação da cavidade oral, todos os pacientes que foram identificados com lesões orais, suspeitas ou não, foram encaminhados ao Centro de Referência Odontológica do CAIS Novo Mundo Odontológicas para procedimentos específicos de diagnóstico, bem como terapêutica adequada.

Foram examinados e cadastrados um total de 136 pacientes sendo 95 mulheres (68,85%) e 41 homens (30,14%). Dentro dos fatores de vulnerabilidades analisados observou-se que 99 eram pessoas acima de 40 anos, 39 apresentaram

história de exposição crônica ao sol, 36 eram fumantes, 37 consumiam bebidas alcoólicas e 9 apresentavam histórico de DST.

Com relação a presença de lesões, observou-se que 25 apresentavam outros tipos de lesões e 4 lesões potencialmente malignas. Não foram identificados pacientes com presença de lesões malignas.

Conclusões

Conclui-se que as atividades desenvolvidas pelo Grupo Tutorial PET-Saúde/RAS - Câncer Bucal no CSF Ville de France, em tão pouco tempo, já produziu benefícios importantes à comunidade local. Ao realizar ações de Promoção da Saúde, o grupo tutorial contribui para a ampliação de conhecimentos (dos profissionais, dos acadêmicos, e da população) sobre a prevenção do câncer bucal, bem como possibilita o acesso ao exame bucal, ao diagnóstico precoce, e consequentemente, ao tratamento com melhor prognóstico.

Referências Bibliográficas

- 1-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria Conjunta Nº 2, de 3 de Março De 2010. Brasília, 2010.
- 2-INCA – Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, c2014. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 28 jun. 2014.
- 3-MASSANO J, REGATEIRO FS, JANUÁRIO G, et al. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod; 102: 67-76., 2006
- 4-ROJAS IG, SPENCER ML, MARTÍNEZ A et al. Characterization of mast cell subpopulations in lip cancer. J Oral Pathol Med. 34(5):268-73. 2005 May.
- 5-SIEBERS TJ, MERKX MA, SLOOTWEG PJ, MELCHERS WJ, et al. No high-risk HPV detected in SCC of the oral tongue in the absolute absence of tobacco and alcohol—a case study of seven patients. Oral and Maxillofacial Surgery; 12:185–88. 2008
- 6-VAN DER WAAL I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; present concepts of management. Oral Oncol; 46:423-5. 2010

Fontes de Financiamento

Ministério da Educação

INFLUENCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS PRÁTICAS DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES DO PROGRAMA HIPERDIA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA

Ariane Tafnes Ferreira de MELO¹; Carlos Henrique SOUZA¹; Denise Alves e Sousa LACERDA¹; Izabella Maria Franco Urzeda FERRO¹; Estelia Auxiliadora de Oliveira CARVALHO¹; Regiane Christine da SILVA²; Karoline Santana SILVA²; Fabíola Yukie YONEDA²; Dione Marçal LIMA³

¹ Acadêmicos da Universidade Federal de Goiás, Bolsistas do PET-Saúde no Grupo Tutorial de Promoção e Vigilância da Saúde - Amendoeiras/Aroeiras - ariane_tafnes@hotmail.com carlosouzah@gmail.com;

² Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia, Preceptoras PET-Saúde no Grupo Tutorial de Promoção e Vigilância da Saúde - Amendoeiras/Aroeiras - regianechristine@yahoo.com.br karolss@gmail.com / fabiola.yoneda@hotmail.com

³ Professora da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás, Tutora PET-Saúde no Grupo Tutorial de Promoção e Vigilância da Saúde - Amendoeiras/Aroeiras - dione.farmacia@gmail.com

Palavras chave: educação em saúde; estilo de vida; HiperDia

JUSTIFICATIVA/ BASE TEÓRICA

A promoção da saúde pode ser entendida como estratégia para o enfrentamento de problemas que atingem a saúde da população, levando-se em consideração a concepção amplificada do processo saúde-doença-cuidado e os diversos fatores determinantes (LOPES et al., 2013).

O trabalho educativo em grupo apresenta-se como uma valiosa alternativa para desenvolver promoção da saúde em indivíduos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), permitindo aprofundar em discussões que ampliem o conhecimento do paciente sobre sua saúde, possibilitando maior autonomia, prevenção de complicações e melhor qualidade de vida (SANTOS, 2008; MIRANZI, 2008).

O controle das DCNT representa hoje um grande desafio a saúde pública no Brasil e no Mundo. Dentre as DCNT mais frequentes estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM), onde modificações no estilo de vida representam uma ferramenta importante para o controle da doenças e prevenção de outros eventos associados (ACHUTTI, 2004; DUNCAN et al., 2012).

Este trabalho teve por objetivo caracterizar o perfil dos pacientes cadastrados no programa HiperDia de uma Unidade de Saúde da Família do município de Goiânia e avaliar a influência das orientações recebidas no grupo de educação em saúde em

relação às mudanças de estilo de vida consideradas importantes para o controle de HAS e DM.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter prospectivo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Goiânia - GO, onde foram desenvolvidas as atividades do PET-Saúde.

A amostra foi caracterizada pela formação de dois grupos de estudo, a saber participantes do grupo de educação em saúde (G1) e não participantes do grupo de educação em saúde (G2), todos cadastrados na Ficha B do Programa HiperDia. Para a constituição de G1 foram incluídos pacientes, identificados nos registros internos da Unidade, com participação mínima de 50% nas reuniões do grupo de educação em saúde ocorridas no período de junho de 2012 a outubro de 2013, somando 24 usuários. Entretanto, apenas 22 usuários aceitaram participar da pesquisa. Para a constituição de G2 foram incluídos pacientes que não participaram de nenhuma das reuniões de educação em saúde oferecidas ao grupo HiperDia da Unidade. Neste caso foram selecionados aleatoriamente 30 pacientes constantes dos registros internos da Unidade, sendo que apenas 24 aceitaram participar da pesquisa.

Para avaliação das variáveis estudadas, considerou-se como tabagista o indivíduo que fumou pelo menos 100 cigarros na vida e que atualmente fuma pelo menos um cigarro ao dia (SBPT, 2008). Para etilista foi considerado não, para o indivíduo que não consome bebida alcoólica e sim para os que consomem ocasionalmente ou regularmente. Considerou-se sedentário o usuário que não pratica nenhum tipo de atividade física ou pratica atividade aeróbica menos de 30 minutos por dia, 3 vezes/semana (SBC, 2010). Para verificação do Índice de Massa Corporal (IMC) adotou-se como critérios diagnósticos em idosos: para baixo peso valores $<23 \text{ kg/m}^2$; para eutrófico de $23\text{-}28 \text{ kg/m}^2$; para sobrepeso $28\text{-}30 \text{ kg/m}^2$; e para obesidade $>30 \text{ kg/m}^2$ (GOÉS; SIMÕES, 2010).

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

Os resultados descritos na tabela 1 mostram a caracterização socioeconômica da população estudada.

TABELA 01 – Caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa de uma Unidade Básica de Saúde da família do município de Goiânia.

VARIÁVEIS		G1 (n=22)		G2(n=24)	
		n	%	n	%
Gênero	Feminino	15	68,20%	13	54,17%
	Masculino	07	31,80%	11	45,83%
Faixa Etária	30-39 anos	01	4,54%	-	-
	40-49 anos	01	4,54%	02	8,34%
	50-59 anos	03	13,64%	04	16,66%
	> 60 anos	17	77,18%	18	75%
Situação Laboral	Empregado	01	4,54%	03	12,50%
	Desempregado	-	-	03	12,50%
	Autônomo	03	13,64%	02	8,34%
	Aposentado	12	54,54%	10	41,66%
	Do Lar	06	27,28%	06	25,00%
Nível de Instrução	De 0 a 4 anos	14	63,63%	14	58,33%
	De 5 a 8 anos	06	27,28%	06	25,00%
	De 9 a 12 anos	02	9,09%	04	16,67%

Houve maior quantidade de participantes do sexo feminino, com 68,20% em G1 e 54,17% em G2. Resultados semelhantes são relatados na literatura, pois comumente a população feminina apresenta maior preocupação com sua saúde e consequentemente procura mais pelos serviços de saúde (LIMA, 2011).

Mais de 75% dos participantes incluídos nos dois grupos de estudo foram representados por idosos (>60 anos), declarados como aposentados ou do Lar. A constatação de que indivíduos na idade avançada tendem a apresentarem alterações fisiológicas que comumente culmina com aparecimento de DCNT justifica o predomínio encontrado neste estudo (OLIVEIRA et al; 2011).

O nível de instrução de 0 a 4 anos de estudo foi o de maior índice, sendo encontrado 63,63% em G1 e 58,33% em G2. Não foram realizadas análises que possam demonstrar a influência do grau de instrução dos participantes e sua conduta quanto a adesão as medidas de orientações relacionadas ao estilo de vida. No entanto, alguns estudos relatam que o grau de instrução possa interferir na compreensão por parte destes pacientes as orientações comumente recebidas nas atividades de educação em saúde (OLIVEIRA et al; 2011).

Na tabela 2 podem ser observadas o comportamento dos participantes do estudo em relação ao estilo de vida.

TABELA 02 – Caracterização do estilo de vida dos usuários cadastrados no HiperDia de uma unidade básica de saúde do município de Goiânia.

Variáveis		G1 (n=22)		G2 (n=24)	
		n	%	n	%
Sedentarismo	Sim	15	68,20%	16	66,67%
	Não	07	31,80%	08	33,33%
Etilista	Sim	03	13,64%	09	37,50%
	Não	19	86,36%	15	62,50%
Tabagista	Sim	01	4,54%	05	20,83%
	Não	21	95,46%	19	79,17%
IMC*	Baixo peso	02	11,76%	02	11,11%
	Normal	08	47,06%	09	50,00%
	Sobrepeso/ Obesidade	07	41,18%	07	38,89%

*IMC considerado apenas para os idosos (> 60 anos) por serem maioria do estudo.

A maioria da população estudada foi considerada sedentária, sendo 68,20% dos pacientes do G1 e 66,67% do G2. Os altos índices de sedentarismo encontrados especialmente no G1 demonstram o pouco conhecimento absorvido e, respectivamente, a dificuldade dos pacientes de serem influenciados pelos benefícios da prática de atividade física no controle da hipertensão e do diabetes. Reforçando a importância de adotar e repensar estratégias educativas que possam ser capazes de influenciar os pacientes (CARVALHO, 2012).

A maior quantidade de etilistas encontrou-se em G2 (37,50%). Da mesma forma ocorreu com a variável de tabagismo, em que 20,83% dos usuários de G2 se declararam tabagistas. Comportamentos semelhantes foram observados em outro estudo, demonstrando que atitudes de proteção à saúde associadas a medidas de controle de HAS e DM como a redução do consumo de bebidas alcoólicas e combate ao tabagismo são bem aceitas no manejo das DCNT, por serem melhor identificadas por parte dos pacientes como prontamente prejudiciais a sua saúde (GIROTTI, 2013).

O sobrepeso ou obesidade foi constatada em 41,18% dos idosos do G1 e 38,89% do G2. A redução do peso corporal entre pacientes portadores de DNCT idosos representam um desafio, uma vez que normalmente nesta faixa etária podem apresentar restrição de atividade física por osteoartrose, déficit de visão ou de equilíbrio, isolamento social e outros fatores. A restrição de atividade física e a tendência à ingestão de alimentos de fácil mastigação com maior valor calórico facilitam o aumento de peso (GRAVINA, 2010).

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que as ações de educação em saúde realizadas junto aos pacientes dos HiperDia ainda não foram capazes de influenciar mudanças expressivas no estilo de vida. Sugerindo que talvez seja necessário reavaliar estratégias e metodologias empregadas junto a estes grupos no dia a dia das Unidade de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças Crônicas Não-Transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- CARVALHO, A. L. M., et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.
- DUNCAN, B.B., et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. Vol.46, suppl.1. São Paulo, Dec. 2012.
- GRAVINA CF, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría. **Arq Bras Cardiol** v. 95, n.3 – suppl. 2, p. 1-112. 2010
- GIROTTTO, E.; et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da Hipertensão Arterial. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 18, n. 6, p. 1763-1772. 2013.
- GOÉS, D.; SIMÕES, R. Capítulo 4 – Avaliação nutricional em idosos, In **Apostila de Avaliação Nutricional**, NUT/UFS. 2010.
- LIMA, L.M.; et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 32, n. 2. Porto Alegre, Junho, 2011.
- LOPES, M.S.V., et al. Promoção da saúde na percepção de profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Rene**, v. 14, n. 1, p. 60-70, 2013.
- MIRANZI, S.S.C., et al. Qualidade de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão Acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, Out-Dez 2008.
- OLIVEIRA, E.A.F., et al. Significado dos grupos educativos de Hipertensão Arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. APS**. v 14, n 3, p 319-326. Jul/Set 2011.
- SANTOS, Z.M.S.A., et al. Ações educativas na prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 60-68, jan/mar 2008.
- SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Card**. v. 95, supl 1, p. 1-51. 2010.
- SBPT – Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

PLANO DE CONTIGÊNCIA DA DENGUE EM GOIÂNIA 2012/2013: APLICAÇÃO E RESULTADOS

Carolina Oliveira de JESUS

Faculdade de Medicina/UFG

carolina.oj@hotmail.com

Mirlene Guedes de LIMA

Secretaria Municipal de Saúde / Goiânia

mirleneg_19@hotmail.com

Valéria Alves Pereira da SILVA

Faculdade de Enfermagem/UFG

valeria.alves28@gmail.com

Thais Vilela de SOUSA

Faculdade de Enfermagem/UFG

thais.fen@hotmail.com

Laidilce Telles ZATTA

Preceptora Secretaria Municipal de Saúde

laidteles@hotmail.com

Vanuza Maria ROSA

Faculdade de Medicina/UFG

vanuzamariarosa@gmail.com

Jacqueline Andréia Bernardes Leão CORDEIRO

Tutora programa PET-Saúde

jackbl@uol.com.br

Palavras-chave: Acesso, dengue, indicadores de saúde, usuário.

Justificativa / Base teórica:

A dengue por sua incidência e também pela morbimortalidade é hoje, no Brasil e no mundo, um problema de saúde pública. Essa situação existe a despeito das maneiras eficazes de prevenção e controle, as quais não são aplicadas de modo adequado. Está presente principalmente em países tropicais, cujas condições sócio ambientais favorecem a proliferação do seu principal vetor, *Aedes aegypti* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde, a expansão rápida do mosquito *Aedes aegypti* no país, está relacionada, em grande parte, pelo processo de urbanização brasileiro, de complexos aglomerados urbanos nas periferias das cidades, problemas graves de abastecimento de água e coleta de lixo, produção excessiva de materiais não biodegradáveis (plásticos, vidros, entre outros) e pelas mudanças climáticas que alteram o regime de chuvas e a temperatura ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além dessas condições, outros fatores influenciaram na expansão tais como, índice de analfabetismo, a falta de mobilização da população ou a ineficiência das informações sobre a dengue. Assim, medidas de assistência e vigilância em momentos oportunos são fundamentais para a redução da morbimortalidade por dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os profissionais da atenção básica têm como atribuições, dentre outras, realizar a Vigilância em Saúde da população da sua área de abrangência, com foco na família. Portanto, têm a responsabilidade de desenvolver ações educativas na comunidade buscando a erradicação dos focos domiciliares do vetor e realizar notificação compulsória de casos suspeitos de dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Objetivos:

O presente trabalho pretende discutir o plano de contingência da dengue aplicado nos anos de 2012 a 2013, enfocando na qualificação do acesso dos usuários com suspeita de dengue nos Centros de Saúde da Família (CSF) para redução da morbimortalidade pela doença no município de Goiânia.

Metodologia:

O plano de contingência da Dengue 2012/2013 foi elaborado com a participação da Diretoria de Atenção à Saúde e Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Goiânia, onde foram determinados fases de implementação de ações nos componentes: Controle Vetorial, Vigilância Epidemiológica, Assistência e Gestão Municipal.

As ações realizadas no componente Assistência estão voltados para a atenção básica e se deram a partir de um diagnóstico estrutural dos CSF e adequação dos mesmos conforme padrão pré-estabelecido no Anexo A da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-AMAQ-AB 2012. Foram realizadas capacitações in loco pelos apoiadores distritais para todos os profissionais da atenção básica (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, recepcionistas) em classificação de risco e manejo do paciente com suspeita de dengue independente da área a qual este estava adscrito. Implementação de coleta nos CSF e rota de transporte das coletas para análise dos resultados dos exames de sangue específicos (sorologia, isolamento viral) e inespecíficos (hemograma) nas unidades de referência.

Foi determinado que os Agentes Comunitários de Saúde ACS fizessem atividades de educação em saúde para o combate a dengue e o bloqueio branco. Este bloqueio correspondeu à realização de visita domiciliares a pacientes que foram notificados no Cais ou no CSF para orientação e acompanhamento dos mesmos por no mínimo 30 dias e a todas as famílias da quadra do paciente notificado, para orientações gerais sobre o combate à dengue, busca ativa de casos sintomáticos e orientação para que todos os casos suspeitos procurassem o CSF para avaliação e/ou acompanhamento dentro área de abrangência do CSF, independente de sua microárea de atuação do ACS. Ampliação do acesso a dispensação de medicamentos pelas farmácias nas unidades de urgência nos finais de semana. Elaboração de um check-list para os CSF com envio de informações semanais da assistência realizada.

Na semana epidemiológica 09 iniciamos as atividades das unidades pólo para atendimento de casos suspeitos de dengue, baseado no plano de contingência da dengue 2012/2013 com o transporte dos usuários atendidos nas unidades de referência (unidade de urgência) suspeitos de dengue com estadiamento A e B para as UABSF pólo para atendimento de dengue, durante o período de funcionamento

da UABSF pólo de segunda a sexta das 07 às 19hs com uma equipe composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem (1 equipe e 1 transporte) e 1 motorista. O transporte foi realizado por Vans e após o atendimento o paciente retornava para a sua unidade de origem com o transporte. A unidade pólo foi estruturada com mobiliário e insumos para ofertar o atendimento médico e de enfermagem, a hidratação venosa e o exame laboratorial.

Resultados / Discussão:

Com a implantação do plano de contingência 63 CSF foram adequados com mobiliário e equipamentos; os profissionais das 183 equipes de saúde da família foram capacitados. Realizados 165.180 hemogramas janeiro/Abril de 2013 e 5.396 usuários tiveram acesso a dispensação de medicamentos nos finais de semana nos meses março/abril de 2013 em 09 unidades de urgência. Os Agentes comunitários de saúde executaram 19.608 bloqueios brancos.

Foram abertas 3 unidades pólo para atendimento a Dengue, a 1ª Unidade Pólo para atendimento a Dengue foi no CSF Criméia Oeste que deu suporte para atendimento dos pacientes do CIAMS Urias Magalhães e Cais Campinas, posteriormente foram abertas as unidades pólo no CSF Boa Vista que deu suporte ao Cais Finsocial e Cais Curitiba e unidade pólo no CSF Leste Universitário que deu suporte ao Cais Campinas e Cais Vila Nova. Foram atendidos 711 usuários entre as Semanas epidemiológicas 09 a 15. As unidades foram desativadas com a redução do número de casos suspeitos de dengue nas unidades de origem.

Ao longo da implementação do plano de contingência, observou-se o aumento do acesso nos CSF dos usuários com suspeita de dengue, foram registrados 22.570 atendimentos de dengue no período da fase 2 e fase 3 do plano de contingência, qualificando a assistência na atenção básica dos casos com estadiamento A e B e otimizando a assistência nas unidades de urgência dos casos mais graves.

Conclusões:

A integração das ações da vigilância e da assistência foram fundamentais para implementação do plano de contingência, foi criada uma sala de situação de dengue com reuniões semanais onde participavam representantes da vigilância,

atenção a saúde, distritos e unidades, na qual as ações eram monitoradas e readequadas quando necessário.

Os resultados mostram que o acesso à informação e ao serviço de saúde é fundamental para o seguimento e acompanhamento do usuário, fortalecendo a promoção de saúde como uma medida no combate da doença.

Referências:

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília, 2008.

Fonte de financiamento: Secretaria Municipal de Saúde / Ministério da Saúde.

PET SAÚDE MENTAL UFG PROMOVENDO EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

“VAMOS CONVERSAR SOBRE O BOSQUE? DIZ AÍ!”

Cibele Souto de PAIVA¹ Letícia Candine de BRITO²; Elaine Rodrigues ROSA³; Patrícia Gonzaga AMORIM⁴;

Faculdade de Nutrição UFG- cibele_paiva@ig.com.br

² Faculdade de Odontologia UFG - leticiaacandine@gmail.com

³ Faculdade de Medicina UFG - elainerosarodrigues@gmail.com

⁴ Programa Saudavelmente/PROCOM - pat.amorinha@gmail.com

Palavras-chave: PROPET Saúde Mental; extensão universitária, mobilização comunitária, promoção da saúde na universidade.

JUSTIFICATIVA

O Bosque Auguste de Saint-Hilaire é uma área de 31 mil m² de cerrado nativo, localizada no Câmpus Samambaia/UFG. De várias formas, a comunidade universitária percebe, cuida, usa e desfruta desse espaço, que se caracteriza assim com um espaço plural. Apesar do potencial integrador do espaço do Bosque, as queixas de furtos, roubos, uso e tráfico de drogas na área são frequentes.

Diante dessa circunstância, sob a coordenação do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas sobre Drogas e outras Dependências (NEPED), a Reitoria da UFG envolveu a Assessoria de Comunicação (ASCOM), Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PROCOM), Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEC) e PRO-PET Saúde Mental para desenvolver a ação de extensão **“VAMOS CONVERSAR SOBRE O BOSQUE? DIZ AÍ !”**, com o objetivo de oportunizar a participação da comunidade acadêmica na identificação de problemas e possíveis soluções para qualificar o Bosque Auguste de Saint-Hilaire, enquanto espaço de promoção de saúde.

O PET Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – é um programa interministerial que visa fomentar a formação dos profissionais de saúde para trabalhar juntos e responder às necessidades em saúde da população, fortalecendo a integração ensino-serviço-comunidade e ensino-pesquisa-extensão. O PET Saúde Mental (SM) da UFG vem desenvolvendo diversas ações de

extensão, baseadas em metodologias ativas de aprendizagem, visando problematizar a Saúde Mental da comunidade universitária (ROSA et al, 2014; FONSECA et al, 2013; PAIVA et al, 2013). A ação de extensão “Vamos Conversar sobre o Bosque? Diz Aí !” mostrou-se um espaço propício para a colaboração do PET SM, sendo a experiência acumulada, um fator facilitador para o planejamento das ações.

Assim, ao firmar apoio ao “Diz Aí!”, o PET SM quis ratificar que acolher ideias diversas é a melhor maneira de discutir; e incentivar o protagonismo de todos, inclusive dos alunos (um dos maiores envolvidos) é uma tentativa de aumentar a participação e a responsabilização de todos pelo cotidiano da vida acadêmica.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de participação do PET SM no planejamento e desenvolvimento da **Ação de Extensão e Cultura “Vamos conversar sobre o Bosque? Diz Aí!”**, no Campus Samambaia da UFG.

METODOLOGIA

No planejamento da ação PET SM, no projeto “Diz Aí!,” tínhamos em mente abrir espaço, sem preconceitos, para opiniões sobre drogas, ocupação do bosque e ações a médio e longo prazo, para melhorá-lo de forma a captar as diferentes visões, experiências e sugestões do conjunto de atores que frequentam o Bosque August Saint 'Hilaire.

O projeto “Diz Aí!” foi previsto para ser realizado nos dias 19 e 20 de Agosto de 2014, agregando ações visando propiciar a manifestação cultural dos acadêmicos - Mostra Artística do Bosque August Saint'Hilaire com bandas e grupos teatrais e a exposição de fotos sobre o bosque - bem como ações visando sensibilizar e incentivar a discussão da comunidade acadêmica sobre problemas e potenciais do Bosque - teatro, jingle e ação itinerante da musicoterapia, além de uma roda de discussão.

A preceptora e os monitores do PET SM em estágio no Programa Saudavelmente/ PROCOM UFG construíram um roteiro de teatro a partir de suas experiências e de observações e opiniões sobre o bosque, trazidas por colegas. O teatro, intitulado “Tribos da Mata”, buscou representar os diversos atores do Bosque

Auguste de Saint'Hilaire - animais nativos, estudantes/ professores/ servidores, comunidade do entorno, usuários/traficantes de drogas - para que todos se sentissem representados e sensibilizados para se expressarem sobre o Bosque.

O teatro foi previsto para acontecer no dia 20 de Agosto, sendo dramatizado pelos próprios monitores, preceptores e colaboradores do PRÓ-PET SM em pontos diferentes do Campus Samambaia - Centro de convivência, pátio da Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia, entrada do Instituto de Química e Colégio Aplicação (CEPAE – UFG) – em quatro momentos: 08:30, 09:30, 11:30 e 15:30.

Algumas estratégias de mobilização da comunidade para participar do evento “Diz Aí!” foram pensadas, entre elas: a criação de jingle sobre o bosque pelos alunos da musicoterapia e sua difusão por carro de som circulando pelo Campus Samambaia. Outra estratégia a ser realizada pelos monitores PET SM e alunos da musicoterapia, seria abordar as pessoas que estivessem no campus para participarem do evento, através da cantoria do Jingle, da distribuição de folders e de conversa direta.

Foi prevista reunião entre os monitores e a preceptora após o evento do PET SM para avaliar aspectos positivos e negativos do processo de desenvolvimento da atividade e seus resultados, maximizando o aprendizado a partir da experiência. Além disso, O PET SM deverá contribuir com a análise dos dados colhidos, quais sejam as opiniões e sugestões da comunidade universitária, registradas em cartazes espalhados pelo Campus e/ou depositadas em urnas específicas, nos dois dias do evento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pontos positivos e dificuldades do desenvolvimento da ação “Diz Aí”

No primeiro dia do evento as principais atividades foram a mostra cultural, a exposição de fotos e a distribuição de urnas e cartazes para coleta de opiniões. No segundo dia, a intervenção se caracterizou pela apresentação teatral e a roda de conversa. Esta divisão não favoreceu a discussão sobre o bosque no primeiro dia, bem como dificultou a mobilização da comunidade universitária no segundo dia, pela falta de atividades artísticas mais agregadoras.

O jingle criado pelos alunos de Musicoterapia, e a sua divulgação em carros de som pelo Campus Samambaia, mostrou-se uma forma de divulgação eficiente, já

que vários alunos se familiarizaram com o refrão, e assim se mostraram mais receptivos a participar do projeto.

A mobilização dos alunos para participação da ação realizada pelo PET e pelos alunos de Musicoterapia foi importante para efetivar a roda de conversa, entretanto não foi o suficiente para congregar um número maior de universitários na discussão.

Duas das apresentações teatrais foram canceladas tanto por falta de público, e houve dificuldade em garantir a participação dos monitores e colaboradores do PET - Saúde Mental na realização da ação.

Sobre a roda de conversa

A roda de conversa ocorreu na Faculdade de Comunicação, conduzida pelos profissionais do NEPED e com a participação de dez alunos, principalmente acadêmicos da área de humanas. Grande parte dos alunos eram usuários de drogas, portanto a roda se caracterizou como um espaço de fala principalmente do grupo usuário de maconha. Como problemas, foram elencados: as obras que permanecem há mais de quatro anos causando muita poeira, destruição do bosque e conflitos que o consumo de drogas no bosque gera entre usuários e não usuários. As sugestões para melhorar o Bosque foram: iluminação, criação de políticas que ampliem a consciência, abertura de projetos direcionados para o bosque e ampliar os espaços de conversa via sites.

Os dados coletados em cartazes e urnas, relativos aos problemas e sugestões para melhorar o bosque, estão em curso de análise. Em uma primeira aproximação desses dados, observou-se grande diversidade de opiniões com proposta mais liberais e mais conservadoras, sendo trazidas por grupos diferentes. Isso mostra a importância de construir um espaço de conversa para criar consensos de ação a partir desta diversidade de experiências.

Avaliando da participação do PET SM

Esta ação propiciou um aprendizado importante para os petianos. Segundo a avaliação dos monitores e preceptores, o envolvimento do PET Saúde Mental foi importante e contribuiu principalmente para aumentar a participação crítica da comunidade universitária.

Para os monitores que planejaram e participaram da realização da ação, o aprendizado foi rico. As atividades criadas e desenvolvidas convocaram e despertaram competências pessoais e coletivas como a criatividade, a iniciativa, o protagonismo, e capacidade de persuasão e convencimento, que habitualmente não são estimulados nos cursos de graduação.

Apesar da disponibilidade inicial de petianos, sua participação efetiva foi limitada. A comunidade universitária é aparentemente receptiva, mas não adere às propostas problematizadoras.

O aprendizado também foi significativo pela tarefa da criação e representação do teatro. A falta de hábito de expor-se e expor o olhar do outro, tornou esta atividade um grande desafio, com dificuldades e aprendizados que podem ser aplicados em outras circunstâncias.

CONCLUSÃO

O projeto permitiu a expressão da comunidade universitária e revelou que, apesar do esforço de todos organizadores, as pessoas participam pouco do cotidiano da universidade, não se apropriando dos problemas, ou trazendo soluções distanciadas da realidade. Isso tudo demonstra que ações deste tipo devem ser repetidas e ampliadas, de forma a desenvolver o protagonismo e a corresponsalização da comunidade universitária para a construção de soluções coletivas e pactuadas visando promover uma universidade saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONSECA, Thalles B.; ROSA, Elaine R.; PAIVA, Cibele S.; AMORIM, Patrícia G. Movie-mente-se: problematização da SM do universitário pelo PET saúde UFG. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, 2013, Belém.

PAIVA, Cibele S; ROSA, Elaine R.; FONSECA, Thalles Braga; SILVA, Luzia Costa. MOURA, Cristina Maria Gusmão de; CAIXETA, Camila Cardoso; NASCIMENTO, Sandra Rocha do; AMORIM, Patrícia Gonzaga; Saúde Mental (SM) na Roda Ampliada: Problematização; In: CONPEEX, 10, 2013, Goiânia.

ROSA, Elaine R.; FONSECA, Thalles Braga; PAIVA, Cibele S; AMORIM, Patrícia Gonzaga; Roda Ampliada e Movie-mente-se: o PRÓ-PET UFG/Secretaria Municipal de Goiânia problematizando a Saúde Mental (SM) do universitário; In: IV MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA, 4, 2014, Brasília.

AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA PET-SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DE PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Francyne Santos da Rocha do Nascimento RIBEIRO¹; Cindy Fernandes Melo ALVES²; Erikson Custódio ALCÂNTARA³; Ubirone de Fátima Guimarães BARRETO⁴; Marcelo Fouad RABAH⁵.

¹ Acadêmica FF-UFG, ² Acadêmica FM-UFG, ³ Doutorando em Ciências da Saúde FM-UFG, ⁴ Preceptor - SMS, ⁵ Professor Titular de Pneumologia da FM e Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FM-UFG.

Email: ¹fran.coremu@gmail.com; ²cindyfmeloalves@hotmail.com; ³eriksonalcantara@hotmail.com; ⁴ubirone@gmail.com; ⁵mfrabahi@gmail.com

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, saúde pública, doença pulmonar obstrutiva crônica, estratégia saúde da família.

1. INTRODUÇÃO

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões à inalação de partículas ou gases tóxicos, causada primariamente pelo tabagismo. Embora a DPOC comprometa os pulmões, ela também produz consequências sistêmicas, e o fumo é o principal fator de risco. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA - II CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DPOC, 2004; GOLD, 2011)

No Brasil, passamos por um período de transição epidemiológica caracterizada por três mudanças básicas: a) a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e crônicas; b) o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; c) e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra doença na qual a morbidade é dominante. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA – DPOC E SAÚDE PÚBLICA, 2012; BRASIL, 2013)

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde têm como pressupostos a formulação de um novo modelo pedagógico de transformação gradativa curricular, na mudança do eixo teórico/prático, levando o ensino extra-hospitalar e generalista, com a capacitação permanente do corpo docente e de um conjunto de tutores destacados com equipes técnicas do SUS. (PRÓ-SAÚDE, 2008)

As estratégias de capacitação em saúde têm a finalidade de auxiliar na prevenção e tratamento da DPOC. Estão intimamente ligadas aos atos de ensinar e aprender; portanto, dependem de profissionais e acadêmicos de graduação interessados no conhecimento, e de pacientes interessados a adquirir estes conhecimentos com a finalidade de mudar o comportamento e hábito de vida. (BRASIL, 2013)

2. JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui programas que contemplam assistência de doenças crônicas não transmissíveis, mas até o momento não existe nenhuma intervenção específica para DPOC. (BRASIL, 2013)

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) justifica-se pelas ações direcionadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, como sendo um dos princípios do SUS. É nessa perspectiva que a investigação da prevalência de sintomatologia respiratória nos pacientes assistidos pelo Centro de Saúde da Família (CSF) e a capacitação em saúde da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilitará melhor atendimento a pacientes com DPOC na atenção primária de saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA – DPOC E SAÚDE PÚBLICA, 2012)

Apresentar as ações desenvolvidas no PET-Saúde do CSF do Setor Leste Universitário e do Parque Atheneu, é uma forma de prestação de contas com a sociedade e instituições públicas como a UFG que acredita no trabalho de tutores (professores), preceptores (profissionais de saúde) e estudantes de graduação da área de saúde, além de ser uma das recomendações do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ – SAÚDE) presente em nosso país desde 2005.

Por oportuno, caracterizar as ações do PET-Saúde em Goiânia constitui uma forma de expressar as mudanças no modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Fortalecer atenção básica em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no município de Goiânia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Integrar os docentes e discentes dos cursos da área de saúde da Universidade Federal de Goiás e profissionais dos Serviços de Atenção a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS) e Secretária Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO), articulando ações de qualificação a nível de atenção básica de saúde;

- Identificar a sintomatologia respiratória de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis;
- Capacitar a equipe de estratégia saúde da família para o atendimento de pacientes com DPOC;
- Contribuir para a integração do ensino entre alunos dos cursos de saúde da UFG e Centros de Saúde da Família.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal e quase experimental, realizado nos CSF do Setor Leste Universitário e do Parque Atheneu, na cidade de Goiânia – Goiás – Brasil.

O estudo é dividido em dois momentos de ações propostas pelo programa PET-Saúde.

1º) Investigar perfil epidemiológico e prevalência de sintomas respiratórios na população de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

2º) Capacitar a equipe de ESF sobre o manejo do paciente com DPOC.

A amostra do estudo é composta de pacientes com sintomatologia respiratória com mais de 40 anos que compareceram no CSF em busca de assistência a saúde e por servidores da ESF dessas unidades.

O recrutamento dos pacientes foi de forma individual por alunos do programa PRÓ PET-SAÚDE/DPOC da UFG. Cada paciente recebeu informações e explicações sobre os objetivos e, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram convidados a responder o questionário sobre sintomatologia respiratória.

Será realizado o acolhimento do coordenador do CSF e todos os profissionais membros da equipe da ESF para apresentar as intenções do projeto, riscos e benefícios. Na ocasião será esclarecido as dúvidas de todos e por oportuno ouvir e avaliar as sugestões que possam incrementar o desenvolvimento do estudo.

Será entregue um folder com a descrição e convite para a capacitação, bem como a divulgação do conteúdo programático, local e agenda de encontros. Após assinatura do TCLE, os profissionais participarão da capacitação com duração de três meses.

Tabela ilustrativa das ações realizadas e previstas do PET-Saúde:

Atividades Teóricas	Seminários	AA
	Cursos via Ensino a Distância (EAD)	AP
	Participação em eventos relacionados ao tema	AR
Atividades Práticas	Realizar estudo sobre a capacidade diagnóstica em pacientes com doenças crônicas não transmissíveis	AA
	Avaliar e acompanhar pacientes tabagistas, no programa de cessação do tabagismo	AA
	Realizar estudo sobre o perfil do sintomático respiratório atendido no Centro de Saúde da Família	AA
	Realizar atividades de capacitação interdisciplinar entre os profissionais de saúde e discentes envolvidos	AP

Legenda: AR: ações realizadas, AA: ações em andamento, AP: ações previstas.

O projeto foi redigido de acordo com as Diretrizes de Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde).

Os dados coletados digitados numa planilha do programa da Microsoft Office Excel 2010. Os dados serão analisados pelo pacote estatístico do SPSS v. 16.0, Chicago IL. USA (*Statistical Parckage of Social Sciences*), com estatística paramétrica e não paramétrica. Será considerado um nível de significância de 5%.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Promover incentivo e mudanças na formação profissional acadêmica reorientando a graduação dos profissionais de saúde conforme as diretrizes de Políticas Públicas na assistência à atenção básica da rede de serviços do SUS. Estimular a integração do ensino, serviço assistencial e comunidade com caráter humanístico e cultural ao longo do curso de graduação.

Incentivar e desenvolver planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde.

Na segunda etapa do projeto no CSF, espera-se que ocorra melhora no nível de conhecimento da equipe de saúde da ESF sobre a DPOC. A partir da capacitação, os profissionais poderão fazer busca ativa do paciente com DPOC, ter maior conhecimento no tratamento farmacológico e não farmacológico e desenvolver habilidades para promover oficina de capacitação e manejo domiciliar a cuidadores e pacientes com DPOC de forma segura e adequada.

A aplicação dos resultados desse projeto no estado de Goiás influenciará o impacto dessa doença no Brasil, pois cerca de 5 milhões de pessoas tem a doença. Em 2010, foram 116.680 mil internações por DPOC no país, que custaram ao Ministério da Saúde R\$ 83,6 milhões. Em 2011, o número de internações subiu para 116.707, custando R\$ 87,1 milhões aos cofres públicos. Até julho de 2012, foram 57.881 registros de internações, que custaram ao governo R\$ 45,1 milhões. O número de mortes também vem aumentando nos últimos anos. Em cinco anos, cresceu 12%, passando de 33.616 em 2005, para 37.592 em 2010. (BRASIL, 2013)

Após a implementação dessa última ação, se os resultados corroborarem a expectativa de melhora na assistência da saúde do indivíduo com DPOC espera-se poder ampliar o número de unidades contempladas com a estratégia de capacitação dos profissionais da saúde em DPOC e, por conseguinte, o número de pessoas com DPOC a receberem o manejo adequado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a integração entre docentes, secretaria municipal de saúde e discentes dos cursos da área de saúde possibilitará maior comunicação entre as partes e ações interdisciplinares.

Que investigar a sintomatologia respiratória de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis e posteriormente capacitar a equipe de atenção básica de saúde para o atendimento a pacientes com DPOC fortalecerá o vínculo humanístico e generalista para essa população, a fim de atender as recomendações das políticas públicas em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br> >

GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD: 2011 update. Disponível em < <http://www.goldcopd.com> >. Acesso em junho, 2013.

PRÓ-SAÚDE. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: < <http://www.prosaude.org> >

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. DPOC e Saúde Pública: Atendendo as Necessidades dos Pacientes. J Bras Pneumol. Disponível em: < http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_DPOC/Relatorio_final_DPOC_Saude_Publica_2012_SBPT.pdf >, p. 1-17, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Bras Pneumol. vol. 30, Suppl 5, p.S1-S42, 2004.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ATENDIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM GOIÂNIA – CONHECER PARA MELHORAR

RODRIGUES, Gabriella de Figueiredo¹; **LEÃO**, Cássio César Arrais¹; **REGO**, Lara Gomes¹; **ANDREZA**, Alves Rodrigues¹; **JOTA**, Michelle Godoi Branquinho¹; **PIMENTA**, Camila Dutra¹; **MACHADO**, Aline de Oliveira¹; **PAIVA**, Gysella Santana Honório ²; **JARDIM**, Thiago de Souza Veiga ³.

1 Acadêmicos da UFG, Participantes do Projeto PET-IAM

2 Preceptora do projeto PET-IAM

3 Tutor do projeto PET- IAM

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio; Itinerário, Fluxograma, Goiânia.

JUSTIFICATIVA / BASE TEÓRICA

No Brasil, o infarto agudo do miocárdio (IAM) configura-se como uma das mais significativas doenças cardiovasculares (DCV), sendo considerado a principal causa isolada de morte (Sociedade Brasileira de Cardiologia,2004). Em 2007, o número de óbitos por IAM foi de 71.997, correspondendo a 6,9% do total de mortes no referido ano (Ministério da Saúde,2010). Estima-se a ocorrência de 300 a 400 mil casos por ano no país, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nos últimos anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia,2004).

Embora o IAM continue sendo causa líder de mortalidade, não só no Brasil, mas no mundo ocidental (Guimarrães,2006), houve expressiva redução da letalidade hospitalar, como resultado da introdução de novas tecnologias, como o surgimento das unidades coronarianas e o uso de agentes fibrinolíticos, da aspirina, de betabloqueadores e da angioplastia coronária primária. Apesar disso, a mortalidade pré-hospitalar permanece praticamente inalterada, com níveis semelhantes aos de 40 anos atrás, desafiando as autoridades de saúde pública e ceifando milhares de vidas em plena idade produtiva(Timerman,2004).

Dois terços das mortes súbitas por IAM ocorrem fora do hospital, a maioria dentro de duas horas após o início dos sintomas. Do total dos casos de morte, até 80% se dão nas primeiras 24 horas, tendo-se como a causa mais frequente a fibrilação ventricular (Sociedade Brasileira de Cardiologia,2004). A chance de sobrevivência ao IAM é significativamente maior quando o tratamento começa na chamada “hora de ouro”, ou seja, nos primeiros minutos a partir do início dos sintomas até a primeira hora(Gärtner,2008).

O diagnóstico e o tratamento precoces salvam vidas e melhoram a qualidade de vida, pela redução da possibilidade de arritmias ventriculares e pela melhora da função ventricular esquerda após o IAM (Sociedade Brasileira de Cardiologia,2004; Gärtner,2008; Goldberg,2009; McGinn,2005). Dessa maneira, o fator tempo e a qualidade da atenção médico-hospitalar são fatores críticos após os primeiros minutos do início dos sintomas do IAM (Mussi, 2007).

Apesar do amplo entendimento por parte da comunidade científica e médica acerca da necessidade de uma abordagem terapêutica rápida e eficaz no atendimento do paciente vítima de um IAM, a realidade do sistema público de saúde em nosso país é muitas vezes oposta a isto. Dificuldades diagnósticas e terapêuticas, profissionais sem capacitação adequada e falta de um planejamento por parte das autoridades de saúde para a elaboração de uma rotina e fluxograma de atendimento do paciente infartado, acabam piorando ainda mais a realidade de uma condição clínica tão grave como o IAM.

OBJETIVOS

Avaliar o fluxograma e itinerário terapêutico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Goiânia nos meses de maio e junho de 2014.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo observacional dos indivíduos incluídos no sistema de regulação de pacientes do município de Goiânia no período de junho a agosto de 2014 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.

A população estudada foi composta por todos os pacientes que foram cadastrados no sistema de regulação dos pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Goiânia com o código internacional de Doenças (CID 10) correspondente a infarto agudo do miocárdio e síndrome coronariana aguda (CID 10: I21.0 e I20.0).

Estes indivíduos foram identificados no sistema e o seu itinerário terapêutico foi rastreado, identificando-se: nome, sexo, data de nascimento, local do primeiro atendimento, data solicitação da internação, local da internação, procedimento autorizado no sistema e dados clínicos.

O período de inclusão foi de primeiro de junho de 2014 a 31 de agosto de 2014, com a coleta de dados envolvendo um intervalo de 3 meses completos.

Os dados foram armazenados em planilha estruturada no programa Excel (Microsoft) e descritos com base nos levantamentos realizados.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

No período da coleta de dados, foram incluídos no estudo 384 pacientes, com idade média de 57,85 anos e predomínio do sexo masculino (62%).

O primeiro atendimento dos pacientes ocorreu nas unidades de atendimento inicial do SUS do município de Goiânia em 55% das vezes, não havendo um predomínio marcante de nenhuma das unidades sobre as demais, inclusive com uma grande variação por período analisado (variação mês a mês). No restante das vezes (45%) os atendimentos foram realizados em cinco hospitais (Hospital de Urgências de Goiânia, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Hospital Santa Genoveva e Hospital Monte Sinai). Neste caso, houve um predomínio de atendimentos em um determinado serviço (Hospital Monte Sinai – 78,7%). Chama a atenção o fato de tratar-se de um hospital privado que atende também pacientes do SUS, sendo que o serviço que teoricamente deveria receber os casos de urgência do município de Goiânia (HUGO), o faz em apenas 4% das vezes. Mesmo o Hospital das Clínicas, que é um serviço exclusivo para atendimento SUS atendeu apenas 10,6% das vezes.

Em relação aos serviços que receberam os pacientes após o primeiro atendimento, ou seja, para onde os pacientes foram encaminhados após o atendimento inicial nas unidades de atendimento básico, a grande maioria dos pacientes também foi atendida nos cinco hospitais mencionados anteriormente, com o acréscimo de mais dois: Hospital Santa Bárbara e Hospital São Francisco. Neste caso também, a grande maioria dos atendimentos ocorreu no Hospital Monte Sinai (71%), com a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia respondendo por 12,5% dos atendimentos, enquanto HUGO e HC realizaram apenas 0,7% e 4,2% dos atendimentos.

Nesta breve análise do itinerário terapêutico dos pacientes atendidos com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, podemos observar que não há uma padronização racional nos atendimentos. Os pacientes dão entrada no sistema de atendimento por vários locais diferentes, não havendo unidades de referência para o atendimento. Com isso, surgem uma série de dificuldades, que vão desde a falta de conhecimento da população em relação a qual serviço procurar, passando por necessidades mais frequentes de deslocamentos entre as unidades, chegando até o serviço de saúde não capacitado para o atendimento rotineiro do paciente com IAM.

Outro aspecto altamente relevante diz respeito às unidades terciárias de atendimento para as quais os pacientes são encaminhados. Ao invés de se encaminhar os pacientes para hospitais de atendimento exclusivo pelo SUS, onde poderia haver um investimento em qualificação de pessoal e uma padronização de serviços, a grande maioria dos pacientes é encaminhada para um determinado hospital privado que atende pacientes do SUS. Com isso, os atendimentos pouco podem ser influenciados por políticas públicas de aprimoramento de serviços e qualificação de pessoal.

Esta falta de padronização acaba gerando maiores gastos no atendimento destes pacientes, tanto no atendimento inicial quanto no tratamento das complicações, traduzindo uma gestão ineficiente de recursos públicos para o atendimento desta condição tão devastadora.

CONCLUSÃO

Não há uma padronização racional nos atendimentos dos pacientes com diagnóstico de IAM atendidos pelo SUS no município de Goiânia, com isso há uma maior dificuldade de estruturação dos serviços e qualificação dos profissionais, gerando uma pior qualidade no atendimento dos mesmos e um maior gasto público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Indicadores de saúde. Datasus, 2010.

DAMASCENO, Carla Almeida; **MUSSI**, Fernanda Carneiro. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto do miocárdio: uma revisão de literatura. **CiencCuidSaude**, v.9, n.4, p.15-821, Out/Dez. 2010

GÄRTNER, C.; **WALZ**, L.; **BAUEMSCMITT**, E.; **LADWIG**, K.H. The cause of prehospital delay in myocardial infarction: review article. **Dtsch Arztebl Int**, v.105, n. 15, p. 91-286 .2008.

GOLDBERG, R.J.; **SPENCER**, F.A.; **FOX**, K.A.; **BRIEGER**, D.; **STEG**, P.G.;

GUIMARÃES, H.P.; **AZEVUM**, A.; **PIEGAS** L.S. Epidemiology of acute infarction. *Rev Soc Cardiol. São Paulo*, v.1, p.1-7. 2006.

MCGINN, A.P.; **ROSAMOND**, W.D.; **GOFF**, D.C.; **TAYLOR**, H.A.; **MILES**,

MUSSI, F.C.; **PASSOS**, L.C.S.; **MENEZES**, A.A.; **CARAMELLI**, B. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Rev Assoc Med Bras**, v.53, n.3, p. 9- 234 .2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz sobre o Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, 2004

TIMERMAN, S.; **MARQUES**, F.B.R.; **PISPICO**, A.; **RAMIRES**, J.A.F. Tratamento pré-hospitalar da síndrome isquêmica aguda com supradesnivelamento do segmento ST: já temos suficiente evidência para implantar rotina?. **Rev Soc Cardiol. São Paulo**, v.14, n.6, p. 86-868 .2004.

FONTE DE FINANCIAMENTO

O financiamento foi concedido pelo Ministério da Saúde.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA REDE HOSPITALAR DE GOIÂNIA – GO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

LIMA, Gustavo Santana¹; **SILVA**, Rômulo Mendes²; **PARREIRA**, Patrícia Belém³,
CARNEIRO, Denise Sisterolli Diniz⁴

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são consideradas hoje como as principais causas de morte na população mundial. Tais doenças compreendem as doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração, hipertensivas, aterosclerose, febre reumática e outros agravos cardíacos ¹. Segundo o Ministério da Saúde Brasileiro, em 2006 no Brasil, as doenças cerebrovasculares ocuparam o primeiro lugar na mortalidade cardiovascular com um coeficiente de 52,61 óbitos por 100 mil habitantes². A doenças cerebrovascular mais significativa diz respeito ao acidente vascular cerebral (AVC) que pode ser de origem isquêmica (AVCI) ou hemorrágica (AVCH) o que acompanha grande número de internações, sequelas e óbitos, principalmente a em indivíduos idosos¹.

A crescente taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares em pessoas com mais de 65 anos reflete um aumento do risco à medida que a população envelhece. Segundo o Ministério da Saúde, todas as regiões brasileiras sofrem uma tendência de aumento dos coeficientes de mortalidade com o avanço da idade, e tais valores são bem mais significativos a partir de 80 anos³.

O Acidente Vascular Cerebral é um acometimento que pode ser definido como sendo uma síndrome que se apresenta subitamente com um déficit neurológico que podem persistir por mais de 24 horas ou conduzem à morte

¹ Faculdade de Medicina- FM /UFG - e-mail: gsantdelima@gmail.com

² Faculdade de Medicina – FM/UFG- email: romulo_rms@hotmail.com

³ Médica pela UFG; preceptora PET-Saúde – email: patparreira@gmail.com

⁴ Turora PET-Saúde rede AVC – email: sisterollide@gmail.com

sem outra causa aparente que não a de origem vascular ⁴. O AVC é conhecido como sendo uma doença silenciosa e considerado como sendo uma das principais causas de invalidez e morte, além de várias consequências como incapacidades físicas dos pacientes acometidos por tal acometimento.

O cuidado na fase aguda deve ser eficaz e dentro do tempo, de maneira efetiva para impedir a morte do tecido cerebral. É importante que um conjunto mínimo de tecnologias estejam disponíveis no tempo correto, como por exemplo a realização da tomografia computadorizada que seja idealmente feita dentro de até quatro horas e meia após o início dos sintomas. Além desses cuidados adequados, outros fatores podem influenciar no prognóstico do AVC, que se incluem fatores individuais (tais como idade, sexo, condições socioeconômicas, estágio de gravidade e comorbidades relacionadas) e também os relacionados ao sistema de saúde, no que diz respeito ao volume dos atendimentos dentro do hospital, a existência de uma unidade de cuidado intensivo especializada e acessível e outras intervenções ⁶.

Contudo, apesar da grande relevância desta temática, estudos epidemiológicos a respeito do AVC são escassos no Brasil, inclusive em Goiânia, cujos dados são insuficientes para uma análise criteriosa. Assim, compreender a epidemiologia da doença é fundamental para o planejamento de políticas públicas de saúde.

OBJETIVOS

Objetiva-se com este trabalho fazer um levantamento de dados que sejam referentes ao perfil do Acidente Vascular Cerebral na cidade de Goiânia, durante um período de cinco anos, e com esses dados fazer uma análise do impacto que essa enfermidade pode causar nas redes hospitalares pública e conveniada da mesma capital.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo de caráter epidemiológico e quantitativo, uma vez que fazemos uma avaliação de dados através das informações obtidas de fonte secundária, referente a uma população específica apresentando os valores numéricos por nós encontrados das variáveis selecionadas. Tal estudo foi realizado na cidade de Goiânia – GO. As buscas foram feitas entre os meses de junho e agosto do ano de 2014, referentes a dados do período de 01 de janeiro de 2009 a 31 de dezembro de 2013. A população descrita foi das pessoas que foram internadas por motivos neurológicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e alocadas na rede hospitalar pública e conveniada pelo serviço municipal. Os dados foram coletados no SICAA (Sistema de Controle de Atendimento Ambulatorial da Prefeitura de Goiânia).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de estudo, constatou-se um total de 23.420 (vinte e três mil, quatrocentos e vinte) internações por causas neurológicas diversas na rede hospitalar de Goiânia. Deste total, 8.947 (oito mil, novecentos e quarenta e sete) deveram-se ao AVC, o que representa 38,7% do total de internações.

Em termos anuais, temos a constatação de 1.946 internações por AVC em 2009, 2.689 em 2010, 1.543 em 2011, 1.334 em 2012 e 1.435 internações em 2013. Chama a atenção, portanto, os números obtidos em 2010, que se destoam da média dos demais anos. Não há explicação definitiva para tal discrepância, mas acredita-se que seja devido à melhor notificação à secretaria de saúde da Prefeitura de Goiânia acerca de tais internações.

Analisou-se também o local de origem dos pacientes internados por AVC na rede hospitalar em Goiânia. Neste contexto, 5.138 dos pacientes eram provenientes de Goiânia, 3.568 provenientes do interior de Goiás ou de outros estados e, em 241 casos, não obtiveram-se informações. Assim, os pacientes internados em Goiânia por AVC e que são provenientes da própria capital correspondem a 57%, enquanto 40% correspondem aos pacientes provenientes do interior do estado ou de outros estados.

Já em relação à alocação destes pacientes, temos que 2.819 foram alocados na rede pública hospitalar, enquanto 6.128 foram alocados na rede hospitalar conveniada. Assim, a rede pública aloca 31,5% dos pacientes, enquanto 68,5% são alocados pela rede conveniada.

Dessa forma, depreende-se que o AVC representa parcela bastante expressiva das internações por ordem neurológica em Goiânia, o que reflete sua importância para a elaboração de políticas públicas de saúde nesta área.

Tem-se também que parte significativa dos pacientes internados em Goiânia por AVC é proveniente de cidades do interior de Goiás ou de outros estados, o que leva a uma sobrecarga do sistema hospitalar da capital goiana, além de refletir uma insuficiência dos hospitais do interior em alocar esses pacientes.

Por fim, temos que 68,5% dos pacientes internados por AVC em Goiânia são alocados na rede hospitalar conveniada. Isso desperta algumas possibilidades de que estão faltando leitos na rede pública da capital e que os gastos com convênios hospitalares de modo exagerado estão onerando o serviço público.

CONCLUSÃO

A partir dos dados apresentados, temos uma real necessidade de ampliação dos estudos epidemiológicos sobre o AVC em todo o país, inclusive em Goiânia. Trata-se de uma temática de profunda relevância para a sociedade e para a política governamental, sendo a epidemiologia a base para elaborar políticas públicas de saúde que levem a redução dos gastos excessivos e o seu uso de modo mais inteligente. As possibilidades são várias, como a melhora do serviço público do interior, com maior capacitação dos profissionais de saúde e com melhor infraestrutura de trabalho, além da ampliação dos leitos disponíveis no serviço público da capital, o que ajudaria a reduzir os gastos com convênios hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10ª revisão. v. 1. São Paulo: Edusp; 2001.

2- Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

3- FURUKAWA, Tatiane Sano; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. **Mortalidade por doenças cerebrovasculares por residência e local de ocorrência do óbito: Paraná, Brasil, 2007**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. 2011. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200014>.

4- OLIVEIRA, Barbara Campos de; GARANHANI, Mara Lúcia; GARANHANI, Márcia Regina. **Cuidador de pessoa com acidente vascular encefálico: necessidades, sentimentos e orientações recebidas**. Acta paul. enferm. São Paulo, v.24, n. 1, 2011 .

5- BEEKMAN ATF, PENNINX BWJH, DEEG DJH, ORMEL J, SMIT JH, BRAAM AW, VAN TILBURG W. **Depression in survivors of stroke: a community-based study of prevalence, risk factor and consequences**. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998.

PET-SAÚDE CONTRIBUINDO PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Letícia Tavares de SOUZA¹; Luiz Henrique Athaides RAMOS²; Fernanda Tenório Lopes BARBOSA³; Carla Cristina da C. FERREIRA⁴; Luciana Alves de OLIVEIRA¹.

¹Instituto de Ciências Biológicas/Biomedicina, email: leticia.t.souza@hotmail.com; ²Faculdade de Medicina, email: ramos.lh@hotmail.com; ³Faculdade de Odontologia, email: fernandatlb@gmail.com;

⁴Secretaria Municipal de Saúde, email: carlaferreira.nutri@gmail.com

Palavras-chave: Conselho de Saúde Local, PET-Saúde, Formação acadêmica, Saúde Pública

Justificativa / Base teórica

Inserir os acadêmicos de saúde no contexto da atenção básica durante toda a graduação é algo almejado na perspectiva da assistência integral. Assim, a viabilização do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), é uma forma de assegurar que novas competências profissionais sejam adquiridas, bem como um novo fluxo de conhecimento teórico seja acumulado. Isso porque nem sempre as demandas e o cotidiano da atenção básica são priorizados, de forma prática, na matriz curricular. Há uma expectativa que ocorra a sensibilidade e a habilidade de entender a oferta do serviço de saúde pública sob a perspectiva do usuário e dos profissionais que nele atuam diariamente. Favorecendo assim, que exista um espaço de convivência que estimule a postura crítica diante dos enfrentamentos cotidianos no ambiente de trabalho e reflexões sobre as conquistas e desafios no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

As práticas integrativas no âmbito da saúde proporcionadas pelas trocas de conhecimentos entre acadêmicos, profissionais de saúde e comunidade são fundamentais para a troca de vivências e entendimento sobre o funcionamento dos serviços da rede de saúde e seus profissionais, bem como das dificuldades encontradas na gestão e execução dos serviços no município (SILVA; FONSECA; SANTOS, 2011). A inserção no serviço favorece a formação do profissional generalista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde. E ainda, que seja capaz de analisar os problemas da sociedade e procurar

soluções por meio de ações que articulem ensino, pesquisa e extensão/assistência (MONTENEGRO, 2013).

O PET-Saúde tem entre suas finalidades, contribuir na formação de profissionais capacitados e sensibilizados para a atenção básica, de acordo com os princípios e necessidades do SUS. Com isso, propõe-se a executar atividades que aproximam os estudantes (monitores) do serviço, da realidade e comunidade local, apoiados pelos profissionais de saúde (preceptores) que são essenciais no processo do ensino de maneira prática. O grupo tutorial PET-Saúde vinculado ao Cais Jardim Guanabara III tem entre suas propostas contribuir no fortalecimento do controle social, portanto propõe-se auxiliar o Conselho de Saúde Local (CSL) em algumas de suas necessidades.

Objetivos

- Descrever a experiência dos monitores do PET-Saúde na realização da Pesquisa de Satisfação e Conhecimento dos usuários do SUS em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF) do Cais Guanabara III.
- Apresentar uma atividade que possibilitou a aproximação dos estudantes com o serviço e comunidade visando o ensino de maneira prática.

Metodologia

A vivência descrita resultou de uma solicitação do CSL do Cais Jardim Guanabara III e foi desenvolvida de fevereiro a setembro de 2014. Essa experiência foi composta pelas seguintes etapas: (i) participação de monitores, preceptores, tutora, gestores na reunião do CSL, com a finalidade de compreender uma demanda específica do CSL, ou seja, estimar a satisfação e conhecimento dos usuários sobre o serviço prestado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF); (ii) reuniões entre os integrantes do PET-Saúde para discussão da formulação do instrumento e metodologia da ação; (iii) planejamento para atender a demanda solicitada; (iv) reuniões de capacitação para a coleta dos dados; (v) visita aos domicílios; (v) tabulação e análise dos dados coletados.

Por meio de anotações, relatos e relatórios, registrou-se o ocorrido durante o desenvolvimento da atividade. Portanto, enquanto relato de experiência, o presente estudo teve o intuito de estudar a realidade vivenciada pelos monitores. Nessas

observações visou-se registrar possíveis aspectos inerentes às dificuldades e estímulos para essa ação, bem como aspectos que abrangem esse processo. Elas foram diretamente construídas pelo contato dos monitores com os usuários durante esse processo.

Resultados/discussão

Os desdobramentos da pesquisa de satisfação com os usuários do Cais Jardim Guanabara III trouxeram contribuições para a formação profissional.

Para atender essa demanda, os dados foram coletados nos domicílios dos moradores das áreas de abrangência das equipes da ESF entre março e abril de 2014, a partir de uma entrevista estruturada em perguntas objetivas. Em planejamento coletivo, o grupo PET-Saúde Cais Guanabara III definiu previamente o instrumento e o método de entrevista, considerando a solicitação e sugestões dos questionamentos dos membros do CSL. A amostra de 334 domicílios visitados aleatoriamente foi extraída das 3485 famílias assistidas pelas equipes da ESF. Selecionou-se por sorteio as quadras de cada microárea de abrangência das quatro equipes da ESF e distribuídas entre duplas de monitores para as visitas. Também foram estabelecidos critérios de inclusão e regras gerais para a sistematização dos procedimentos de coleta. Os resultados encontrados estão em processo de análise e, posteriormente, serão apresentados para o CSL e gestores da unidade de saúde.

A etapa de planejamento estimulou o aprendizado pela delimitação da pesquisa bem como demarcação do território assistido pela ESF. No primeiro momento, houve a estranheza de entrevistar as pessoas em suas casas. Com o decorrer da atividade, os monitores sentiram-se mais confortáveis e seguros, embora ainda com bastante cautela ao visitar as casas dos usuários. Entre as orientações estabelecidas: o uso de vestimentas adequadas, a transmissão de confiança, a explicação correta sobre os objetivos da entrevista e abordagem padronizada ao usuário, ouvir atentamente o usuário do sistema. Isso foi importante no aprendizado a lidar com o “novo” e também para ampliar o entendimento sobre as possibilidades e formas de contato com a comunidade.

Havia uma expectativa dos membros do CSL em conhecer se os usuários sentem-se satisfeitos com os serviços assistenciais prestados pela unidade de saúde. Assim uma das perspectivas contempla a contribuição dos estudantes na concretização de ações necessárias, mas nem sempre exequíveis pelo próprio

excesso de trabalho na rotina do serviço dos servidores. Acredita-se que os resultados da pesquisa poderão identificar potencialidades e fragilidades do serviço, e nortear mudanças necessárias, bem como oferecer subsídios para o CSL solicitar resolutividade para as demandas locais à gestão municipal de saúde.

Evidenciando a perspectiva da experiência vivenciada dos monitores, houve ainda uma dificuldade inicial de deslocamento no território assistido pela ESF do Jardim Guanabara III, devido aos erros na numeração pela prefeitura. Isso proporcionou aos monitores a experimentarem o que os profissionais da equipe da ESF têm que superar quando fazem o reconhecimento de área. Solucionada essa etapa, seguiram-se os demais desafios: periculosidade de algumas regiões de entrevistas, ausência dos moradores nos horários visitados, a falta de empatia e vontade de entrevistados, dificuldade dos moradores em entenderem alguns pontos questionados, além do desconhecimento sobre o CSL e serviços prestados pelo serviço de saúde.

De maneira geral, houve a percepção que muitos usuários não sabem diferenciar o atendimento da equipe ESF do serviço de emergência do CAIS. O que estimula a reflexão e planejamento de ações que favoreçam a comunicação entre serviço de saúde e população. Uma vez que a ESF está lotado no CAIS, onde o serviço de emergência é oferecido à população.

Os monitores também tiveram a oportunidade de informar e esclarecer aos moradores da região sobre o CSL, visto que a maioria não conhecia o trabalho do conselho. Sobretudo a participação popular e o controle social são princípios do SUS, como forma da comunidade participar da formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução. Ao constatar a dificuldade de entendimento ou mesmo desconhecimento sobre conselhos de saúde, evidencia-se uma fragilidade no estabelecimento e atuação do controle social. Percebe-se que a participação da comunidade é, por muitas vezes, tímida. Isso diminui o poder de atuação e intervenção dos CSL, uma vez que são desconsideradas muitas das demandas locais importantes, limitadas pela falta de representatividade eficaz (BRASIL, 2006).

A experiência contribuiu de maneira significativa para cada acadêmico envolvido. Estimulando a discutir e repensar a formação, bem como a prática do profissional de saúde. Portanto, possibilitou novos olhares, diante do que seja fundamental no contexto do SUS.

Além dos resultados relacionados ao aprimoramento dos acadêmicos e

profissionais, os benefícios trazidos aos usuários também devem ser ressaltados. Muitos desses moradores da região aproveitaram o momento da entrevista para ressaltar os problemas que afetavam a saúde pública local. Isso nos permitiu desenvolver habilidades para entender o outro e ouvi-lo com atenção e paciência, características importantes no atendimento de um profissional de saúde.

Conclusão

Vivenciar as adversidades e as reflexões sobre as práticas de saúde no SUS precisa fazer parte do processo ensino-aprendizagem dos estudantes da área da saúde. Foi importante perceber o quanto é necessário que os profissionais de saúde que atuam em uma região conheçam a população assistida, além de informar e esclarecer sobre os serviços desenvolvidos e prestados na unidade de saúde. Ademais, também é fundamental o esclarecimento para a população sobre a importância da participação ativa do processo de construção das políticas de saúde locais, por meio dos Conselhos de Saúde.

Ressaltando a perspectiva da experiência vivenciada, os monitores tiveram a oportunidade de sentir as dificuldades logísticas para execução da proposta. E associaram que isso faz parte do cotidiano das equipes da ESF. Como também, obtiveram o aprendizado da afetividade: ao verem e escutarem os moradores da região, bem como se sensibilizarem pela diversidade de desafios a serem superados pela comunidade local.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Brasília, v.4, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 1802, de 26 de agosto de 2008**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html> Acessado em 25 set. 2014.
- MONTENEGRO, A.V. PET-SAÚDE: relato de experiência estudantil na atenção básica. **Rev. Extensão em Ação**. v.3, n.1, p. 84-96, 2013.
- SILVA, T.P.; FONSECA, A.P.L.A.; SANTOS, S.M.S. O processo de avaliação do estágio extracurricular em saúde nas unidades de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Electrónica trimestral de Enfermería**, v.10, n. 21, p. 1-10, 2011.

Fonte de financiamento: Ministério da Saúde.

AVALIAÇÃO DO PET-SAÚDE NO ESTÁGIO COMUNITÁRIO NA PERSPECTIVA DO PRECEPTOR: UM PROGRAMA DE ENSINO À DISTÂNCIA

OLIVEIRA, Luma Laiane¹; BATISTA, Fernanda Costa²; FRIAÇA, Luana Carla Silva³; LEMES, Andressa Moreira⁴; LEMES, Guilherme Andrade⁵; MACHADO, Artur Gonçalves⁶; MARQUEZ, Cristina Lucena⁷; PEREIRA, Nayara Matos⁸; SANTOS, Ana Rita Bernades da Rocha⁹; TEIXEIRA, Sarah Rosette¹⁰

Palavra-chave: Preceptor, Ensino à Distância, Avaliação, PET-Saúde

JUSTIFICATIVA/BASE TEÓRICA

Os cursos de graduação em enfermagem, odontologia e medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) realizam há mais de trinta anos o Estágio Comunitário (EC), que ocorre em municípios do interior do estado, onde o aluno em regime de internato atua por quatro semanas em Unidades Básicas de Saúde da Família sob a supervisão dos profissionais da saúde, denominados de preceptores (BARRETO; et al; 2011). O objetivo é fortalecer o vínculo ensino e serviço, além de proporcionar aos acadêmicos a experiência de desenvolverem ações de cunho assistencial, gerencial e educativas vivenciando o interprofissionalismo no cenário da Atenção Básica (AB).

A UFG, em conjunto com os três cursos, elaborou o projeto PET-Saúde Estágio Comunitário de acordo com os preceitos instituídos pelos Ministérios. O PET Saúde foi visto como oportunidade de reforçar e valorizar as ações propostas pelo EC/UFG e ainda a possibilidade de aprimorar os processos de qualificação dos preceptores e dos graduandos, rumo ao fortalecimento da AB e do SUS. O projeto que contemplava o terceiro edital PET-Saúde, Nº. 24 de 15 de Dezembro de 2011 considerou as principais demandas apontadas nas avaliações dos dois projetos anteriores, levando o grupo de tutores a desenhar um projeto voltado especificamente para o desenvolvimento de ações de

¹ Acadêmica de Enfermagem UFG- Email: luma_laiane@hotmail.com

² Acadêmica de Enfermagem UFG- Email: nanda.costa92@hotmail.com

³ Acadêmica de Odontologia UFG- Email: luh.friaca@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem UFG- Email: andressamlemes@gmail.com

⁵ Acadêmico de Medicina UFG- Email: galemesufg@gmail.com

⁶ Acadêmico de Medicina UFG- Email: arturgmbr@hotmail.com

⁷ Acadêmica de Odontologia UFG- Email: crislmarquez@hotmail.com

⁸ Acadêmica de Medicina UFG- Email: naymp_naymp@hotmail.com

⁹ Acadêmica de Odontologia UFG- Email: anaritabrs@hotmail.com

¹⁰ Acadêmica de Odontologia UFG- Email: sarahrozette@hotmail.com

Educação Permanente (EP) direcionadas para os preceptores, objetivando o desenvolvimento de uma supervisão mais eficiente para os estudantes.

O projeto PET-Saúde Estágio Comunitário (2012-2014) desenvolveu ações de EP utilizando estratégias de Ensino à distância (Ead) e tecnologias de informação e comunicação, tais como a plataforma *moodle* e o Telessaúde. Durante os dois anos, os preceptores participaram de dois cursos de formação a distância, ministrados pelos tutores do projeto, por meio da Plataforma *moodle* com duração de três meses cada.

OBJETIVO

Avaliar o PET-Saúde Estágio Comunitário e o programa de educação à distância desenvolvido para preceptores dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, na perspectiva dos próprios preceptores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de Grupo Focal. Esta técnica tem como essência a interação entre os participantes e o pesquisador (CRUZ NETO; et al; 2001). O estudo foi realizado no campo de EC da UFG, nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos. Os dados foram coletados entre os meses de Janeiro de 2014 a Junho de 2014. O grupo focal foi conduzido por uma *expert* nessa técnica e neutra às atividades desenvolvidas no programa de EP, e teve a participação de três odontólogos e quatro enfermeiros. Não houve participação dos preceptores da categoria médica, apesar de terem sido convidados.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados produzidos nos encontros com os preceptores e usuários, os resultados foram categorizados na lógica do modelo de avaliação proposto por Kirkpatrick. (KIRKPATRICK, 2010)

Nível 1 – Reação

A reação significa identificar entre os participantes o grau de satisfação com o PET-Saúde EC e o programa de EP oferecido. Os dados do grupo focal permitiram identificar que os sujeitos se sentiram acolhidos pela equipe de tutores e de suporte técnico.

Quanto aos cursos de EP utilizando a plataforma *moodle*, os preceptores relataram que as temáticas trabalhadas atendiam às necessidades. No entanto foi considerada inadequada devido aos seguintes fatores: não haver tempo protegido para as atividades, quantidade excessiva de material a ser lido, pouca interatividade durante as aulas, dificuldade em lidar com as ferramentas e tecnologias de informação e comunicação e por nem todos os participantes terem acesso fácil à internet.

Mostrando que os preceptores estavam satisfeitos com o programa, tanto com o PET-Saúde EC como com os cursos de EP. Essa reação positiva dos preceptores demonstra o amadurecimento desse profissional e ainda a importância da durabilidade desse programa por longos períodos.

Nível 2 – Aprendizado

Nesse nível de avaliação identificou-se aspectos relativos à aprendizagem e ganhos de conhecimento. Os preceptores relataram apropriação de metodologias ativas de ensino, processos de avaliação e novos conceitos.

Quando se considera o SUS como formador, na peculiaridade do PET Saúde, há que se pensar nesse novo integrante no processo de aprendizagem, o preceptor, e fica ainda mais evidente a necessidade de acompanhamento das suas atividades docentes, como também a necessidade de processos de formação contínuos que fortaleçam sua prática pedagógica (FONSÊCA; JUNQUEIRA, 2014)

Nível 3 – Comportamento

Na avaliação do comportamento, procurou-se identificar as mudanças associadas aos conhecimentos adquiridos e se houve aplicação na prática. Os dados sugerem a mudança de postura do preceptor em relação à sua responsabilidade no processo de formação do futuro profissional.

Além disso, os preceptores relatam um comportamento de integração e colaboração na realização de atividades, apesar de apontarem uma limitação relacionada à postura da preceptoria médica e dos acadêmicos de medicina,

que muitas vezes não se integram aos trabalhos coletivos. Os preceptores associam essa dificuldade ao tipo de formação que recebem, voltada ao atendimento individual e fragmentado.

O comportamento de integração e colaboração relatado pelos preceptores a partir das atividades do PET-Saúde EC, leva-nos a considerar a interdisciplinaridade como caminho para o desenvolvimento em saúde (STAUDT, 2008).

Nível 4 – Resultado

No nível 4 da avaliação procurou-se pelos resultados alcançados por meio da parceria PET-Saúde EC com os serviços de saúde e, ainda, pela participação dos preceptores no programa de EP.

Os preceptores participantes sugerem que o Projeto PET-Saúde EC promoveu a integração entre os profissionais de saúde da equipe e entre a equipe e a comunidade; aprimorou o processo de trabalho, gerando maior qualidade do serviço prestado; produziu ganhos para a população, tendo em vista que a maior qualificação do preceptor melhora a qualidade da assistência prestada por ele e pelo acadêmico supervisionado.

CONCLUSÃO

O PET-Saúde EC desde sua implantação e agora com a inserção da EP e do EAD pode ser caracterizado como uma estratégia capaz de promover a transformação das práticas em saúde por meio da qualificação dos preceptores. As mudanças aconteceram principalmente em nível de aprendizado, comportamento e resultado. Os preceptores sinalizaram maior identificação com o papel de educador a partir da apropriação de conhecimentos específicos e ainda assumiram a responsabilidade pela formação dos profissionais em saúde, por meio de um comportamento docente interprofissional. A necessidade de melhorar a formação dos preceptores para o manuseio das ferramentas de ensino à distância e dificuldade de integração da área médica com o restante da equipe também foram percebida através deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. AMESTOY, Simone Coelho, et al. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 383-7, jun. 2010.
2. BARRETO, Vitor Hugo Lima; et al. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós- Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n.4, Oct./Dec. 2011.
3. FONSECA, Graciela Soares; JUNQUEIRA, Simone Rennó. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p. 1151-1162, 2014.
4. KIRKPATRICK, Donald. Como implementar os quatro níveis de avaliação de treinamento de equipes: um guia prático. Tradução: Alessandra Mussi. Rio de Janeiro, Senac, 2010.
5. LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p.115-121, jun. 2001.
6. CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002.
7. SALCI, Maria Aparecida; et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto & Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, jan.-mar. 2013.
8. STAUDT, Dirce Teresinha. A interdisciplinaridade em Atenção Básica à saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 75-84, Jan./Jun. 2008.
9. TESSER, Charles Dalcanale; et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, p. 4295-4306, 2011.

Fonte de Financiamento: PRO PET-Saúde 2012-2014

Instituições: UFG E SMS de Goiânia

(Projeto PET Saúde - Rede Cegonha 2012-2014)

MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA: TENDÊNCIAS NO PERÍODO DE 2003 A 2013 E EVOLUÇÃO DOS GRUPOS DE PRINCIPAIS CAUSAS

Autores: May Socorro Martinez AFONSO¹ ;Aline Gabriela RODRIGUES² ;Brenner Dolis Maretto de MOURA³; Loretha TORCHIA⁴; Thaís Cristine C RIBEIRO³; Aracelly dos Santos BORGES⁵; Líllian Lúcia ALVES⁵; Lorena de Almeida RIBEIRO⁵; Kelli Keigo KOGA⁵; Eliane Terezinha AFONSO⁶ .

1- Enf. SMS; Preceptora Pro-Pet Rede Cegonha- mayafonso@yahoo.com.br

2- Acad. de Farmácia/UFG e monitora do PET saúde Rede Cegonha

3- Acad. de Medicina/ UFG e monitores do PET saúde Rede Cegonha

4- Acad. de odontologia e monitora do PET saúde Rede Cegonha

5- Enf. SMS; Preceptora Pro-Pet Rede Cegonha

6- Tutora do Proj. Pro-PET saúde Rede Cegonha- Prof. da Fac. de Medicina/UFG- elianeterezinha@uol.com.br

Palavras-chave: Mortalidade infantil, Sistemas de informação, Avaliação em saúde, Estatísticas vitais.

Introdução: A mortalidade infantil é quarta meta a ser cumprida nos objetivos do milênio globalmente. A meta que é reduzir em dois terços, até 2015 a mortalidade de crianças menores de 5 anos, já foi alcançada pelo Brasil. Cinco anos antes de acabar o prazo, o Brasil reduziu a taxa de mortalidade infantil de 29,7 em 2000 pra 15,6 por 1 mil nascidos vivos em 2010. Apesar disso, a desigualdade no país ainda é grande: crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade (Saúde Brasil 2010).

Justificativa: A TMI reflete as condições de vida e de saúde, o acesso aos serviços de saúde, e o desempenho dos programas dirigidos à sua redução, sendo objeto de diversas pactuações nacionais e internacionais; como tal, sua análise subsidia avaliação das condições de saúde da população, bem como indica pontos prioritários nas intervenções em saúde nos diversos municípios e regiões do país.

Objetivo: Analisar a tendência temporal e as causas dos óbitos infantis no município de Goiânia e Distritos Sanitários de 2003 a 2013.

Métodologia

1- delimitação, área e população de estudo: foi desenvolvido um estudo ecológico de série temporal para análise da tendência das taxas de mortalidade infantil (TMI) anuais no período de 2003 a 2013. O estudo incluiu todos os óbitos de menores de um ano de residentes em Goiânia ocorridos nesse período, com registro no Sistema de Informações sobre Mortalidade.

2- Fonte de dados: Os bancos de dados utilizados são de natureza secundária; os dados sobre óbitos infantis foram oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS); Outra fonte de dado utilizada foram os bancos de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) para obtenção do número de nascidos vivos em Goiânia com sua distribuição nos sete Distritos Sanitários. Os dados foram extraídos do SIM e SINASC em junho de 2014.

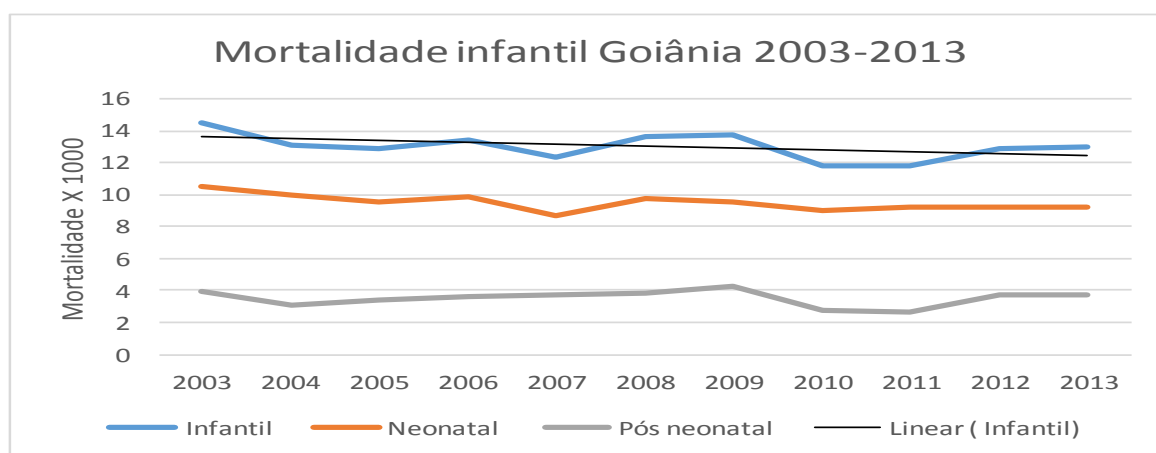
3- Desfechos do estudo: as variáveis de desfecho foram óbitos infantis, óbitos neonatais e óbitos pós-neonatais; As variáveis estudadas foram Data de nascimento, Data do óbito, município de residência, Distrito sanitário de residência e causa básica do óbito.

Análise dos dados: Após adequação dos bancos de dados foram calculados os coeficientes de mortalidade infantil e de seus componentes, neonatal (≤ 28 Dias) e pós neonatal (29 dias a < 1 ano) por ano (2003 a 2013) para o município de Goiânia. A mortalidade proporcional, definida como a porcentagem de óbitos em determinado grupo de causa, em relação ao total de óbitos registrados, foi estimada em menores de um ano considerando todo o período (2003-2013) para Goiânia. Devido a mudanças do Sistema de Informações em Saúde da SMS os dados analisados para os Distritos Sanitários corresponderam ao período de 2006 a 2013. Foram descritas as séries históricas da mortalidade infantil e seus componentes segundo grupos de causas de óbito no período. Na análise de série temporal das taxas de mortalidade infantil e seus componentes, por ano, para Goiânia utilizou-se o modelo de auto-regressão de Prais-Winsten para avaliar a tendências históricas e as variações das séries. O logaritmo de base 10 das taxas mensais de mortalidade infantil foi a variável dependente, $\log Y(i)$. A variável explanatória do modelo foi a tendência linear ao longo do tempo (para verificação da tendência secular). Diferenças de médias

das taxas de óbitos infantis entre os Distritos sanitários foi feita com teste de t de Studen. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes. A análise e processamento dos dados foram realizadas com o auxílio dos *softwares*, Excel e STATA 12.0.

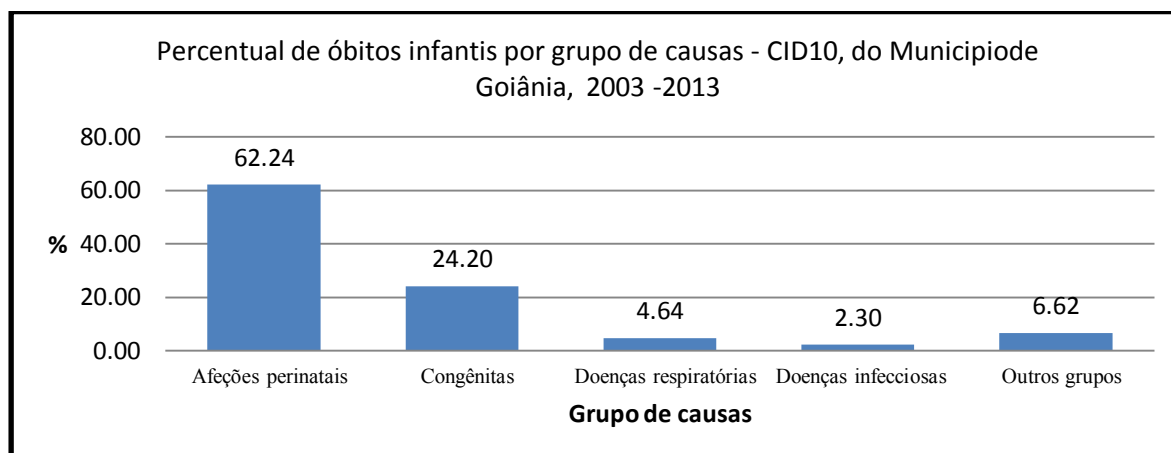
Resultados: Nos anos de 2003 a 2013 ocorreu um total de 2826 óbitos infantis em Goiânia registrados no SIM. A taxa de mortalidade infantil variou de 14,46 por 1000 nascidos vivos em 2003 a 12,95 por 1000 nascidos vivos em 2013. A análise da tendência temporal para a série histórica de taxas de Mortalidade infantil em Goiânia mostrou-se estável no período apesar de uma discreta tendência de redução observada na série temporal das taxas de mortalidade neonatal ($p < 0,05$); as taxas de mortalidade pós neonatal também apresentaram-se estáveis no período. A mortalidade neonatal manteve-se com taxas cerca de 3 vezes superiores as observadas para a mortalidade pós neonatal ao longo do período. Na análise segundo os grandes grupos de causas de óbitos infantis da CID 10 em Goiânia, apenas um único grupo, (Grupo XVI-CID10- Algumas afecções originadas no período perinatal) foi responsável por 62,24 % das mortes (Gráfico 2) . As médias das taxas de mortalidade infantil entre os distritos sanitários variaram da menor observada no Distrito Norte (11,16 x 1000) a maior observada no Distrito Oeste (14,56 X1000) entre 2006 e 2013.

Gráfico 1- Mortalidade Infantil no Município de Goiânia, 2003 a 2013*



*Dados obtidos junto a SMS/2013 dados parciais

Gráfico 2- Percentual de óbitos infantis por grupo de causas - CID10, do Município de Goiânia, 2003 -2013.



Discussão: a Taxa de Mortalidade infantil se manteve estável no município de Goiânia no período estudado. No Grupo XVI-CID10, responsável por 62,24 % dos óbitos infantis, as categorias de maior incidência, foram respectivamente a síndrome do desconforto respiratório de recém-nascido (P22), a septicemia bacteriana do recém-nascido (P36), e a síndrome de aspiração neonatal (P24). O Grupo XVII e Grupo X da CID10 são, respectivamente, as duas maiores causas de óbito pós-neonatal: outras malformações congênitas do coração (Q24) e Pneumonia por microorganismo NE (J18). Quando observamos, o período de 2008 a 2010, percebemos uma ligeira elevação, seguida de uma discreta queda, refletindo diretamente pela mortalidade pós-neonatal, que seguiu o mesmo movimento. Os fatos que, possivelmente podem ter influenciado tal oscilação seriam a epidemia de influenza em 2009, e em 2010, a implantação das vacinas pneumocócica, vacina meningocócica e o início da campanha de vacinação contra influenza, em crianças maiores de seis meses e menores de dois anos (Brasil, 2010), fatos que podem ter influenciado tanto na morbidade, quanto na mortalidade destas doenças, conforme verificado em estudos (Afonso et al, 2013; Andrade et al, 2014; Nunes et al, 2013); Outro aspecto verificado nesse período foi o aumento da cobertura do Programa Estratégia Saúde da família no município. Apesar dessas intervenções, a Taxa de Mortalidade infantil no município de Goiânia manteve-se estável, visto que o componente neonatal responde por 2/3 da mesma sendo pouco influenciado por estas medidas.

Conclusão: Goiânia possui média TMI inferior a média nacional (16,20) e da Região Centro-Oeste (15,90), porém com estabilização no período estudado. O resultado do estudo aponta para a importância das causas dos óbitos neonatais em sua maioria evitáveis. Há ainda a necessidade de uma análise aprofundada e individualizada de cada região do município, com finalidade de subsidiar as ações que obterão impacto sobre os indicadores de mortalidade infantil, de acordo com as características de cada região.

Referências

AFONSO, Eliane Terezinha et al. Effect of 10-valent pneumococcal vaccine on pneumonia among children, Brazil. **Emerging infectious diseases**, v. 19, n. 4, p. 589, 2013.

ANDRADE, Ana Lucia et al. Direct Effect of 10-Valent Conjugate Pneumococcal Vaccination on Pneumococcal Carriage in Children Brazil. **PloS one**, v. 9, n. 6, p. e98128, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popgo.def> . Acessado em junho 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. serv. saúde**, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

NUNES, Ceuci de Lima Xavier; BARRETO, Francesca Maria Gomes; SACRAMENTO, Jéssica Ribeiro do. Impacto da vacinação contra o meningococo c na ocorrência de doença meningocócica em hospital especializado. **Rev. baiana saúde pública**, v. 37, n. Supl. 1, 2013.

RIPSA-Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/ldb> . Acesso em: 29 de setembro de 2014.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAIS (EAPV) NOTIFICADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS

Mayara Guimarães SANTOS¹; Débora Ferreira dos SANTOS²; Israel Souza Barbosa CARNEIRO²; Tadeu João Ribeiro BAPTISTA³; Flúvia Pereira AMORIM⁴, Grécia Carolina PESSONI⁵.

1- Bolsista PRÓPET-Saúde, Faculdade de Enfermagem; 2 - Bolsistas PRÓPET-Saúde, Faculdade de Medicina; 3 - Tutor PRÓPET-Saúde, Faculdade de Educação Física; 4 - Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; 5 - Preceptora PRÓPET-Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Palavras – chave: vacina, eventos adversos, segurança.

Fonte de Financiamento: Ministério da Saúde

JUSTIFICATIVA / BASE TEÓRICA

A vacinação é um procedimento que reduz a morbimortalidade e auxilia no controle e erradicação de muitas enfermidades, pois causa impacto nas ações que visam tanto a saúde individual como o processo coletivo em que o indivíduo está inserido. Consiste na inoculação de um antígeno na corrente sanguínea de uma pessoa, visando à produção de anticorpos (MALAGUTTI, 2011).

As vacinas são consideradas como uma das tecnologias médicas mais efetivas e de menor custo benefício, elas são utilizadas em todo o mundo no controle e prevenção de doenças infecciosas e revelam-se importantes, principalmente nos países em desenvolvimento, que possuem condições sanitárias deficientes e escassez de recursos destinados às ações de saúde pública (LESSA; DOREA, 2013).

As vacinas são administradas a fim de salvar vidas e preservar a saúde. Elas figuraram entre os produtos biológicos mais seguros sendo considerada como uma das medidas de prevenção à saúde mais eficazes e com custo benefício favorável. No entanto, uma pequena minoria de pessoas que são vacinados podem sofrer reações à vacina, a maioria das quais são moderados e com tempo limitado, mas também pode, em casos raros, ter um impacto significativo sobre a saúde. O medo de reações vacinais, real ou percebida, impede muitas pessoas de se submeter à vacinação (WHO, 2012).

Apesar dos inúmeros benefícios da vacinação, esta não está livre de eventos adversos (BISETTO, CUBAS, MALUCELLI, 2011). Eventos adversos

pós vacinais (EAPV) são todas as reações ocorridas em tempo variável após utilização de imunobiológicos. Ou seja, qualquer sinal ou sintoma grave e/ou inesperado e/ou indesejável que ocorra após a vacinação (BRASIL; 2008).

O EAPV pode estar associado à vacina, quando é causado por ela ou precipitado em virtude de uma propriedade que lhe é inerente, mesmo quando aplicada corretamente. Pode decorrer de erro programático, quando resulta do preparo, manejo ou administração inadequada da vacina, ou ser coincidente, quando surge após a vacinação, mas a associação é apenas temporal, sem nexo causal (WALDMAN, et al. 2011).

A vigilância atenta quanto à possível ocorrência de eventos adversos que venham a ser associados à vacinação é uma exigência cada vez maior. Hoje, com a ampliação dos grupos-alvo e com o aumento do quantitativo de vacinas administradas, especialmente quando da utilização de estratégias massivas, inclusive com o uso de produtos mais reatogênicos, é esperada a ocorrência de eventos locais e sistêmicos que devem ser notificados, investigados e analisados, com a adoção de medidas pertinentes, objetivando atuar sobre os fatores que condicionaram a ocorrência, incluindo o monitoramento e a avaliação dos eventos identificados (BRASIL, 2013).

A ocorrência de efeitos adversos associados à vacinação sempre causa sofrimento público, o que pode tornar difícil a introdução de novas vacinas, mesmo se eficazes e seguras. A pesquisa de novas formulações de vacinas tem como objetivo a descoberta de novas formulações sem efeitos secundários, que nem sempre é facilmente atingível (HIGASHI et al., 2009).

Considerando a importância dos imunobiológicos na prevenção de doenças e a necessidade de manutenção e alcance de altas coberturas vacinais para que essa prevenção seja efetiva, faz-se necessário avaliar os possíveis efeitos adversos pós- vacinais dos imunobiológicos incluídos no Calendário Nacional de Vacinação e assim garantir uma imunização com qualidade e segurança.

A caracterização da ocorrência dos EAPV se mostrou como uma necessidade do serviço de Vigilância em Saúde, sendo que não há estudos nesta área no município de Goiânia.

OBJETIVO

Compreender e analisar os eventos adversos pós-vacinais no município de Goiânia, notificados durante os anos 2011, 2012 e 2013.

METODOLOGIA

Trata – se de um estudo descritivo de corte transversal, realizado no município de Goiânia, Goiás, na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Para coleta de dados utilizou-se o “Formulário para Notificação/ Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) associados ao uso de Vacina, Soro ou imunoglobulina”. Constituiu a amostra deste estudo, todos os eventos adversos pós-vacinais notificadas à Diretoria de Vigilância em Saúde de Goiânia-GO no período de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2013, de pessoas residentes em Goiânia. Os dados foram digitados em microcomputador e analisados através do software *Epi Info for Windows®*, versão 3.5.4. Como critérios de inclusão foram considerados todos os eventos adversos pós- vacinais (EAPV) notificados em ficha própria em Goiânia entre Janeiro de 2011 à Dezembro de 2013. Fez parte dos critérios de exclusão os formulários de notificação fora do período de estudo (antes de 2011 ou após 2013); formulários com notificação de outros produtos que não considerados imunobiológicos e notificações de EAPV que aconteceram em outros municípios.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre 2011 e 2013 foram notificados 1.070 casos de EAPV em Goiânia. Destes, 203 foram excluídos pois pertenciam a outros municípios ou não estavam relacionados à vacinação. No período estudado foram aplicadas 1.698.516 doses de vacinas no município de Goiânia – Goiás, com uma prevalência de 0,05% de eventos adversos relacionados à vacinação. A maioria dos EAPV notificados ocorreram em crianças menores de um ano (59,2%), devido à essa faixa etária receber a maior quantidade de vacinas do Calendário Nacional de vacinação, dez dos 15 tipos de imunobiológicos, ainda considerando a quantidade de doses de acordo com o esquema vacinal completo, a criança

menor de um ano recebe 16 doses de vacinas antes de completar o primeiro ano de vida. A maioria dos vacinados eram residentes em Goiânia (98,6%), da raça branca (45,3%) e do sexo masculino (50,4%).

A maioria das pessoas (74,8%) não apresentaram eventos adversos anteriores ao evento analisado neste estudo. Em relação ao ano de notificação verificou-se um aumento dos casos notificados de 2011 para 2012, permanecendo a mesma média no ano seguinte, em 2013. Esse aumento foi provavelmente devido à capacitações e treinamentos a respeito da importância da notificação dos eventos adversos pós-vacinais e à mudança do modelo do formulário de notificação. Ainda, pode ser justificado pela inclusão de novas vacinas no Calendário Nacional de Imunização.

Dentre os 867 casos de Eventos Adversos Associados à Vacinação, as vacinas Pentavalente/Tetralente (0,77%), Pneumocócica 10 valente (0,47%) e a Vacina oral contra rotavírus humano (0,40%) foram as de maior frequência nas notificações. As vacinas Pneumocócica e Oral contra rotavírus humano também apresentaram prevalência considerável. Contudo essas vacinas foram relatadas concomitantemente com a vacina Pentavalente, uma vez que são feitas no mesmo dia, os profissionais de saúde ao realizarem a notificação citam todos aqueles imunobiológicos que a criança recebeu na mesma data.

Após o desenvolvimento do EAPV, 46,2% mantiveram o esquema vacinal e grande parte (37,8%) tiveram substituição de esquema (utilização da vacina DTP acelular no lugar da DTP celular, com encaminhamento para o Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE).

Os principais eventos adversos locais relacionados à vacinação foram a dor (44%), o edema (32%), calor local (31,7%) e enduração (28,9%), considerados também como eventos adversos leves. Como reações sistêmicas, os principais sinais e sintomas notificados foram: febre (55,9%), choro persistente (25%), vômitos (13,7%) e hipotonia (12%), eventos estes relacionados na literatura como decorrentes das vacinações com imunobiológicos contendo o componente *Bordetella pertussis*.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa pode – se traçar um perfil epidemiológico dos EAVPs no município de Goiânia, que condiz com os dados apresentado na literatura. Este reafirma que as vacinas constituem um imunobiológico de segurança. E que as notificações de EAPV constituem o principal instrumento para controle da segurança das vacinas, sendo necessário orientar profissionais da saúde sobre a importância de seu preenchimento.

REFERÊNCIAS

- BISETTO, L. *et al.* A prática da enfermagem frente aos eventos adversos pós-vacinação. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 45, n. 5, Oct. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação** / Ministério da Saúde – Brasília, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p.
- HIGASHI, H. *et al.* Acellular and "low" pertussis vaccines: adverse events and the role of mutations. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 51, n. June 2009.
- LESSA, S.; DOREA, J. Bioética y vacunación infantil masiva. **Rev. Bioét.** Brasília, v. 21, n. 2, 2013.
- MALAGUTTI WILLIAM. Imunização, Imunologia e Vacinas. Rio de Janeiro: Editora Rúbio, 2011.
- WALDMAN, *et al.* Vigilância de eventos adversos pós-vacinação e segurança de programas de imunização. **Rev. Saúde Pública**, v.45 n.1, 2011.
- WHO. World Health Organization. **Global Vaccine Safety Blueprint.** Geneva: World Health Organization, 2012.

PERFIL DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL INTERNADO NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

¹Rodolpho Lemes de OLIVEIRA, ²Gisele Rodrigues Fonseca SAGAWA, ³Elisa Franco de Assis COSTA, ⁴Ana Cláudia Batista de SOUZA, ⁵Gustavo Santana de LIMA, ⁶Marília Cândido FIDELES, ⁷Midiã Saraiva ADERALDO, ⁸Phamera Ferreira CUNHA, ⁹Rodrigo Mendonça SILVA.

¹ Acadêmico de medicina da Universidade Federal de Goiás (rodolphociclo@hotmail.com)

² Médica especialista em geriatria pelo Hospital de Urgências de Goiânia (dragiselesagawa@gmail.com)

³ Médica especialista em clínica médica e em geriatria e mestrado em medicina tropical pela Universidade Federal de Goiás (efrancoacosta@gmail.com)

⁴ Acadêmica de farmácia da Universidade Federal de Goiás (anasouza91@hotmail.com)

⁵ Acadêmico de medicina da Universidade Federal de Goiás (gsantdelima@gmail.com)

⁶ Acadêmica de nutrição pela Universidade Federal de Goiás (marilia.candidof@gmail.com)

⁷ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Goiás (midia.saraiva@yahoo.com.br)

⁸ Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Goiás (phameraferreira@hotmail.com)

⁹ Acadêmico de educação física da Universidade Federal de Goiás (rodrigopolonski@hotmail.com)

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, AVC, Internação Hospitalar, Admissão do Paciente

1- JUSTIFICATIVA / BASE TEÓRICA

Os Acidentes Vasculares Cerebrais são a segunda causa de morte no mundo. E apesar de uma diminuição da mortalidade por AVC, ao se fazer um balanço da carga dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) de 1990 a 2010 em escala global, notou-se um aumento no número absoluto de casos a cada ano, bem como de sobreviventes ao AVC, mortes relacionadas ao evento e anos vividos com incapacidades (VALERY et al, 2013; LOZANO et al, 2010; WANG et al, 2012).

Enquanto em países de renda alta a tendência nas duas últimas décadas foi de um decréscimo na incidência, mortalidade e anos vividos com incapacidades; nos países de baixa a média renda as incidências de ambos os tipos de AVC aumentaram significativamente, principalmente em pessoas entre 20 – 65 anos (CAIRNCROSS et al, 2007). Nos países mais pobres os eventos incidem em pessoas mais jovens, antecipando de três a cinco anos a idade de suas ocorrências (KISSELA et al, 2012). Quando

comparados com os países de alta renda, os países de renda baixa e média tiveram um aumento ainda mais desproporcional dos eventos hemorrágicos (MEDIN et al, 2004).

Essa discrepância entre países de diferentes níveis de renda provavelmente decorre da transição epidemiológica vivida de formas peculiares. Em todos, a diminuição no número de doenças relacionadas a infecções e desnutrição deu lugar às doenças crônicas. Mas ao contrário dos países de baixa e média renda, os países desenvolvidos implementaram melhores estratégias de prevenção e melhores cuidados de saúde para essas doenças crônicas (JOHNSTON et al, 2009).

Estratégias de prevenção devem ser amplamente encorajadas para diminuir os fatores de risco (cessação do tabagismo, controle da hipertensão, redução do sal na dieta), pois mesmo mudanças modestas podem reduzir substancialmente o risco populacional cumulativo. São necessárias estratégias diferentes a depender do comportamento da doença em cada sociedade (JOHNSTON et al, 2009).

2- OBJETIVOS

Objetivo geral: descrever o perfil demográfico e epidemiológico do paciente internado por AVC no maior hospital de urgências da região Centro-Oeste - Hospital de Urgências de Goiânia Waldomiro da Cruz (HUGO).

Objetivos específicos: determinar o tempo que se estabelece entre os primeiros sintomas do evento até o primeiro atendimento e até a internação no HUGO; fazer o levantamento das doenças pré-existentes e medicações usadas pelos pacientes tendo assim uma ideia de como estão as estratégias de prevenção primária e secundária para o AVC; avaliar a funcionalidade dos pacientes previamente ao evento.

3- METODOLOGIA

Foi feita a busca ativa dos pacientes internados com AVC nas enfermarias do HUGO, nos dias em que os alunos havia disponibilidade de ir ao Serviço. A coleta dos dados compreendeu um período entre novembro de 2013 a julho de 2014. Devido à restrição de acesso, os pacientes internados em UTI não foram avaliados. Os alunos, portanto, preenchem uma ficha cujas informações eram advindas do paciente e/ou acompanhantes e/ou dos prontuários. Um dos itens avaliados foi a capacidade do paciente realizar suas atividades básicas de vida diária, para isso utilizou-se a escala avaliação funcional de

Barthel (score de 0 a 100). O paciente ou os familiares deveriam assinar um termo de consentimento.

4- RESULTADOS/DISCUSSÃO

Havia um total de 39 fichas preenchidas, das quais duas foram excluídas por duplicidade e outras duas por informações incompletas. Restaram, portanto, 35 pacientes avaliados. A maioria era do sexo masculino (60%), a idade média entre o sexo feminino foi de 61,43 anos e entre o sexo masculino foi de 57,8 anos. As fontes das informações, na maioria, eram o paciente e/ou acompanhante (65,71%).

Desses casos de Acidentes Vasculares Cerebrais, 40% tratavam-se de um primeiro evento, 25,71% de um segundo evento, 22,85% de um terceiro evento e 11,4% tinham sofrido quatro ou mais AVCs. Os pacientes que diziam fazer acompanhamento médico regular foram 60%. A hipertensão foi a doença pré-existente mais prevalente (48,57%), seguida do Diabetes (8,57%) e dislipidemia (2,8%).

Dos pacientes que já tinham sofrido AVC, apenas 9,2% usavam AAS e nenhum uso de anticoagulante foi registrado, no entanto, esse número pode estar subestimado já que 38% desses, não sabiam informar as medicações que usavam. Além do mais, 22,8% relatavam ter pelo menos uma das três doenças mais associadas com o risco de AVC: diabetes, hipertensão e dislipidemia, mas não usavam nenhuma medicação.

O tempo entre o início dos sintomas do AVC e o primeiro atendimento, em 62,85% dos casos, foi de menos de uma hora; em 8,57% esse tempo foi maior que um dia; 28,57% não sabiam informar, enquanto que o tempo médio entre os primeiros sintomas e a internação no HUGO foi de quatro dias.

Em relação à avaliação funcional, onde se observou o grau assistência exigido pelo indivíduo nos últimos meses ao evento que o levou à internação, 60% eram independentes para as atividades básicas de vida diária, 5,7% tinham uma dependência leve, 8,57% uma dependência moderada, 11,4% uma dependência grave e 11,4% uma dependência total.

O tempo para iniciar o atendimento aos pacientes em estudo, a partir dos primeiros sintomas, foi satisfatório na maioria dos casos. Porém, a transferência para um hospital especializado foi bastante ineficiente. Esse fato pode demonstrar dificuldade na regulação

do paciente ou deficiência de vagas na rede do Sistema Único de Saúde, de onde depende a maioria dos pacientes que não tem condição financeira de se tratar sistema privado de saúde, já que o tratamento do AVC é bastante oneroso.

Outra questão importante foi em relação à aparente falha na prevenção primária dos casos de AVC. Mesmo que não tenhamos dados totalmente confiáveis e uma amostra pequena, foi evidenciado que quase metade dos pacientes era portadora de doença arterial hipertensiva, além de outras importantes patologias com potencial lesivo para a rede vascular, como o diabetes e a dislipidemia. Apesar desses grandes fatores de risco, um número expressivo desses pacientes relatou não fazer acompanhamento médico regular, depreendendo, portanto, que o controle das doenças se deu de forma insatisfatória. Esse fato, portanto, pode ter corroborado para o episódio de AVC.

Quanto à avaliação funcional, os dados mostram que a maioria dos pacientes dotava de certa independência para realizar suas atividades diárias antes do AVC, até porque 40% dos pacientes estavam passando pelo primeiro episódio da doença. Entretanto, muitos pacientes já levavam sequelas de AVCs anteriores. De todo modo, essa avaliação traz importância pelo fornecimento de parâmetros concretos na avaliação desses pacientes, que poderão ser conduzido em futuros estudos para analisar a repercussão do AVC na vida dessas pessoas.

5- CONCLUSÃO

Os pacientes com AVC em nosso estudo tinham grande prevalência de doenças crônicas lesivas ao sistema vascular e uma baixa adesão ao correto tratamento delas. Assim, mostra-se a dificuldade na prevenção primária dessa entidade. Apesar de haver, relativamente, um atendimento de urgência rápido ao paciente de com AVC, a transferência desse mesmo paciente a um centro especializado foi demorada.

Por fim, o presente trabalho oferece subsídios para proposta de intervenção para a prevenção do AVC, a partir da correção das falhas evidencias na condução desses casos, principalmente na prevenção primária da doença. Além disso, a avaliação da repercussão do AVC na vida esses pacientes pode ser novamente observada em outros estudos, gerando, inclusive, propostas para a redução de morbidades e reabilitação dos pacientes já afetados pela doença.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cairncross F. Economics: age, health and wealth. *Nature* 2007;**448**: 875–76.

Kissela BM, Khoury JC, Alwell K, et al. Age at stroke: temporal trends in stroke incidence in a large, biracial population. *Neurology* 2012; **79**: 1781–87.

Johnston SC, Mendis S, Mathers CD. Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling. *Lancet Neurol* 2009; **8**: 345–54.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; **380**: 2095–128.

Medin J, Nordlund A, Ekberg K. Increasing stroke incidence in Sweden between 1989 and 2000 among persons aged 30 to 65 years: evidence from the Swedish Hospital Discharge Register. *Stroke* 2004; **35**: 1047–51.

Valery L, Mohammad H, Rita K. Global and Regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet* 2013;1-11

Wang H, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; **380**: 2071–94

7- FONTE DE FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio do programa PRÓ – PET - Saúde.

A REALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA NA VIVÊNCIA DAS ATIVIDADES DO PET- RAS CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Vittória Braz de Oliveira ALVES¹; Maressa Gonçalves da PAZ¹; Leidyane Cristina SANTOS¹; Jordana NASCIMENTO¹; Juliana Cristina MAGALHÃES¹; Ângela Bete Severino PEREIRA²; Jackeline Maciel BARBOSA²; Silvia Rosa de Souza TOLEDO²; ²; Janaina Valadares GUIMARÃES³, Rita Goreti AMARAL⁴.

¹ Graduandas de enfermagem e mestranda de Farmácia da Universidade Federal de Goiás e bolsistas e voluntária do PET SAÚDE-RAS câncer do colo do útero. Email: vittoria.braz@gmail.com; ² Preceptoras do PET SAÚDE-RAS câncer do colo do útero. Email: jackelinemacielbarbosa@yahoo.com.br; angelabete@gmail.com; silviasatoledo@gmail.com

³ Professora Dra. da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e Tutora do PET SAÚDE-RAS câncer do colo do útero. Email: valadaresjanaina@gmail.com. ⁴ Professora Dra. da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Goiás e Coordenadora do PET SAÚDE. Email: ritagoreti26@gmail.com.

Palavras- Chave: Câncer do Colo uterino, atenção primária, atenção secundária, atenção terciária.

Introdução

Entre alguns dos desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher encontram-se as ações de controle do câncer de colo do útero, considerado o segundo mais comum entre mulheres no mundo, sendo que 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil (SAÚDE, 2006). Ainda devido a sua alta incidência e mortalidade, se torna responsabilidade dos gestores e profissionais da saúde em geral realizarem ações de prevenção e promoção nas unidades primária, secundária e terciária com foco na detecção precoce, garantido tratamento oportuno e adequado às mulheres (SAÚDE, 2006; INCA, 2011).

O câncer de colo uterino é associado a inúmeros fatores de risco, sendo alguns deles: hiper reposição estrogênica, obesidade associada a pós-menopausa, a hipertensão crônica e diabetes mellitus. Ainda podemos considerar como fatores de risco: a menarca, menopausa tardia, nuliparidade e hiperplasia atípica do endométrio. Vale ressaltar que o em aproximadamente 5 % dos casos de câncer endometrial em mulheres com até 54 anos de idade podem estar associados a fatores genéticos (VIEIRA et al, 2012).

Nesse contexto, surgiu o Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho – Rede de Atenção em Saúde sendo um dos seus componentes o projeto denominado de Rastreamento de Câncer de Colo de Útero, com o intuito de compreender, contribuir e avaliar o atendimento e os serviços oferecidos a mulheres do Distrito Leste da cidade de Goiânia. Ainda, o Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho – Rede de Atenção a Saúde, possui uma interface política, com o objetivo de formar cidadãos mais críticos quanto à sua postura e atitudes tanto no ambiente de trabalho como fora dele (SANTOS, et al, 2013). Dessa forma o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada durante a participação no Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho – Rede de Atenção em Saúde comparando a mesma com o décimo terceiro Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências das acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal e bolsistas do Programa de Educação Tutorial - Rede de Atenção à Saúde câncer do colo do útero no período de março a julho de 2014 nos cenários de atenção primária, secundária e terciária observando e participando da rotina desses locais. Além disso, as alunas do nono período de enfermagem já haviam participado da disciplina de Ginecologia e Obstetrícia ofertada pela Faculdade de Enfermagem, onde foi tratado o tema do câncer de colo uterino, o que facilitou a vivência das atividades propostas pelo PET RAS câncer do colo uterino. Diante disso, as acadêmicas realizaram a comparação do que foi observada nos campos de prática com o Caderno de Atenção a Saúde número treze.

Resultados e Discussão

Dentre as atribuições do profissional enfermeiro, de acordo com o Caderno de Atenção a Saúde número treze, ressaltamos a realização do atendimento integral a mulher, consulta de enfermagem, coleta de exame preventivo, exame clínico das mamas e solicitação dos exames complementares e medicação conforme protocolos do Ministério da Saúde. Essas atribuições podem ser efetivamente realizadas quando consideramos as linhas de cuidado para o câncer de colo uterino (SAÚDE, 2013). Dessa maneira é possível notar que a principal participação do enfermeiro está na prevenção e na detecção precoce. Assim, será discutido em forma de tabela

o que foi vivenciado durante as atividades do PET RAS câncer do colo do útero das acadêmicas e comparado com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2013).

Preconizado pela literatura	Realidade dos serviços
O exame citopatológico deve ser realizado em mulheres de 25 a 60 anos de idade, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos.	Muitas das vezes as mulheres que buscam o serviço para o exame citopatológico em unidades primárias exigem exames anualmente, sendo assim uma dificuldade para os profissionais seguir o rastreamento proposto pelo Ministério da Saúde. Outro aspecto relevante é que muitas das mulheres composta dentro da faixa etária indicada não realizam o exame de prevenção, indicando assim que os serviços devem realizar busca ativa.
Mulher grávida: não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e não usar escova de coleta endocervical.	A falta de segurança do profissional para se realizar o exame citopatológico em mulheres grávidas se faz presente, principalmente os profissionais de unidades básicas. O que entra em conflito com o que é preconizado pelo Ministério.
Histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal.	É fundamental que os profissionais dos serviços, seja ele qual for, recomende a mulher que se submeteu a uma histerectomia total como é feita a coleta, foi observado durante nossa experiência que os profissionais demonstraram conhecimento a respeito dessa particularidade.
Histerectomia subtotal: rotina normal	Os profissionais também demonstraram conhecimento a respeito do seguimento de rotina normal preconizados.
É necessário ressaltar que a presença de colpites, corrimentos ou colpocervicites	Foi observado através de todas as vivências que o exame citopatológico foi realizado nos casos de

pode comprometer a interpretação da citopatologia. Nesses casos, a mulher deve ser tratada e retornar para coleta do exame preventivo do câncer do colo do útero.	sintomatologia clínica como corrimentos, colpites e etc. Em uma das unidades um profissional declarou que “ Não se pode perder a oportunidade de realizar o preventivo das mulheres que buscam o serviço”.
Realizar recomendações prévias a mulher para a realização da coleta do exame preventivo do colo de útero para realização do exame.	As orientações básicas para a realização do exame citopatológico não é observado na maioria dos serviços, principalmente nas unidades básicas. Orientações básicas de não realização de duchas vaginais, abstinência sexual 48 horas antes da realização do exame por exemplo não é observado nas rotinas dos serviços.
Preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico, de forma adequada.	O preenchimento correto dos dados foi observado durante a vivência das acadêmicas como um desafio, alguns dados preenchidos incorretamente prejudicam a leitura pelo laboratório, portanto, os serviços estão em processo de mudança para adaptação de preencher corretamente os exames.

É notório que as realidades vivenciadas dos serviços primários, secundários e terciários envolvendo o exame citopatológico além do que já foi discutido, sofre com o encaminhamento errôneo das mulheres, principalmente do serviço primário ao demais serviços. Muitas vezes as mulheres são encaminhadas diretamente das unidades básicas para os serviços terciários, casos que poderiam ser tratados em serviços secundários.

Outro fator importante é o rastreamento das mulheres entre 25 e 64 anos, uma vez que é de atribuição da atenção primária o rastreamento das lesões precursoras (SAÚDE, 2013), portanto, foi observado que pela atribuição destinada à atenção primária, esta deverá ter atenção primordial e com foco correto no rastreamento do colo uterino, já que é um câncer de desenvolvimento lento e por vezes sem sintomatologia aparente. Entretanto, as rotinas das atenções primárias acompanhadas apresentaram deficiência no que diz respeito ao rastreamento adequado das lesões precursoras, muitas mulheres das áreas de abrangência das unidades básicas ainda apresentam resistência a realizar os exames de rotina, aumentando o desafio para a busca ativa dos profissionais desses locais.

As atenções secundárias são responsáveis pelos exames de colposcopia, ou seja, o devido seguimento do rastreamento do câncer do colo do útero. Assim sendo, muitos casos observados de encaminhamentos para a realização de colposcopias sem a real necessidade, demonstra falta de conhecimento dos serviços. Outro serviço que sofre com o encaminhamento errôneo, é o serviço terciário. Muitas vezes, os casos que chegam aos hospitais de grande porte referência em cânceres demonstra a também falta de conhecimento e prática dos profissionais, o que sobrecarrega o serviço e tira vaga de quem realmente necessita de tratamento adequado como possíveis cirurgias, quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos, entre outros.

Conclusão

A realidade vivenciada durante todas as atividades do PET-RAS câncer do colo do útero e também durante as aulas práticas de ginecologia e obstetrícia traz dados relevantes para possíveis mudanças. A falta de conhecimento dos profissionais, o desafio de coletas adequadas dos exames citopatológicos, a busca ativa das mulheres que ainda não estão realizando os exames, educações em saúde que causam impactos nas realidades das populações são alvos a serem focados e seguidos com qualidade e excelências, e isso envolve todas as esferas do governo, além do envolvimento de todos os profissionais.

Referências

SAÚDE. Ministério. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2º edição. Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf.

INCA; Ministério da Saúde. ABC do cÂncer, abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro, RJ. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf

SAÚDE. Ministério. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº13. Controles dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF. 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf

VIEIRA,S.C et al. Oncologia Básica. Fundação Quixote, 1ªedição, 2012. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>.

CUIDADOS NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO: ESTUDO DE CASO DE UMA AÇÃO MULTIDISCIPLINAR APOIADA PELO PET-SAÚDE.

Viviane Borges Gomes de Moraes ALVES¹

João Carlos do Vale COSTA¹

Fabiana de Melo MAGALHÃES¹

José Carlos Silvestre PORTELA¹

Ivanor Luiz Rabelo JÚNIOR¹

Felippe Couto de OLIVEIRA¹

Domingos Naves de SOUSA²

Clênio Heber PIRES²

Roberta Lana MACHADO²

Gracielle Pires da SILVA²

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Firminópolis – GO

² Secretaria Municipal de Saúde de São Luis de Montes Belos – GO

Palavras-chave: equipe multidisciplinar, estudo de caso, traumatismo cranioencefálico, PET-Saúde.

Justificativa/Base Teórica:

Ações multiprofissionais são realizadas por meio da assistência a casos discutidos durante o Estágio Comunitário (EC) dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFG. O PET-Saúde apoia o EC e implementa a discussão de caso via telessaúde considerando essa uma atividade de educação à distância, capaz de mudar a prática dos profissionais de saúde e ainda fortalecer a formação dos estudantes da área da saúde.

Entre as discussões ocorridas no ano de 2014 o caso de um paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE), vítima de um acidente motociclístico ocorrido há um ano e nove meses, chamou a atenção dos estudantes e mobilizou uma ampla discussão envolvendo as três áreas de atuação.

O TCE é definido como qualquer traumatismo que envolve o encéfalo e/ou seus envoltórios: couro cabeludo, crânio e meninges (ANDRADE, BROCKS, FIGUEIREDO & MARINO, 2001). É considerado um problema com importante impacto na saúde pública, bem como em âmbito econômico e social, representando

aproximadamente 15% a 20% das mortes em pessoas com idade entre 5 e 35 anos e 1% de todas as mortes em adultos (GENTILE et al., 2011). Sua incidência tem aumentado a nível mundial às custas dos países em desenvolvimento mantendo-se como a principal causa de mortalidade e morbidade entre adultos jovens (OLIVEIRA, LAVRADOR, SANTOS & LOBO, 2012).

Aproximadamente 60% dos pacientes que sobrevivem a traumas cranianos apresentam sequelas significativas decorrentes de lesões difusas e/ou focais, como déficit motor e cognitivo, trazendo grande impacto socioeconômico e emocional aos pacientes e seus familiares (GENTILE et al., 2011). Frente ao caso encontrado na área de atuação das equipes de saúde e diante das constatações sobre os sequelas de um TCE, realizou-se uma abordagem multiprofissional a esse paciente a fim de dar suporte integral capaz de melhorar sua qualidade de vida, e de sua família.

Objetivos:

Relatar a experiência no cuidado multiprofissional à um paciente portador de sequelas de TCE, utilizando a integração ensino-serviço como força motriz para o aprimoramento da prática clínica e para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso sobre um paciente vítima de TCE. O paciente é morador do município de Firminópolis, sexo masculino, 47 anos. Esse caso foi desenvolvido pelos profissionais de Enfermagem, Medicina e Odontologia atuantes no município de Firminópolis e São Luis de Montes Belos em parceria com os estudantes em estágio.

As ações direcionadas ao caso, foram desenvolvidas durante o período de julho de 2013 à agosto de 2014 e compreenderam ao todo seis visitas domiciliares, com a presença de estagiários e preceptores de enfermagem, medicina e odontologia; realização diária de curativos durante um ano; três reuniões de planejamento das condutas a serem tomadas para o caso; três discussões multidisciplinares, sendo duas via “telessaúde” e uma na própria unidade de saúde.

As visitas domiciliares aconteceram a cada dois meses, momento em que a equipe identificava potencialidades e fragilidades do indivíduo e da família, fazia orientações, capacitações e intervenções com foco no tratamento e prevenção de

feridas, preparo e administração de alimentos via sonda gástrica, prescrição e administração de medicamentos, orientação a família para readaptação e adesão a higiene oral.

As reuniões de planejamento eram realizadas pelos profissionais e estudantes logo após a realização das visitas domiciliares, onde acontecia a análise e discussão sobre o caso do paciente e também eram definidas as próximas orientações e intervenções a serem realizadas.

As discussões multidisciplinares sobre o caso foram realizados no Campus avançado da UFG em Firminópolis. Na primeira discussão via telessaúde foi abordado o tratamento de feridas, com a participação de uma enfermeira especialista no assunto. Na segunda discussão via telessaúde foi trabalhada a temática das alterações neurológicas com subtema: hemiparesia. Já na terceira discussão que aconteceu na unidade de saúde foi realizada uma avaliação geral das intervenções feitas.

Resultados/ Discussão

No primeiro contato com o paciente, o mesmo se encontrava acamado, responsivo a abertura ocular, com traqueostomia secretiva, gastrostomia e sem resposta motora (hemiplegia do lado direito). Além disso, alimentava-se por gastrostomia e via oral em pequenas quantidades, devido a disfagia.

Após o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar e os estudantes, o quadro clínico apresentou uma estabilização principalmente na fala e alimentação, a resposta motora e a seu nível de consciência tiveram melhoras significativas e a locomoção do paciente hoje é feita através da cadeira de rodas. Além dessas respostas, as evoluções foram também significativas no que diz respeito à:

Saúde bucal

No primeiro contato com o paciente foram identificados problemas periodontais severos, cáries, fraturas dentárias e a higienização bucal era limitada à parte externa da boca, com gaze embebida em água filtrada.

Atualmente, e depois das intervenções propostas e realizadas evitou-se a evolução dos problemas levantados, com a diminuição da gravidade da doença periodontal, as cáries foram tratadas e paralisadas e os cuidadores foram orientados a realizar a higienização bucal com escova, creme dental, fio dental (atividade

realizada ainda com uma certa dificuldade) auxiliado por abridor bucal e aparelho de sucção traqueal.

Úlceras por pressão

Inicialmente, o paciente apresentava três úlceras por pressão, sendo uma na região sacral e as demais nas regiões trocantéricas. A úlcera no trocanter direito, classificava-se como de grau III, apresentando esfacelo e tecido necrótico. A úlcera no trocanter esquerdo, classificava-se como de grau III, apresentando tecido de granulação e um foco de tecido necrótico com quantidade moderada de secreção serosanguinolenta. A úlcera na região sacral, classificava-se como de grau II, apresentando tecido de granulação com pequena quantidade de secreção sanguinolenta (EUROPEAN, 2009; ANVISA, 2013).

A úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção (ANVISA, 2013). Estudos apontam que 80% das úlceras por pressão se desenvolvem sobre proeminências ósseas na metade inferior do corpo, em regiões sacrais, tuberosidades isquiáticas, calcâneo, trocânter maior do fêmur, maléolo lateral e tornozelos (EUROPEAN, 2009). Para tratamento das UP, atualmente tem-se utilizado diversas coberturas que são elaboradas para manter a lesão limpa e livre de contaminação e também para promover a cicatrização (PINHEIRO, 2013).

As úlceras foram tratadas com diversas coberturas, entre elas: placas de hidrocolóide, sulfadiazina de prata, collagenase e ácidos graxos essenciais (AGE). Durante um ano e com realização diária de curativos em domicílio, o paciente não apresenta mais UP, recebendo alta dos curativos. A equipe de enfermagem fez orientações sobre a prevenção das UP.

Relacionamento dos cuidadores com a equipe de saúde:

No primeiro contato com família houve muita resistência ao tratamento e às orientações oferecidas pela equipe, principalmente por parte da mãe do paciente. Os cuidados realizados eram os orientados pela equipe de urgência que fez o primeiro atendimento no HUGO (Goiânia), mas que já não eram mais adequados para aquele momento, dificultando a evolução do quadro clínico.

Mas, com a persistência da equipe durante a realização sistemática das visitas domiciliares, os cuidadores passaram a aceitar as orientações. Com essa abertura, os profissionais tiveram a possibilidade de realizar orientações mais

efetivas principalmente sobre mudanças de decúbito, curativos, medicações e higiene. A partir da melhora clínica do paciente visível após as intervenções, a mãe, que antes era resistente, passou a apoiar o tratamento e as melhoras se tornaram mais significativas.

Conclusões

A evolução do caso apresentada nesse estudo reforça a importância da realização de atividades multidisciplinares em saúde que promovam atenção integral e de qualidade a usuários e família por meio de uma relação de vínculo e responsabilização. Além disso, a integração ensino-serviço promoveu o aprimoramento da prática profissional e o fortalecimento da formação do estudante pela abertura de canais de troca de aprendizagem e conhecimento entre os envolvidos no processo. O fortalecimento da Educação permanente por meio de ferramentas de ensino à distância com o apoio do PET-Saúde, distribuiu o conhecimento e favoreceu melhorias nas práticas em saúde.

Referências Bibliográficas:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ministério da Saúde. Fiocruz. Anexo 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão, 2013.

ANDRADE A.F.; BROCK R.S.; FIGUEIREDO E.G.; MARINO J.R.R. Terapia intensiva no trauma de crânio. In: FREIRE E. [editor]. **Trauma: a doença dos séculos**. São Paulo: Atheneu; 2001, p. 1151-76.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers; quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

GENTILE J.K.A.; HIMURO H.S.; ROJAS S.S.O.; VIEGA V.C.; AMAYA L.E.C.; CARVALHO J.C. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo: v.9, n.1, p.:74-82, jan-fev, 2011.

OLIVEIRA E; LAVRADOR J.P; SANTOS M.M; LOBO A.J. Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada. **Acta Med Port**; v.25, n.3, p.: 179-192, May-Jun, 2012.

Fonte de Financiamento: PROPET-Saúde

PERFIL DAS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT) EM GOIÂNIA NO ANO DE 2012

Yan Moraes de BRITTO¹; Jéssica Almeida MORAES¹; Jaqueline Nogueira de SOUZA¹; Adriana de Carvalho SOUZA¹; Bárbara Norberto de Souza COSTA¹; Jeniffer Ferraz de OLIVEIRA²; Tauana de Souza AMARAL²; Otaliba Libânio de Moraes NETO³; Polyana Maria Pimenta MANDACARÚ³; Ionara Vieira Moura RABELO⁴

¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás; ²Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; ³Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás; ⁴Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

Email: yan_britto@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Trânsito, Acidentes, Goiânia, Vítimas

JUSTIFICATIVA / BASE TEÓRICA

Os acidentes de transporte terrestre constituem um problema importante e complexo para a saúde pública, haja vista que o setor saúde tem sido o ponto de convergência dos danos provocados por esse agravo (CAMARGO, 2012). Aproximadamente 1,24 milhões de pessoas morrem todos os anos por acidentes de trânsito no mundo e outras 20 a 50 milhões sofrem lesões não fatais como resultado das colisões. Estas lesões e mortes têm um impacto imensurável nas famílias afetadas e nas comunidades em que estas pessoas vivem e trabalham (WHO, 2013).

Esse agravo é a principal causa de morte para os jovens com idades compreendidas entre 15-29 anos, dessa forma, tem um forte impacto sobre aqueles que estão na idade mais produtiva. Além disso, estima-se que seja a oitava maior causa de morte no mundo (WHO, 2013). Como resultado, os acidentes de trânsito têm grandes impactos econômicos e sociais. As lesões por acidentes de trânsito apresentam um custo econômico, em países com renda média, como o Brasil, entre 1 a 2% do Produto Interno Bruto (JACOBS, 2000).

Os países que registraram as maiores taxas de acidentes de trânsito são, principalmente, os de média e baixa renda. Esses respondem por Oitenta por cento

das mortes no trânsito. As taxas de mortalidade estão em 20,1 por 100.000 habitantes, enquanto nos países com renda alta estão em 8,7 por 100.000 habitantes (WHO, 2013). Isso se deve a vários fatores: rápida elevação da frota de veículos, aumento da população, aumento da renda per capita, precariedade da infraestrutura e segurança das vias urbanas e rodoviárias, que não acompanharam as necessidades de mobilidade contemporâneas dos usuários das vias públicas, bem como, os comportamentos de risco dos usuários do trânsito que predispõem a ocorrência de colisões (CAMARGO, 2012).

Dada a magnitude mundial desse problema, em 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Década de Ação para a Segurança no trânsito. A meta da Década (2011-2020) é promover intervenções que estabilizem e reduzam as mortes causadas pelo trânsito nos países (WHO, 2013).

De acordo com as estatísticas do Ministério da Saúde, disponíveis no sítio do DATASUS, em 2012 ocorreram 44.812 óbitos por acidentes de trânsito (CID-10: V01 - V89) no Brasil; sendo 2.043 no estado de Goiás e 597 em Goiânia. Esses dados colocam Goiânia na quarta posição, dentre as capitais brasileiras, com maior número absoluto óbitos por acidentes de trânsito, ficando atrás de São Paulo na primeira posição, Rio de Janeiro na segunda, Brasília e Fortaleza na terceira posição.

A redução dos acidentes constitui um dos maiores desafios para a saúde pública, sendo necessário o desenvolvimento de estudos para compreensão da verdadeira magnitude do problema e distribuição das causas para sua prevenção e promoção da segurança (CAIXETA, 2010).

Assim a realização deste estudo se justifica pela preocupação com o grande número de vítimas de acidentes de transporte terrestre em Goiânia. A magnitude desse evento em Goiânia exige mais informações sobre a população envolvida, as circunstâncias do acidente e os fatores de risco associados para fundamentar a tomada de decisões das autoridades para problemas no trânsito, no sentido de minimizar tanto a incidência de acidentes de transporte terrestre como suas consequências.

OBJETIVOS

Descrever o perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre em Goiânia, no ano de 2012 segundo, características das vítimas, meio de transporte, tipo de usuário do trânsito, dia e hora da ocorrência do acidente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do perfil das vítimas de acidentes de transporte terrestre em Goiânia no ano de 2012.

Foram utilizados dados secundários dos Boletins de Ocorrência de Acidente de Trânsito (BOAT) registrados no ano de 2012, alimentado a partir das ocorrências registradas pelo Batalhão de Trânsito da Polícia Militar do Estado de Goiás, Polícia Rodoviária Estadual, Polícia Rodoviária Federal, Corpo de Bombeiros Militar, Delegacia Especializada de Acidentes de Trânsito, AGETOP e SAMU 192, referentes ao ano de 2012. No primeiro momento, procedeu-se à limpeza manual para eliminação de duplicidades de vítimas registradas nos bancos. Ao término da limpeza, os dados foram armazenados em banco de dados digital construído com o programa Microsoft Office Excel 2010. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa SPSS versão 22. As variáveis independentes analisadas foram: gênero, idade, condição da vítima, tipo de veículo envolvido no acidente, gravidade da lesão, horário do acidente e dia do acidente. Os dados foram organizados em forma de tabelas e gráficos, visando auxiliar o entendimento global da distribuição dessas variáveis e a realização de análise exploratória dos dados.

RESULTADOS / DISCUSSÃO

Foram registradas, 21.152 vítimas de acidentes de transporte terrestre em Goiânia, sendo um total de 4.882 (23,1%), 5.588 (26,4%); 5.573 (26,3%); e 5.109 (24,2%), respectivamente para primeiro, segundo, terceiro e quarto trimestre do ano de 2012, mantendo-se uma uniformidade na distribuição do número de vítimas.

Na estratificação dos dados segundo a faixa etária, observa-se maior prevalência de vítimas com 18 a 29 anos de idade (42% das vítimas) e quando comparados segundo o sexo, as vítimas do sexo masculino, representaram 69,8% do total.

Em relação ao meio de transporte envolvido as motocicletas constituíram-se no principal meio de transporte envolvido em acidentes de transporte terrestre

(14.036 das vítimas), seguidos dos automóveis (3.871 vítimas), pedestres (1.539 vítimas), e bicicletas (823 vítimas), sendo os condutores os principais envolvidos, 73,2% do total de vítimas.

Na análise do tipo de lesão sofrida pela vítima, 15.259 vítimas apresentaram lesões leves, 4.527 lesões graves e 307 vítimas foram fatais.

Das 307 vítimas fatais, 51,8% possuíam a motocicleta como meio de transporte com 42,8% das vítimas na faixa de idade entre 18 e 29 anos. Os pedestres representaram 23%, com 71 casos, com faixa etária predominante entre as vítimas de 60 anos ou mais.

Na análise das vítimas fatais em relação ao dia da semana, observa-se um aumento do número de casos no sábado, correspondendo a 19% do total, com maior ocorrência no horário entre 12:00 a 17:59.

CONCLUSÃO

Observamos que o número de vítimas fatais (307) no banco de trânsito diverge do número apresentado no DATASUS (597), existindo assim uma possível subnotificação de óbitos causados pelo trânsito se considerarmos apenas as informações obtidas no BOAT. Devido a este fato, é necessária uma melhor qualificação dos dados do trânsito, por meio do *linkage* entre tal banco de dados e o banco de dados do SIM para que as informações geradas retratem a realidade dos acidentes por transporte terrestre em Goiânia e subsidiem ações que possam reduzir o número de vítimas fatais e feridos graves.

Os acidentes de transporte terrestre são, em grande parte, previsíveis e passíveis de prevenção. Constituem, portanto, um problema suscetível à análise racional e intervenções. A análise da situação pode auxiliar no planejamento das ações e enfrentamento da questão.

O estudo do perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito terrestre no município de Goiânia em 2012 evidenciou a importância da criação de estratégias de prevenção de acidentes de trânsito efetivas e contínuas, uma vez que essa é a forma mais eficaz de se reduzir os índices de morbimortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas de morbidade e mortalidade. Óbitos por Ocorrência por Grupo CID10 segundo Região/Unidade da Federação, Período: 2012 [Internet]. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>> Acesso em: 15 setembro 2014.

CAIXETA, Carlos Roberto et al . Morbidade por acidentes de transporte entre jovens de Goiânia, Goiás. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, July 2010.

CAMARGO, Fernanda Carolina; HEMIKO, Helena. Vítimas fatais e anos de vida perdidos por acidentes de trânsito em Minas Gerais, Brasil. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, Mar. 2012.

Global status report on road safety 2013: Supporting a decade of action. Geneva, World Health Organization, 2013.

International Classification of Diseases – 10th Revision. Geneva, World Health Organization, 1990.

JACOBS, G; AERON-THOMAS, A; ASTROP, A. Estimating global road fatalities. Crowthorne, Transport Research Laboratory, 2000.

MINAYO, M. C. S. R. *bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 135-140, jan./jun. 2009.

WERNECK, Guilherme. Epidemiologia Descritiva: qualidade das informações e pesquisa nos serviços de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Sept. 2009, vol.18, no.3, p.205-207. ISSN 1679-4974.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Fundo Nacional de Saúde

PET SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Yarlla Loyane Lira BRAGA¹; Ana Cristina Bolentine DUTRA²; Aída Bruna Quilici CAMOZZI²; Leandro Ferreira da SILVA²; Edinamar Aparecida Santos da SILVA²; Maria das Graças TEIXEIRA²; Mary Anne de Souza Alves FRANCA²; Simoni Urbano da SILVA³; Marília Mendonça GUIMARÃES³.

¹Estudante do curso de Biomedicina. ICB/UFG; ²Profissional da Secretaria Municipal de Saúde;

³Professor da Faculdade de Nutrição da UFG.

E-mail para contato: yarlla_lira@hotmail.com

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Controle Social, Educação Em Saúde, Pet-Saúde.

JUSTIFICATIVA/ BASE TEÓRICA

Ações de promoção de saúde vêm sendo cada dia mais desenvolvidas e estimuladas nos diferentes cenários com intuito de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida, bem como estimular a participação proativa dos indivíduos na gestão dos serviços de saúde e na definição de políticas públicas.

Atualmente, articulações intersetoriais têm sido estimuladas de forma a contribuir com a promoção de hábitos de vida saudáveis. O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui-se em uma política que estimula a parceria saúde e educação com finalidade de proporcionar a formação integral dos estudantes da rede pública propondo ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

A participação social favorece a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter integral e universal no acesso à saúde. Nesse sentido, a efetiva participação da comunidade, dos profissionais e dos gestores de saúde em decisões de planejamentos de políticas de saúde por meio dos Fóruns, Conselhos e Conferências de Saúde tornam-se oportunidades democráticas para o Controle Social no setor da saúde (NUNES et al, 2009).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma estratégia dos Ministérios da Saúde e Educação voltada para qualificação dos profissionais de saúde, bem como para iniciação ao trabalho e vivências a alunos de graduação da área de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em Goiânia, o PET-Saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG) é realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde – SMS. Uma das áreas de atuação é a Vigilância e Promoção de Saúde, na qual está inserida o grupo tutorial do Centro de Saúde da Família do Recanto das Minas Gerais (CSF RMG), lócus deste trabalho.

Neste sentido, ações de promoção da saúde podem ser realizadas no âmbito do PET Saúde, possibilitando assim uma sólida formação dos estudantes neste nível de intervenção.

OBJETIVO

Descrever as ações de intervenção realizadas pelo grupo tutorial do Centro de Saúde da Família do Recanto das Minas Gerais, no âmbito do PET-Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção em nível local e comunitário desenvolvido no ano de 2013 e primeiro semestre de 2014, por trabalhadores do CSF RMG e estudantes e docentes da UFG que são, respectivamente, preceptores, estudantes bolsistas e tutorado PET-Saúde.

O grupo tutorial do CSF RMG identificou os principais problemas que afetam a comunidade da área de abrangência do mesmo por meio da aplicação da Estimativa Rápida Participativa (ERP). A partir do diagnóstico foram elaborados planos de ação inicialmente divididos em três eixos: Atenção Primária, Equipamentos Sociais (Comunidade Escolar) e Instâncias de Participação Comunitária (Fórum e Conselhos de Saúde).

Os cenários das práticas foram: Escola Municipal Darcy Ribeiro (ensino regular no nível fundamental e educação de jovens e adultos a 580 alunos – diurno e noturno); CSF RMG e espaços de participação comunitária (Fórum e conselhos de Saúde). As atividades foram realizadas junto a alunos, professores e manipuladoras da alimentação escolar; usuários do CSF e conselheiros e participantes das reuniões do Conselho Local de Saúde RCM e Fórum de Saúde da Região Leste.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFG e aprovado (parecer nº498.130).

RESULTADOS/ DISCUSSÃO

No eixo da escola, realizou-se monitoramento dos indicadores de avaliação nutricional dos alunos com a avaliação de frequência alimentar, bem como coleta de dados de peso e altura dos escolares para avaliação antropométrica. Além disso, também foram realizadas atividades de educação alimentar e nutricional (EAN) com alunos e manipuladores de alimentos, além de ações para melhora na higiene bucal.

Na avaliação antropométrica dos escolares observou-se que 72,6% (n=82) alunos estão eutróficos (normalidade), porém, 15% (n= 17) dos apresentam sobrepeso.

As atividades de EAN para alunos, por sua vez, tiveram como foco a abordagem dos “10 Passos para alimentação saudável dos adolescentes”. Ocorreu uma sensibilização dos alunos acerca da importância de uma alimentação saudável dentro e fora do ambiente escolar. Com as manipuladoras de alimentos foi feita uma abordagem sobre a importância da alimentação escolar como fator de proteção ao crescimento e desenvolvimento dos escolares, contribuindo com o rendimento escolar dos alunos, e como estratégia de adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Foi feita a avaliação da frequência alimentar dos estudantes antes e após as atividades de EAN. Apesar das ações em promoção da alimentação saudável, foi identificado menor consumo diário de alimentos protetores entre os escolares e aumento do consumo de alimentos de risco após a intervenção.

As atividades de promoção de saúde bucal foram realizadas por profissionais e acadêmicos. Após três meses de trabalho realizado com os alunos, e a realização de nova evidenciação de placa bacteriana, identificou-se uma melhora na qualidade da escovação em 20% (n=19) dos alunos.

No eixo Atenção Primária, elaborou-se mural informativo na Unidade, folders e panfletos sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), perigo da automedicação, alimentos calóricos, além de cartazes sobre cuidados na gravidez e dengue..

Outras ações de educação em saúde foram feitas, como palestras para divulgação do CSF RMG; abordagem de assuntos como HAS, dengue e calendário vacinal; confecção e fixação de cartazes em pontos estratégicos além de panfletagem na portaria do condomínio sobre Câncer de Próstata; além de agendamento para rastreamento por consulta médica.

Para prevenção de cáries em crianças tornou-se atividade permanente, com frequência mensal, escovação supervisionada; rodas de conversa sobre higiene corporal, lavagem de mamadeiras, e alimentos cariogênicos; além de atividades lúdicas.

Foram realizadas também ações de EAN: oficina com 15 participantes do grupo VIVA BEM, mostrando os porcionamentos e a higienização dos alimentos no almoço e jantar; elaboração de cartaz e exposição de vídeo a pacientes do grupo HIPERDIA sobre rótulos de alimentos diet, light e ricos em sódio; além de oficina culinária “sal e ervas”, na qual foi exposta a quantidade de sal nos alimentos a cerca de 70 pessoas dos grupos de gestantes, VIVA BEM e HIPERDIA.

Além destas ações, ressalta-se que a melhora do agendamento/atendimento tornou-se possível com o acolhimento e agendamento diário das 7:00 às 19:00 e consulta realizada no mesmo dia..

No eixo participação comunitária foram realizadas reuniões problematizadoras com o conselho local de saúde. Na primeira hierarquizou-se os problemas identificados na ERP priorizando a falta de esgotamento sanitário. Utilizou-se o método de planejamento e empoderamento conhecido como “Árvore dos Problemas” para levantar as possíveis medidas de intervenção para a solução do problema.

Uma das ações planejadas foi a realização do evento “dia D” de sensibilização e mobilização da comunidade quanto à falta do saneamento na região com objetivo de conscientizar os moradores do bairro sobre os riscos da poluição ambiental e da necessidade de cobrança das instituições competentes para solução do problema.

Duas pesquisas foram realizadas. Uma com 246 pais e professores objetivando identificar a situação de coleta de esgoto e de água pluvial, e a percepção sobre os riscos e consequências da falta do esgotamento sanitário e o papel da comunidade na solução do problema. Outra pesquisa foi com 35 participantes do Fórum de saúde da região Leste abordando aspectos relativos ao papel do conselho de saúde, concepção de saúde e promoção da saúde. Na análise dos dados obteve-se que 77% dos entrevistados participam das reuniões do conselho de saúde, sendo 51% conselheiros. Para os entrevistados o papel do conselheiro relaciona-se principalmente com fiscalização dos serviços de saúde. A concepção de saúde foi mencionada como ausência de doença, para outros como bem estar, qualidade de

vida, relação com os determinantes de saúde. A promoção de saúde foi relacionada com: prevenção, educação em saúde, cidadania, qualidade de vida e determinantes de saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o sucesso das atividades com o alcance da maioria das metas esteve relacionado com o uso de métodos que estimulam o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos, proporcionando um ambiente de empoderamento, cidadania e fortalecimento da relação usuário e profissionais de saúde, com resultados positivos para a promoção de saúde e prevenção de agravos.

A experiência foi importante enriquecimento da formação dos acadêmicos, e melhora da assistência em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Decreto N°6.286, de 5 de dezembro de 2007, Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> Acesso 24 jul. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pró-Saúde. 2009. Disponível em: <http://prosaude.org/not/prosaude-maio2009/prosaude.pdf>. Acesso: 05 fev. 2013.

NUNES et al. Os Desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde. III Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social. Gestão Social e Políticas Públicas de Desenvolvimento: Ações, Articulações e Agenda. Juazeiro, Maio de 2009, pg. 1 a 10. Disponível em: http://sejarealista.files.wordpress.com/2009/12/3-part_popular-no-sus.pdf Acesso em: 23 set 2014.

FONTE DE FINANCIAMENTO: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Ministério da Saúde/Ministério da Educação.