

Propostas de Intervenção

no SUS

 RESMULTI

RESENFO

RESBUÇO



ORGANIZAÇÃO:

Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira
Raimunda Hermelinda Maia Macena
Joseline Maria Alves Gomes Recamonde
Carlos Humberto Cruz Silva
Luan dos Santos Mendes Costa
Tamires Feitosa de Lima
Fernando Virgílio Albuquerque de Oliveira

Propostas de Intervenção

no **SUS**

RESMULTI

RESENFO

RESBUCO



ORGANIZAÇÃO:

Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira
Raimunda Hermelinda Maia Macena
Joseline Maria Alves Gomes Recamonde
Carlos Humberto Cruz Silva
Luan dos Santos Mendes Costa
Tamires Feitosa de Lima
Fernando Viraílio Albuqueraue de Oliveira

REITOR

Prof. Dr. José Cândido Lustosa
Bittencourt de Albuquerque

VICE-REITOR

Prof. Dr. José Glauco Lobo Filho

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Jorge Herbert Soares de Lira

SUPERINTENDENTE DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Prof. Dr. Carlos Augusto Alencar
Júnior

GERENTE DE ENSINO E PESQUISA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Prof. Dr. Renan Magalhães
Montenegro Junior

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

Prof. Dr. Jairton Vieira Silva

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

Prof. Dr. Francisco Edson de Lucena
Feitosa

GERENTE ADMINISTRATIVO HUWC e MEAC

Dra. Eugenie Desirée Rabelo Néri
Viana

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO HOSPITALAR À SAÚDE

PRESIDENTE DA COREMU

Dra. Andréa da Nóbrega Cirino
Nogueira – Fisioterapeuta

Chefe da unidade de Gestão e de Pós-Graduação e Coordenadora Geral da Residência

Dra. Andréa da Nóbrega Cirino
Nogueira – Fisioterapeuta

Coordenador Didático-Pedagógico Geral

Prof.ª. Dra. Marta Maria de França
Fonteles – Farmacêutica

ÁREA: ASSISTÊNCIA EM TERAPIA INTENSIVA

Coordenadora

Ma. Soraya Maria do Nascimento
Rebouças Viana – Fisioterapeuta

Coordenadora Didático-pedagógico

Prof.ª. Dra. Raimunda Hermelinda Maia
Macena – Enfermeira

ÁREA: ASSISTÊNCIA EM TRANSPLANTE

Coordenadora

Esp. Rosiane Araújo Pereira –
Enfermeira

Coordenadora Didático-pedagógico

Prof.ª. Dra. Maria Isis Freire de Aguiar

ÁREA: SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Coordenadora

Ma. Julyanne Torres Frota –
Nutricionista

Coordenadora Didático-pedagógico

Prof.ª Dra. Elisete Mendes Carvalho –
Fisioterapeuta

ÁREA: SAÚDE MENTAL

Coordenador

Esp. Joseline Maria Alves Gomes
Recamonde – Nutricionista

Coordenador Didático-Pedagógico

Prof. Dr. Michellngelo Marques Araújo –
Enfermeiro

ÁREA: DIABETES

Coordenador

Ma. Tatiana Rebouças Moreira –
Enfermeira

Coordenador Didático-Pedagógico

Prof.ª. Dra. Carla Soraya Costa Maia –
Nutricionista

ÁREA: ONCOHEMATOLOGIA

Coordenador

Ma. Cinthya Cavalcante de Andrade –
Farmacêutica

Coordenador Didático-Pedagógico

Prof.ª. Dra. Romlia Pinheiro Gonçalves
Lemes – Farmacêutica

RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DA UFC

Coordenador

Prof. Dr. Eduardo Costa Studart
Soares – Odontólogo

Coordenador Didático-pedagógico

Prof. Dr. Henrique Clasen Scarparo –
Odontólogo

RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Coordenador

Prof.ª. Ma. Cinthia Maria Gomes da
Costa Escoto Esteche- Enfermeira

Coordenador Didático-Pedagógico

Prof.ª. Elizian Braga Rodrigues
Bernardo- Enfermeira

Organizadores

Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira
Raimunda Hermelinda Maia

Macena

Joseline Maria Alves Gomes
Recamonde

Tamires Feitosa de Lima

Carlos Humberto Cruz Silva

Luan dos Santos Mendes Costa

Projeto Visual e Diagramação

Carlos Humberto Cruz Silva



@ 2021 *Residência Integrada Multiprofissional e Uniprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde da Universidade Federal do Ceará.*

Qualquer parte desta publicação pode ser remixado, adaptado e desenvolvido, no entanto, não deve ser comercializado. A autoria precisa ser reconhecida.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

AN556 Propostas de Intervenção no SUS
[livro eletrônico] / Autoria Raimunda Hermelinda Maia Macena...
[et al.]. Fortaleza, CE : Universidade Federal do Ceará,
2022. 100 p.
PDF

Autores: Andréa da Nóbrega Cirino Nogueira; Raimunda Hermelinda Maia Macena; Joseline Maria Alves Gomes Recamonde; Tamires Feitosa de Lima; Carlos Humberto Cruz Silva; Luan dos Santos Mendes Costa.

ISBN 978-65-00-56345-0

1. Saúde Pública 2. Saúde Coletiva 3. SUS.

CDU 614

SUMÁRIO



Conteúdo

Seja bem-vindo!.....	6
Organização aos serviços de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial por meio da estratificação de risco	8
Facilitando o controle e a participação do SUS com transtornos mentais	20
Participação social em meio a pandemia da Covid 19 sob olhar da equipe de saúde	27
Diagnóstico situacional da enfermagem de transplantes do hospital universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC)	36
Compreendendo aspectos relacionado a participação social no SUS	45
O papel de pais e profissionais de saúde na UTIN	55
A percepção das usuárias acerca do acolhimento e classificação de risco em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ce	63
Construção de cartilha educativa sobre a judicialização de anti neoplásicos: saúde um direito fundamental de todos.....	75
Ordenação do acesso ao atendimento multiprofissional	85
em diabetes	85
Participação social no contexto da linha de cuidado em diabetes	95



Seja bem-vindo!

Os **Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Universidade Federal do Ceará** constituem modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinados a profissionais da área da saúde, sob a forma de curso de **especialização** caracterizado por ensino em serviço. São regulados pelas normas dos Ministérios da Educação e da Saúde, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) e, no âmbito da UFC, da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU), e das unidades às quais cada programa é vinculado – Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand e as coordenações dos Programas.

Com carga horária de 60 horas semanais, incluindo plantões, e duração de dois anos, os programas têm como finalidade a formação profissional como orientação para o processo de cuidar, focado na concepção de promoção de saúde, prevenção de doenças ou agravos, recuperação e reabilitação da saúde segundo as necessidades dos seres humanos, tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde e cidadania.

Visando o trabalho multiprofissional em equipe, as Residências podem ser cursadas por bacharéis em 8 profissões: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22/12/2014). Os programas são financiados com bolsa do Ministério da Educação. Possuem carga horária total de 5.760 horas, em regime de **dedicação exclusiva**.

Os residentes estarão cobertos por apólice individual de seguro de acidentes pessoais contratada no momento da matrícula por cada residente.

Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, devido ao número alarmante de pessoas infectadas na China e em outros países, estados e territórios, declarou a situação causada pela doença do coronavírus (COVID-19) como uma pandemia (BEDFORD, 2020).

A COVID-19 é causada pelo SARS-COV2 que se apresenta como o agente causador de uma doença potencialmente letal que tem proporcionado um grande problema na saúde pública mundial (HUSSIN, 2020).

A partir da constituição federal de 1988 a participação social se consolidou tendo destaque no setor da saúde pela sua abrangência em todo território nacional, sendo materializada em conselhos e conferências de saúde realizadas em âmbitos municipais, estaduais e federais (COSTA; VIEIRA, 2013).

Este estudo tem como objetivo fazer uma análise sobre a participação social diante do cenário pandêmico atual com foco nos familiares de pessoas acometidos pelo COVID-19 que estão em isolamento hospitalar na enfermaria ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, trazer uma perspectiva sobre essa temática do olhar do profissional de saúde atuante nas unidades voltadas ao tratamento desses pacientes.

Organização aos serviços de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial por meio da estratificação de risco

Lais Tajra de Castello Branco
Timóteo Sousa Lopes



Introdução

O cirurgião-dentista integra um quadro multidisciplinar no âmbito hospitalar, do qual fazem parte médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e enfermeiros, cujo objetivo é reestabelecer a saúde coletiva dos pacientes (RIBOLI; PINHEIRO SIQUEIRA; DE CONTO, 2016) . A inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar surgiu das seguintes necessidades: (1) da execução de tratamentos odontológicos em pacientes com condições de saúde que impedem o tratamento em consultório odontológico; (2) da realização de diagnóstico e tratamento odontológico em pacientes internados por uma determinada enfermidade médica e que desenvolveram alguma doença bucal ao longo do tratamento; (3) de executar medidas preventivas de saúde bucal com o objetivo de evitar o desenvolvimento de alguma doença bucal ou impedir o agravamento e instabilidade de uma doença sistêmica já existente (JORGE, 2015) .

Em se tratando de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) esta representa o marco inicial na inserção da Odontologia em ambiente hospitalar, servindo como um elo entre o hospital e a Odontologia (ARANEGA *et al.*, 2013) . Desta forma, o acesso a este serviço em ambiente hospitalar visa a assistência humanizada e integral ao paciente, proporcionando serviços de alta, média e baixa complexidade voltados ao complexo bucomaxilofacial. Essas ações têm se mostrado importantes na rotina hospitalar, tornando a presença de tal profissional neste ambiente imprescindível (ROCHA; FERREIRA, 2014) .

A residência em CTBMF do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), criada em 2010, representa um programa de pós-graduação *Latu Sensu* de forte integração com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará e com expressiva inserção social. Realiza procedimentos ambulatoriais e hospitalares relacionados a Cirurgia Ortognática, Trauma Bucomaxilofacial, Patologia Oral, Reconstrução Óssea dos Maxilares, Cirurgia da Articulação Temporomandibular e Cirurgia em Pacientes Fissurados sob a ótica do Serviço Único de Saúde (SUS). Além disso, o Programa de Residência em CTBMF tem uma duração de 3 anos, selecionando anualmente 2 residentes, e estabelece importante vínculo com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO-Centro)

e o Instituto Dr. José Frota (ODONTOLOGIA, 2021).

Devido a alta demanda por atendimentos e uma pequena equipe que compõe o serviço de CTBMF do HUWC a principal dificuldade é garantir um acesso ordenado e integral aos pacientes, o que resulta na falta de critérios na priorização de grupos e pessoas, longo período de espera no atendimento as consultas marcadas e falta de organização do processo de trabalho que resulta em sobrecarga aos profissionais.

Esta falta de organização do processo de trabalho compromete o adequado desenvolvimento das atividades dentro do serviço de CTBMF do HUWC. Foi observado que a marcação dos pacientes é realizada de maneira aleatória, sem a utilização de critérios que priorizem determinadas condições em restrição de outras. Essa forma de organização do processo de trabalho e de marcação de consultas não leva em consideração os aspectos da equidade em saúde.

O acesso integral, universal e equânime a serviços de saúde que sejam resolutivos e de qualidade é um direito garantido pela constituição e faz parte dos princípios doutrinários do SUS. No entanto, no contexto brasileiro, isso é mais um exemplo de que a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação. Uma vez que ainda existem muitas restrições e desafios que impedem que os serviços de saúde exerçam as suas funções em total plenitude (ASSIS; DE JESUS, 2012).

Segundo a portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver (BRASIL, 2013).

Sendo o acesso à atenção hospitalar realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos

e vulnerabilidades. A classificação de risco deve seguir um protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2013).

A necessidade de se identificarem pessoas ou grupos de risco permite que o serviço de saúde estabeleça critérios para priorizar o atendimento de acordo com o agravo à saúde ou grau de sofrimento (TAVARES *et al.*, 2013).

Com base nisso, pretendeu-se realizar um projeto de intervenção que facilite o acesso ordenado e a organização da distribuição dos serviços odontológico/bucomaxilofacial por meio da classificação de risco dos pacientes, de modo a assegurar que o serviço atenda às necessidades da população.

Objetivos, metodologia e diagnóstico situacional

Em um primeiro momento, foi realizada uma reunião com os profissionais do serviço para apresentar a ideia inicial da atividade de intervenção.

O segundo passo para a realização dessa atividade de intervenção foi a criação de um instrumento que permitisse a visualização da sequência de procedimentos que deveriam, a partir de então, serem realizados na primeira consulta de todos os usuários. Criou-se, então, o Protocolo Operacional Padrão Bucomaxilofacial – POP/BMF, para primeira consulta (Apêndice A). Esse protocolo estabelece, em uma série de passos, os procedimentos que devem ser realizados com todos os pacientes, tendo eles já sido atendidos anteriormente no serviço ou não.

A sequência desse protocolo permite que seja realizado o acolhimento com escuta qualificada do paciente; que seja avaliado se o paciente possui condições de saúde crônicas ou agudas; que seja avaliado todas as condições de saúde geral e bucal do paciente, realizando-se também a sua estratificação e classificação de risco; que se estabeleça o seu plano terapêutico e que sejam marcadas as suas próximas consultas levando em consideração a sua classificação de risco.

O terceiro passo consistiu na confecção de um Prontuário Bucomaxilofacial – BMF (Apêndice B). Esse prontuário conta com espaços para o preenchimento de dados gerais do paciente, informações à cerca de seu histórico médico e odontológico, informações à cerca de traumatologia e patologias na região bucomaxilofacial e espaço para realização do plano de tratamento. O preenchimento do prontuário permite que se conheça o paciente e sua condição de saúde geral e bucal.

De acordo com o protocolo estabelecido, após o preenchimento do prontuário deve-se realizar a estratificação com classificação de risco do paciente, seguindo os critérios estabelecidos pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2012) e pelo protocolo Modelo de Classificação de Risco do serviço de CTBMF do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (Anexo A) (BULGARELLI et al., 2016) . Essa estratificação com classificação de risco é de fundamental importância para a organização do acesso aos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe, uma vez que serve de dado epidemiológico e permite que se conheça quem são os grupos e pessoas de risco. De acordo com esse modelo há uma divisão dos pacientes em 3 grupos de prioridade de atendimento diferenciados pela cor. (BULGARELLI *et al.*, 2016) .

Para que os usuários sejam tratados de forma equânime, ou seja, priorizando aqueles que possuem maiores necessidades, foi proposto tempos de espera diferentes para cada um dos grupos de risco, como é observado na tabela:

Tabela 1 – Risco x tempo de espera até consultas conforme Protocolo Operacional Padrão Bucomaxilofacial

	ALTO RISCO	MÉDIO RISCO	BAIXO RISCO
PRIMEIRA CONSULTA	Primeira consulta programática deve ser realizada em até 7 dias após a primeira avaliação.	Primeira consulta programática deve ser realizada em um período de até 15 a 30 dias após a primeira avaliação.	Primeira consulta programática deve ser realizada em um período de até 30 a 60 dias após a primeira avaliação
CONSULTAS DE RETORNO	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 7 a 15 dias após a última consulta.	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 20 a 40 dias após a última consulta.	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 30 a 75 dias após a última consulta.

Fonte: Autores.

O estabelecimento do plano de tratamento facilitará a dinâmica do processo de trabalho da equipe, uma vez que permitirá o planejamento dos atendimentos do dia de acordo com o procedimento que será realizado, possibilitando a programação de procedimentos de alto, médio e baixo nível de complexidade, evitando o desgaste da equipe e o gasto excessivo ou desprogramado de materiais.

Vale destacar que devido à falta de dados epidemiológicos à cerca das condições de saúde dos usuários do serviço, foi um desafio estabelecer quantas vagas deveriam ser reservadas diariamente para a marcação de pacientes de cada um dos grupos de risco. Após um levantamento inicial, definiu-se que em cada turno de atendimento ambulatorial deveriam quatro vagas serem reservadas para pacientes de baixo risco, três vagas para pacientes de médio risco e duas vaga para pacientes de alto risco. O seguimento dessa reserva de vagas permitirá que o prazo para marcação de atendimento proposto no POP/BMF para primeira consulta seja seguido.

Após a confecção de todos os instrumentos que seriam utilizados na intervenção, o quinto passo foi a apresentação dos mesmos para a equipe do serviço de CTBMF, uma vez que esses novos instrumentos e metodologias de processo de trabalho consistiriam em mudança significativa na realidade do serviço no HUWC. Foi realizado uma calibração à cerca do preenchimento dos instrumentos, a fim de que todas as dúvidas no que se refere a sua utilização pudessem ser sanadas.

Com tais modificações, o que se espera é que o princípios organizativos e doutrinários do SUS possam ser fortalecidos, garantindo o acesso dos usuários a um sistema de saúde que seja resolutivo e de qualidade.

Resultados parciais esperados

Até o momento, 27 pacientes foram atendidos seguindo o novo protocolo proposto, tendo o seu prontuário BMF sido preenchido e sendo estratificados e classificados quanto ao risco.

Desses pacientes, 12 pacientes eram de baixo risco, 9 de médio risco e 6 de alto

risco.

A adoção deste novo modelo de organização da demanda proposto tem permitido a priorização dos pacientes de acordo com a sua condição de saúde e um maior controle dos procedimentos que serão realizados em cada turno.

A equipe do serviço de CTBMF do HUWC está em processo de capacitação para continuar seguindo o novo modelo proposto.

Referências

ARANEGA, A. *et al.* Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Revista de Odontologia da UNESP, v. 41, n. Especial, p. 0–0, 2013.

ASSIS, M. M. A.; DE JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: Abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

BRASIL. Portaria nº 3390, de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp). Brasília, 30 dez. 2013.

BULGARELLI, A. F. *et al.* Redes de atenção à saúde: Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva. *Redes de atenção à saúde: Práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva*, 2016.

JORGE, W. A. Odontologia Hospitalar: passado, presente e futuro. *Fundação Faculdade de Odontologia – FFO*, n. 10, p. 1–3, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, M.; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, S.; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, S. RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde. p. 38, 2012.

ODONTOLOGIA, Programa de Pós-Graduação em. Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial do HUWC. Disponível em: <https://ppgo.ufc.br/pt/institucional/insercao-social/residencia-em-cirurgia-e-traumatologia-buco-maxilo-facial-do-huwc/>. Acesso em: 29 jun. 2021.

RIBOLI, R.; PINHEIRO SIQUEIRA, S.; DE CONTO, F. Papel do cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva. *Revista da Faculdade de Odontologia – UPF*, v. 21, n. 2, p. 267–270, 2016.

ROCHA, A. L.; FERREIRA, E. F. E. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arquivos em Odontologia*, v. 50, n. 4, p. 154–160, 2014.

TAVARES, R. P. *et al.* A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia. *Saúde em Debate*, v. 37, n. 99, p. 628–635, 2013.

ANEXO A – PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO BUCOMAXILOFACIAL**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO
AMBULATÓRIO BUCOMAXILOFACIAL**

De 7 às 8 horas pela manhã, e de 13 às 14 horas pela tarde será realizado o acolhimento dos pacientes que buscam o serviço com escuta qualificada dos usuários.

» Nesse primeiro atendimento deve-se:

1ª. Avaliar se trata-se de uma urgência ou de um paciente com condições crônicas

URGENCIA	CONDIÇÃO CRONICA
Seguir protocolo de estratificação e classificação específico para o caso + seguir os passos abaixo:	Seguir os seguintes passos:

2ª. Preencher Prontuário BMF com dados gerais do paciente e dados referentes a saúde bucal

3ª. Realizar a estratificação e classificação de risco do paciente com condições crônicas

4ª. Realizar marcação do paciente na agenda, seguindo prioridades por grupo de risco, conforme indica o quadro abaixo

	ALTO RISCO	MEDIO RISCO	BAIXO RISCO
PRIMEIRA CONSULTA	Primeira consulta programática deve ser realizada em até 7 dias após a primeira avaliação.	Primeira consulta programática deve ser realizada em um período de até 15 a 30 dias após a primeira avaliação.	Primeira consulta programática deve ser realizada em um período de até 30 a 60 dias após a primeira avaliação
CONSULTAS DE RETORNO	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 7 a 15 dias após a última consulta.	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 20 a 40 dias após a última consulta.	Consulta de retorno deve ser marcada para um período de espera máximo de até 30 a 75 dias após a última consulta.

5ª. Ao fim do turno de trabalho, definir plano de tratamento para o paciente.

APÊNDICE B – PRONTUÁRIO BUCOMAXILOFACIAL**PRONTUÁRIO BUCOMAXILOFACIAL - BMF**

DADOS GERAIS			
NOME			
DATA DE NASCIMENTO	CPF	Nº PRONTUÁRIO	
TELEFONE	Nº CARTÃO DO SUS		
ENDEREÇO	PROFISSÃO		

HISTÓRICO MÉDICO E ODONTOLÓGICO	
POSSUI ALGUMA DOENÇA SISTÊMICA:	
FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO OU SUBSTÂNCIA COMO ÁLCOOL, CIGARRO OU OUTRAS DROGAS:	
HISTÓRICO DE ALERGIA:	
HISTÓRICO DE HEMORRAGIA:	
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PRÉVIO:	

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL**Causa do trauma:**

- agressão física
 acidente automobilístico/moto/bicicleta
 acidente doméstico
 acidente de trabalho
 esporte: _____
 vítima de arma de fogo
 outros : _____

Áreas envolvidas:

- mandíbula corpo
 côndilo
 maxila
 ossos nasais
 região orbital/frontal/temporal
 zigomático/arco zigomático
 Le Fort I II III

Envolvimento dentário: – dentes envolvidos: _____ total: _____
 Não houve relato

Tipo de trauma: luxação intrusão extrusão avulsão
 fratura: tipo: _____

PATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
LOCALIZAÇÃO DA LESÃO:
ASPECTO CLÍNICO:
HISTÓRICO DA LESÃO:
TIPO DE BIÓPSIA: () Biópsia incisional () Biópsia excisional () Puncção
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
PLANO DE TRATAMENTO

ANEXO A – MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO SERVIÇO DE CTBMF DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

BULGARELLI et al.

Quadro 1: Modelo de Classificação de Risco para pacientes atendidos na Especialidade de CTBMF à nível ambulatorial do HCPA.

Grupo Vermelho	Paciente com comorbidade sistêmica onde o procedimento cirúrgico odontológico é determinante para andamento do tratamento de tal comorbidade e/ou paciente referenciado para realização de biópsia de lesão com sinais de malignidade ou com potencial destruição dos tecidos adjacentes. Ex.: extração dentária prévia a radioterapia, quimioterapia, transplante ou uso de fármacos imunossupressores ou bifosfonatos.
Grupo Amarelo	Paciente com comorbidade sistêmica de difícil controle com risco de complicações transcirúrgicas. Ex.: pacientes cardiopatas em uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários
Grupo Verde	Paciente sem comorbidade sistêmica ou com comorbidade controlada, referenciado para procedimento cirúrgico odontológico citado no caderno de atenção básica nº17 (BRASIL, 2006).

Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Facilitando o controle e a participação do SUS com transtornos mentais

Calebe Lamonier De Oliveira C. Paiva

Dayanna Magalhães Dos Reis

Gabriela De Mesquita Bezerra

Natália Braga De Souza

Quézia Franco Uchoa Da Silva

Rodolpho Ferreira Lima Vilela

Vladson Gouveia Ferreira



Apresentação

Este projeto foi delineado pela equipe de residentes do primeiro dos Programa de Residência Multiprofissional (RESMULTI) em Assistência Hospitalar à Saúde (ênfase em Saúde Mental) e da Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (RESBUCO) no contexto da disciplina de SUS e Controle social.

O programa de Residência Integrada Multiprofissional (RESMULTI), instituído em 2005 a partir da lei 11.129, é uma modalidade de ensino de pós-graduação direcionada à educação em serviço e destinada às categorias profissionais, não médicas, da área de saúde (BRASIL, 2005), a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental institui-se para somar esforços as propostas e estratégias da reforma psiquiátrica. Esta objetiva formar e qualificar profissionais de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional a partir da formação teórica sob os preceitos da reforma psiquiátrica e das Políticas de Atenção em Saúde Mental, bem como da atuação em diversos pontos da Rede de Atenção Psicossocial sob uma perspectiva interdisciplinar de assistência integral e articulada com outros campos de saber (MONTEIRO; ARAÚJO; SOUZA, 2018). Já o programa de Residência Uniprofissional em Cirurgia e TraumatologiaBuco-Maxilo-Facial (CTBMF) doHospitalUniversitárioWalterCantídio (HUWC), foi criado em 2010 e representa um Programa de Pós-Graduação Latu Sensu de forte integração com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFC e com expressiva inserção e contribuição social.

As atividades dos residentes da RESBUCO (Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial) se desenvolvem em ambiente ambulatorial e hospitalar. O ambulatório ocorre na Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC, onde são realizados consultas especializadas e procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, sob anestesia local. Em nível hospitalar atuam no hospital base, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), onde são realizadas cirurgias eletivas de média e alta complexidade

sob anestesia geral, dentre elas Cirurgia Ortognática, Trauma Buco-Maxilo-Facial, Patologia Oral, Reconstrução Óssea dos Maxilares, Cirurgia da Articulação Têmporo-Mandibular e Cirurgia em Pacientes Fissurados sob a ótica do Serviço Único de Saúde. Além disso, os residentes estabelecem importante vínculo com Hospital Instituto José Frota (IJF) atuando como plantonista na emergência e no Hospital Pediátrico Albert Sabin atuando no serviço de pacientes fissurados.

Já as atividades dos residentes da saúde mental se desenvolvem no Hospital Universitário Walter Cantídio, na Unidade de Saúde Anastácio Magalhães e em outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM). Dentro do HUWC, o lócus de atuação dos residentes em Saúde Mental é o Ambulatório de Psiquiatria. O serviço é composto por uma equipe multiprofissional integrada por assistentes sociais, enfermeiros, médicos psiquiatras, nutricionistas, psicólogas, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem.

Dentre as atividades desenvolvidas no ambulatório de psiquiatria, onde serão executadas as atividades deste projeto, tem-se a Atenção Compartilhada que é um espaço de intervenção interdisciplinar realizada com os pacientes e acompanhantes assistidos no Ambulatório de Psiquiatria às segundas e quartas pela manhã, antes de iniciar os atendimentos.

O público alvo desta atividade são pacientes adultos e, prioritariamente, idosos acometidos por transtornos mentais diversos como esquizofrenia e bipolaridade. Geralmente são pacientes estáveis e a atividade funciona como um espaço de escuta e troca de experiências, onde são compartilhadas emoções, percepções e dificuldades a partir de perguntas norteadoras feitas pelos profissionais de saúde sobre atividades cotidianas, tratamento e relações sociais.

Portanto, observa-se que o intuito desse espaço é possibilitar o reconhecimento do outro em seu sofrimento e em suas estratégias de enfrentamento.

Metodologia

O diagnóstico situacional foi realizado a partir das experiências dos residentes durante as atividades desenvolvidas no grupo citado. Observou-se forte predominância de pessoas da terceira idade que participam ativamente do grupo e como é importante o espaço para eles falarem sobre suas experiências.

Além disso, percebe-se que, historicamente, idosos e pacientes com transtornos mentais perdem significativamente seu prestígio social. Nesse sentido, a partir das vivências proporcionadas através do grupo, conseguiu-se perceber a importância de (re)inserir-los na decisão de construção do processo de cuidado para melhorar a prestação do serviço no referido ambulatório e empoderar esses usuários.

Diagnóstico situacional

Dentre as perguntas norteadoras para a construção do presente trabalho, uma foi relacionada aos espaços de participação social existentes no HUWC. A ouvidoria caracteriza-se como espaço permanente, democrático para usuários, profissionais e demais servidores realizarem reclamações, elogios, denúncias, sugestões e/ou informações. A ouvidoria é localizada dentro do HUWC, no térreo sendo próximo ao refeitório. O funcionamento é de segunda a sexta, no período da manhã (8h às 12h) e pela tarde (13h às 17h).

A equipe é composta por três profissionais: uma ouvidora, uma assistente de ouvidoria e uma secretária. A ouvidoria da referida instituição tem por objetivo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2020):

[..] possibilitar a comunicação do cidadão com a administração dos hospitais, buscando ser um agente promotor de mudanças. Voltada para a satisfação das necessidades do cidadão, possibilita ainda o aprimoramento contínuo da gestão, atenção à saúde, ensino, pesquisa e extensão.

Portanto, percebe-se que as ouvidorias têm papel relevante na participação social dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser um canal entre eles (que usam os serviços) e a administração dos hospitais para melhorar o funcionamento das ações e serviços em saúde. O atendimento prestado pelo ouvidor é de suma importância por compreender que é ele quem acolhe e analisa as manifestações recebidas dos usuários, quando estes se sentirem preteridos ou prejudicados nos seus legítimos interesses.

Por fim, conclui-se que o papel da ouvidoria na vida do cidadão nos serviços que compõem a política de saúde é garantir o acesso a direitos essenciais, como assistência social, saúde, educação e demais políticas. Portanto, as informações prestadas no atendimento devem ser transparentes, com linguagem compreensível e conteúdo adaptado para qualquer cidadão compreender.

Propostas de Ação

A equipe decidiu desenvolver a intervenção a partir de três metas a serem alcançadas durante o processo de implantação da atividade no Grupo de Atenção Compartilhada, as metas são:

- Promover uma discussão, a partir do conhecimento prévio dos usuários, sobre a participação social: o que é, quais as ferramentas/estratégias que permitem sua execução e seu impacto no cuidado em saúde mental;
- Munir os usuários de informações sobre seus direitos, deveres e ferramentas para exercer a participação social;
- Fortalecer o papel dos idosos com transtornos mentais na participação social

Para alcançar cada meta foi decidido pela equipe que será utilizado o método já conhecido pelos pacientes que frequentam o referido grupo, as rodas de conversa. Foi escolhido essa metodologia por possibilitar aproximação entre facilitadores (profissionais) e usuários, permitindo que os participantes se sintam mais à vontade em falar opiniões e tirar dúvidas.

Os objetivos das rodas de conversa são: apresentar o que é e os desafios da participação social e da gestão participativa das políticas públicas de saúde no atual contexto nacional; contribuir com a mobilização e promover o fortalecimento

do idoso como protagonista na elaboração, construção, fiscalização, controle e monitoramento das políticas públicas de saúde.

No que tange a organização de cada encontro com os usuários será de acordo com as atividades dos residentes da equipe, tentando estabelecer o mínimo de dois encontros semanais por dois meses (setembro e outubro de 2020), dada a rotatividade dos pacientes que integram o Grupo da Atenção Compartilhada. A cada encontro são usuários diferentes e a cada dois meses eles retornam para o grupo, ou seja, a intervenção sendo realizada durante esse período acredita-se que conseguirá abranger todos os pacientes que frequentam o grupo supracitado. No que se refere à materiais, serão elaboradas perguntas geradoras para fomentar a discussão e assim incentivar a participação de todos. O intuito das palavras geradoras é provocar nas pessoas o desejo e atitude de participar ativamente e socialmente, através de reflexões na direção de seu empoderamento na gestão participativa da política de saúde.

Resultados Esperados

Espera-se conhecer o que os pacientes do Grupo da Atenção Compartilhada do ambulatório de saúde mental compreendem sobre participação social, bem como fomentar o interesse deles em exercer o direito de participar do controle social dos serviços de saúde prestados e, ainda, instrumentalizá-los com informações acerca de direitos, deveres, ferramentas e espaços de controle social para que a participação social possa ser, de fato, exercida. Por fim, pretende-se contribuir para o empoderamento e protagonismo dos sujeitos no seu processo de cuidado.

Referências

BRASIL. Casa civil. **Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília: CC, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 15 jun. 2020.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 287 de 8 de outubro de 1998**. Brasília: CNS, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 15 jun. 2020.

MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; ARAÚJO, Luana Barreto; SOUZA, Ângela Maria Alves. Preceptoría na Formação Multiprofissional em Saúde Mental: Relato de Experiência. In: SOUZA, Ângela Maria Alves; MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; ARAÚJO, Luana Barreto (Orgs.). **(Per) cursos formativos em uma residência multiprofissional**, Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2018. cap 1, p. 19-31.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Hospital Universitário Walter Cantídio. Ouvidoria: Mensagem da ouvidoria. Fortaleza: **HUWC**, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/ouvidoria>. Acesso em: 15 jun. 2020.

Participação social em meio a pandemia da Covid 19 sob olhar da equipe de saúde

Beatriz Lucas de Carvalho
Chakira Torres Lima
Jamile Carneiro Dourado
Lara Pereira Ricarte
Liana Moreira Magalhaes
Lucas Alves Ferreira
Raquel Gouveia Batista
Thays de Oliveira Bezerra



Apresentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, devido ao número alarmante de pessoas infectadas na China e em outros países, estados e territórios, declarou a situação causada pela doença do coronavírus (COVID-19) como uma pandemia. Desde então, o foco epidêmico passou a se disseminar para outros continentes como a Europa, América do Norte, Ásia, Oriente Médio e passando a apresentar casos nos países africanos e latino-americanos (BEDFORD, 2020).

A COVID-19 é causada pelo SARS-COV2 que se apresenta como o agente causador de uma doença potencialmente letal que tem proporcionado um grande problema na saúde pública mundial. Sua provável origem zoonótica é o mercado úmido em Wuhan, China, devido ao grande número de pessoas infectadas que haviam sido expostas nesse ambiente. A transmissão do vírus de uma pessoa para outra levou ao isolamento social como medida de conter sua disseminação (HUSSIN, 2020).

O isolamento como forma de prevenção tem gerado impactos em várias áreas do setor público de suma importância como a saúde. Isso pode trazer instabilidades ao sistema gerando crises na gestão de políticas públicas assim como pode prejudicar o direito fundamental da boa administração pública. Portanto, nesse contexto é de suma importância a participação social na gestão pública (PELOSO; REZENDE., 2020).

No Brasil, a saúde tem se apresentado como um objeto de ação de demanda desde os anos 60, formando bases para implementação da cultura de participação e controle social de suas políticas. A partir da constituição federal de 1988 a participação social se consolidou tendo destaque no setor da saúde pela sua abrangência em todo território nacional, sendo materializada em conselhos e conferências de saúde realizadas em âmbitos municipais, estaduais e federais (COSTA; VIEIRA, 2013).

Dessa forma, em 1990, com a criação da lei nº 8.080/90 e lei nº 8.142/90, a participação comunitária foi instituída como um princípio organizacional do

Sistema Único de Saúde (SUS) concedendo a população o poder de influir na gestão política estabelecendo com o Estado uma correlação de forças com objetivo de que o interesse coletivo prevaleça.

Diante do contexto apresentado, esse estudo tem como objetivo fazer uma análise sobre a participação social diante do cenário pandêmico atual com foco nos familiares de pessoas acometidos pelo COVID-19 que estão em isolamento hospitalar na enfermaria ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Além disso, trazer uma perspectiva sobre essa temática do olhar do profissional de saúde atuante nas unidades voltadas ao tratamento desses pacientes.

Metodologia

2.1 ESTRATÉGIAS PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A presente pesquisa será realizada no Hospital Universitário Walter Cantídio, localizado na Rua Pastor Samuel Munguba, 1290 – Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE, 60430-372, durante o período de junho a agosto de 2020.

Participará da pesquisa os profissionais da saúde que prestam atendimento à pacientes acometidos pela COVID-19, seja na enfermaria ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do referido hospital.

A coleta de dados para o diagnóstico situacional será realizada através de uma entrevista do tipo semiestruturada a partir de um questionário elaborado pelos pesquisadores com as seguintes indagações: 1. O que você entende por participação social?; 2. Na sua perspectiva qual a principal forma de participação social do familiar do paciente?; 3. Como o profissional da saúde pode atuar para favorecer uma participação social mais efetiva?; 4. No atual cenário de pandemia quais são as dificuldades encontradas para a participação social?.

As entrevistas serão realizadas com o máximo de privacidade para o entrevistado e serão gravadas. Posteriormente, serão transcritas e lidas, com a finalidade de proceder à ordenação das ideias e dos conteúdos convergentes e divergentes capazes de analisar os

discursos dos profissionais da saúde acerca da participação social dos familiares de pacientes com a COVID-19.

Aos sujeitos do estudo serão garantidos os sigilos das informações e o anonimato, de acordo com as normas éticas da investigação científica.

2.2 LEVAMENTO DE METAS

Este estudo tem como meta principal analisar a participação social dos familiares de pacientes acometidos pela COVID-19 atendidos em um hospital público de Fortaleza – CE a partir da percepção dos profissionais da saúde.

2.3 PROPOSTAS DE AÇÃO

A partir dos resultados encontrados serão elaboradas propostas que permitam uma participação social mais efetiva.

Diagnóstico situacional

A unidade de terapia intensiva é considerada um local destinado à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os quais há necessidade de controle rigoroso dos parâmetros vitais e cuidado contínuo e intensivo. Diante da condição delicada dos pacientes da unidade, há necessidade de que o cuidado seja expandido para além do indivíduo em estado crítico, isso quer dizer que a humanização da assistência deve estar presente, considerando a participação dos familiares e/ou responsáveis no processo do cuidado. Para tanto, podemos definir o conceito de humanização no contexto hospitalar como a busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e da equipe.

O paciente assistido em uma UTI perde seu contato direto com familiares e pessoas próximas, e é destituído, mesmo que temporariamente, da sociedade, de suas atividades e rotinas, tendo que se relacionar com desconhecidos e ficando exposto a situações constrangedoras, além de outros fatores que acabam por

gerar medo e angústia e, conseqüentemente, podem provocar-lhe depressão que o expõe a uma maior fragilidade e debilitação de seu estado emocional.

Nesse sentido, o paciente precisa ser respeitado e atendido em algumas de suas necessidades e direitos, como individualidade, privacidade, presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir o mais confortável possível, respeitando suas crenças, culturas e opiniões acerca de seu tratamento. A família é entendida, neste contexto, como uma unidade social proximamente conectada ao paciente através do amor, podendo ou não ter laços legais ou consanguíneos, caracterizando a participação social no contexto da unidade de terapia intensiva. Portanto, a relação da equipe de saúde com a família deve ser compreendida como uma importante aliada, por meio da qual o paciente pode reafirmar e recuperar sua importância no tratamento.

A ferramenta que mais aproxima a família de seus entes queridos e da equipe é a visita, que permite acesso ao paciente em horários definidos. Durante a visita, além do vínculo sentimental que envolve paciente e família, há oportunidade de interação com a equipe de saúde. Sejam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros profissionais que prestam assistência em terapia intensiva. Nesse momento a família pode expor e tirar dúvidas sobre o estado de saúde do paciente. No entanto, diante da pandemia causada pelo novo Corona vírus, as visitas foram suspensas tanto em unidades de terapia intensiva que prestam assistência a pacientes com Covid-19, quanto em unidades com pacientes clínicos de diversas especialidades. Com isso, o vínculo entre família, paciente e equipe foi rompido, trazendo prejuízos para as ações de controle e participação social dentro da UTI.

Devido a gravidade da situação, estas medidas de segurança foram decididas sem a participação da população, desta forma, seria importante trazer a população para mais próximo às decisões administrativas, de modo que possam também contribuir para melhoria da assistência de saúde e que possam ser envolvidos nestas decisões.

Um dos instrumentos mais eficientes é o uso de tecnologias, que proporcionam ferramentas capazes de realizar, por exemplo, chamadas de vídeo com intuito de

proporcionar o contato entre pacientes e familiares, ou pessoas interessadas na melhoria do serviço. Também dispõe de recursos para realização de reuniões virtuais entre os profissionais responsáveis e a família para atualizações sobre a situação do paciente, além de propiciar meios para o exercício de capacitações virtuais realizadas constantemente entre a equipe de saúde para fortalecer o aprendizado e aperfeiçoar a prática diante de um cenário, de tal maneira, desconhecido.

Diante deste cenário, serão realizadas junto aos profissionais que atuam na UTI perguntas com o objetivo de investigar seu conhecimento de participação social. A partir destas informações obtidas poderá ser elaborado um plano de ação para melhorar esta participação neste período crítico.

3.1 METAS

1. Alinhar os conhecimentos dos profissionais sobre Participação Social e envolvê-los neste processo;
2. Realizar reuniões com familiares ou população interessada;
3. Realizar reuniões com os chefes da equipe de cuidado para apresentação das
4. propostas de melhoria;
5. Implementação

3.2 PLANO DE AÇÃO

- Alinhar os conhecimentos dos profissionais sobre Participação Social

Realizar reuniões com os familiares dos pacientes internados ou com qualquer pessoa com interesse de melhorar o serviço prestado pela UTI do HUWC. As reuniões poderiam ser realizadas por vídeo conferência, e como mediadores teríamos profissionais da saúde do HUWC de diversas categorias profissionais com o objetivo de sugerir melhorias a assistência ao paciente e aos familiares. As sugestões seriam apresentadas aos chefes da UTI.

- Reuniões com familiares ou população interessada

Realizar reuniões com os familiares dos pacientes internados ou com qualquer pessoa com interesse de melhorar o serviço prestado pela UTI do HUWC. As reuniões poderiam ser realizadas por vídeo conferência, e como mediadores teríamos profissionais da saúde do HUWC de diversas categorias profissionais com o objetivo de sugerir melhorias a assistência ao paciente e aos familiares. As sugestões seriam apresentadas aos chefes da UTI.

- Reuniões com a equipe de cuidado da UTI

Após reunião com familiares e interessados os profissionais participantes dessa reunião apresentariam as demandas para os chefes da UTI e discutiriam as possibilidades de atendê-las ou adaptá-las para de forma que atendam interesses dos usuários, as possibilidades da equipe e as medidas de segurança.

- Implementação

Após reunião com familiares e interessados os profissionais participantes dessa reunião apresentariam as demandas para os chefes da UTI e discutiriam as possibilidades de atendê-las ou adaptá-las para de forma que atendam interesses dos usuários, as possibilidades da equipe e as medidas de segurança.

Resultados esperados

A partir do que foi discutido ao longo do projeto espera-se que a utilização de metodologias e tecnologias possam auxiliar e beneficiar a participação da família na terapêutica do paciente, além de integrar profissionais acerca da importância do vínculo e da participação social em ambientes de terapia intensiva, mesmo no contexto de pandemia em que a nossa sociedade se encontra.

Com as informações coletadas por meio do plano de ações poderá ser elencado tópicos e elaborado um informativo diário para monitoração e realização do acompanhamento e comunicação entre equipe multidisciplinar da unidade de

cuidados intensivos e familiares de pessoas internadas.

Além disso, o compilado dos informativos e das reuniões, realizadas via ligações telefônicas ou via meios audiovisuais entre chefia, equipe e familiares, poderá ser convertido em uma forma de avaliação do setor prestador do cuidado para posterior reavaliações.

Esse processo de inserção, cooperação e coparticipação só ressalta a importância de inserir o acompanhamento e a participação da comunidade, dos familiares no processo de saúde-doença e manutenção dos cuidados essenciais.

Referências

BEDFORD, J.; *et al.* COVID-19: no controle de uma pandemia. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1015-1018, 2020.

BRASIL, Presidência da República. **Lei no 8080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF:1990.

BRASIL, Presidência da República. **Lei no 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: 1990.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. A **saúde no Brasil**, v. 2030, p. 237-271, 2013.

PELUSO, L. H. D.; REZENDE, V. P. A. O controle social de políticas públicas como possibilidade de efetivação do direito fundamental à boa administração pública após a pandemia de covid-19. **Direito UNIFACS–Debate Virtual**, n. 238, 2020

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. A epidemiologia e patogênese do surto de doença por Coronavírus (COVID-19). **Jornal de autoimunidade**, p. 102433, 2020.

Diagnóstico situacional da enfermaria de transplantes do hospital universitário Walter Cântido (HUWC/UFC)

Ana Paula Marques De Souza Gomes

Andreza Geny De Araujo Andrade

Antonio Huydson Ferreira Xavier

Thaynara Carvalho De Freitas

Maria Nayana Carvalho Tavares

Neide Da Silva Áfio,

Sarah Pinheiro De Araújo Leite

Victoria De Pádua Moreira,

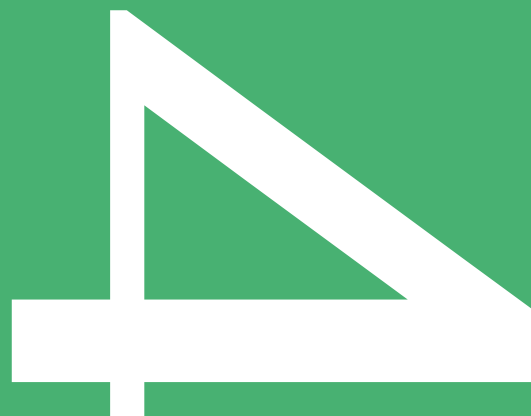
Rikeciane Brandão

Jessika Brenda Rafael Campos

Antonia Carolayne Chaves Lima

Mariana Leitão Rocha

Thayná Cândido Day



Apresentação

Como parte do processo avaliativo da disciplina de SUS e Controle Social – do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde (RESMULTI), Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (RESBUCO) e Residência em Enfermagem Obstétrica (RESENO), conduzidos pela Universidade Federal do Ceará, em parceria com os Hospitais Universitários da UFC –, foi proposto aos alunos residentes a realização de um projeto de intervenção, cujo objetivo seria realizar um diagnóstico situacional dos setores de atuação de cada área de concentração e assistência em saúde do programa, no que diz respeito aos espaços de participação social e das modalidades de organização destes.

A Residência em área Profissional da Saúde, nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional, constitui ensino de Pós-graduação lato sensu destinado aos profissionais da saúde, graduados em instituição de ensino superior. As modalidades multiprofissionais são compostas por áreas de concentração, que são campos delimitados e específicos de conhecimentos, no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS, segundo a Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012.

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), instituição na qual será realizado o trabalho, é um hospital universitário da Universidade Federal do Ceará (UFC). Localizado na cidade de Fortaleza e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), a unidade integra o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, que também é composto pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). O HUWC-UFC é um centro de referência no desenvolvimento de pesquisas e na formação de profissionais da área da saúde, desempenhando importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará.

O nível de atenção terciária, de onde partimos, é composto por hospitais – instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar –, responsáveis pela assistência aos usuários em condições agudas ou crônicas de saúde, que exigem assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Os hospitais

prestam ações e serviços no âmbito do SUS, constituindo-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cujo perfil assistencial deve ser definido conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da Rede de Atenção à Saúde loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea. O papel dos hospitais, portanto, é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado, de média e alta complexidade.

A assistência hospitalar no SUS deve ser organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. Nesse modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, as equipes multiprofissionais se configuram como a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital, sendo compostas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que devem compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.

A Constituição Federal de 1988 representa um marco do processo deredemocratização do Estado brasileiro e no que diz respeito à Saúde, a Constituição enfatiza que esta é “direito de todos e dever do Estado”, definindo a universalidade do acesso como um dos princípios fundamentais do SUS.

As primeiras experiências de transplantes de órgãos no país datam da década de 1960 e, somente na década de 1990, as propostas de organização dos transplantes foram direcionadas ao Ministério da Saúde. Com os avanços obtidos na medicina e o aumento da demanda pelo procedimento, a elaboração de uma lei que regulamentasse o transplante no país foi exigida, tendo sido implementada a Política Nacional de Transplantes de Órgãos em 1997. Nessa perspectiva, o transplante de órgãos, no Brasil, é um procedimento 100% custeado pelo SUS.

No Hospital Universitário Walter Cantídio, os estudos pioneiros em transplante datam do início de 1976 e, atualmente, o HUWC-UFC destaca-se na realização de transplantes renal e hepático, além de pesquisas clínicas vinculadas a diversos

programas de pós-graduação regionais e nacionais.

O contexto de cuidado do paciente transplantado hepático e renal, público assistido, demanda uma assistência especializada e multidisciplinar. Nessa perspectiva, o presente trabalho foi elaborado pela equipe de profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde, com área de concentração em Transplante, no HUWC-UFC. A equipe de Assistência em Transplante, no tocante ao programa da residência, é composta pelas seguintes categorias: Enfermagem (02), Farmácia (03), Fisioterapia (01), Nutrição (02), Psicologia (02) e Serviço social (03), totalizando 13 profissionais. A equipe, composta por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, além das categorias de residentes citadas, é responsável por processos como avaliação, preparação, cirurgia e acompanhamento clínico dos pacientes (doadores e receptores).

As profissionais da residência em Enfermagem realizam a educação de pacientes, a implementação de intervenções que mantenham ou melhorem a saúde fisiológica, psicológica e social, o uso de intervenções que facilitem e promovam mudanças de comportamento e adesão ao tratamento em relação às complexas e prolongadas terapias, bem como oferecem suporte aos pacientes e familiares no planejamento, implementação e avaliação do cuidado. Já as profissionais-residentes farmacêuticas são responsáveis por oferecer assistência de modo a otimizar a farmacoterapia, através da conciliação medicamentosa, educação em saúde, revisão da farmacoterapia, gestão da condição em saúde, dispensação e acompanhamento farmacoterapêutico. Ao profissional-residente da Fisioterapia, cabe reabilitar o paciente, de forma parcial ou total, e possibilitar a continuidade do cuidado, com intervenções terapêuticas que permitam restabelecer suas funções e atividades, promovendo autonomia e independência funcional pré e pós transplante.

As profissionais-residentes de Nutrição oferecem assistência nutricional, dietoterápica e educação nutricional ao paciente pré e pós-transplante, de modo a atender suas necessidades nutricionais, a fim de auxiliar na manutenção e/ou recuperação do estado nutricional e promover qualidade de vida. As profissionais-residentes de Psicologia, responsáveis pela execução do projeto de assistência

psicológica aos pacientes renais e hepáticos crônicos, oferecem apoio no manejo das repercussões emocionais da doença e do processo de tratamento. Por fim, finalizando a composição da equipe de residentes, a atuação do Serviço Social no transplante consiste na realização de entrevistas sociais a pacientes e acompanhantes, parecer social, visita aos leitos a fim de acompanhamento social, viabilização de direitos e benefícios, elaboração de relatórios sociais para órgãos diversos, além de orientações aos usuários que demandam os serviços.

Metodologia

2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido no mês de junho de 2020, na Enfermaria de Transplantes Renal e Hepático, do Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza- CE.

Para o desenvolvimento do diagnóstico situacional desse setor, optou-se por utilizar como instrumento de coleta de dados uma entrevista estruturada, composta por questões abertas, criadas pelos próprios residentes, com foco no eixo da Participação Social e suas repercussões no setor (APÊNDICE A).

As perguntas serão feitas pessoalmente aos seis preceptores, de cada categoria profissional da ênfase de transplante, tendo em vista a experiência profissional e o conhecimento destes diante do cenário de estudo. A entrevista será realizada em data e hora marcada pelo residente ao preceptor, pretendendo-se finalizar a coleta no prazo de trinta dias. Os dados coletados serão organizados e serão separados de acordo com as respostas de cada pergunta, para que, em seguida, seja realizada a análise do discurso emitido pelos sujeitos. Para esta análise não será utilizado nenhum instrumento complementar ou software específico.

2.2 PROPOSTA DE AÇÃO

As demandas da Enfermaria do Transplante serão obtidas através das respostas dos preceptores e analisadas separadamente por bloco de questões a partir de um roteiro produzido pela equipe, com fins de investigação e avaliação referente

a participação social e a situação atual no espaço em que os residentes atuam juntamente aos preceptores.

Após o término do recolhimento das informações, os dados serão organizados para serem analisados posteriormente. Em seguida, a equipe fará uma reunião para realizar a análise das falas emitidas pelos preceptores e, dessa forma, elaborar as intervenções, que se constituirão inicialmente na construção de um questionário de satisfação voltados para os pacientes da enfermaria do transplante, tendo em vista o objetivo de identificar as opiniões dos usuários, incentivando sua participação, dentro deste serviço de saúde.

O público alvo o qual se destina a intervenção serão os pacientes internados na enfermaria do transplante, que é composta por vinte leitos (900-919). Pretendese realizar a intervenção com todos os pacientes, uma vez que aceitarem participar da pesquisa. O questionário de satisfação será aplicado na própria enfermaria pelos residentes que compõem a equipe.

Após a aplicação dos questionários de satisfação, será proposto que sejam feitas reuniões mensais de cunho multiprofissional, para discussão dos resultados encontrados nas pesquisas mensais, sendo estes resultados referentes aos clientes da enfermaria do transplante e que assim sejam traçadas melhorias para o setor. Será inicialmente feito um folder instrucional para os profissionais da enfermaria, apresentando os resultados encontrados, a fim de incentivá-los na participação das reuniões.

Esses encontros ocorrerão mensalmente e serão monitoradas pela equipe de enfermagem e do serviço social primariamente; não isentando os demais profissionais de fazer o requerimento para que tal ação aconteça, haja vista sua importância para melhorar não só a relação paciente-profissional, como também a relação entre os próprios profissionais, gerando maior vínculo entre eles.

Em consonância com o Plano de Contingência da COVID-19 no Complexo Hospitalar da UFC - que define ações para garantir atendimento humanizado aos pacientes, reduzindo o risco de transmissão para colaboradores, professores,

residentes, alunos, pacientes, acompanhantes e visitantes -, a equipe de Assistência em Transplante irá realizar a intervenção utilizando-se de todos os equipamentos de proteção individual fornecidos pelo hospital e seguindo as recomendações de segurança propostas.

Resultados esperados

Espera-se, para a efetivação da intervenção, a adesão dos pacientes, a fim de que estes utilizem a ferramenta para manifestar demandas específicas do setor de transplante. Almeja-se que, através do compilado de informações colhidas no questionário, possa se refletir sobre novas estratégias para melhor assistir aos pacientes do referido setor. A avaliação será incluída no questionário, sendo atribuída a última pergunta, com o propósito de facilitar o processo avaliativo, tendo por finalidade constatar se os pacientes vivenciaram e exerceram o direito assegurado da participação social.

Também é esperado que as reuniões permaneçam ocorrendo no setor, tendo em vista que tais encontros são importantes para criação de vínculos, podendo ser usados, até mesmo, para discussão dos casos clínicos e acompanhamento dos pacientes.

Referências

ARES – Apoio às Residências em Saúde. **Manual do Participante 2020**. Edital no 01/2019 Edital no 01/2019 – Residência Multiprofissional – Residência Multiprofissional e Uniprofissional. PSU RESMULTI UFC_ESP/CE – 2020. Disponível em: <<<https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp-content/uploads/2019/10/Manual-do-participante-RESMULTI-2019.pdf>>> Acesso em: 09/06/2020.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>> Acesso em: 09/06/2020.

GURJÃO, Fernanda Maia; MAIA, Lúcia de Fátima Rocha Bezerra; CARVALHO, Maria de Fátima Sousa Lima. **Tratamento fora de domicílio: perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário**. Serv. Soc. & Saúde, Campinas-SP. Volume 17, no 1 [25], pp. 155-180, jan./jun. 2018. Disponível em: <<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8655206/19334>>> Acesso em: 09/06/2020.

PORTELA, Milena Pontes; NERI, Eugenie Desiree Rabelo; FONTENELES, Marta Maria França; GARCIA, José Huygens Parente; FERNANDES, Maria Eneida Porto Fernandes. **O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil**. Rev. Assoc. Med. Bras., vol.56, no 3, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300018>> Acesso em: 09/06/2020.

HUWC-UFC – Hospital Universitário Walter Cantídio. Institucional/ **Nossa História**. Disponível em: <<<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/nossa-historia>>> Acesso em: 09/06/2020.

FERNANDES, Luciana Freitas. Perspectivas da Psicologia no Campo do Transplante Renal. In: LAGE, Ana Maria Vieira; MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante. Psicologia hospitalar: teoria e prática em hospital universitário, 2007, Capítulo 7, pp.131-151.

huwc-ufc/covid-19>> Acesso em: 09/06/2020.

GURJÃO, Fernanda Maia; MAIA, Lucia de Fátima Rocha Bezerra; CARVALHO, Maria de Fátima Souza Lima de. **Tratamento fora de domicílio:** perspectivas dos pacientes do transplante renal de um hospital universitário. Serviço Social e Saúde, São Paulo, v.17, n. 1 [25], p. 155-180, jun. 2018.

Compreendendo aspectos relacionado a participação social no SUS

Ananda Madhava Rodrigues Magalhães
Cristina Oliveira Da Costa
Fernando Henrique De Castro Pedroza
Ítala Barbosa Da Silva Monteiro
Kayane Nascimento Da Silva



Introdução

A democratização da saúde no Brasil foi um processo de organização coletiva, movido pela insatisfação da sociedade diante das fortes desigualdades percebidas, e vivenciadas de forma intensa no período que marcou o início da redemocratização do país. Momentos importantes sinalizaram os avanços conquistados, como a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde - SUS, e as Leis no 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Ainda que a participação social em saúde seja uma diretriz do SUS e a participação e o controle social em saúde sejam grandes conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, sabe-se que muitos usuários não se apropriam desse direito efetivamente. Frente a esse cenário, nos indagamos como esse controle social está sendo posto em prática em nosso serviço? De que forma os profissionais de saúde estão exercendo seus direitos e como eles perpassam essas informações para os usuários do SUS?

Com base no exposto, a equipe multiprofissional de residentes da ênfase de Oncohematologia, elaborou este projeto de intervenção para a disciplina de "SUS e Controle Social", com o objetivo de conhecer como os profissionais de saúde do setor de Oncohematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) entendem a participação social em saúde no HUWC (haja vista o contato direto desses com os usuários e a possibilidade de serem agentes disseminadores de informações sobre a temática).

Metodologia

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas nos setores em que estão distribuídos os residentes que compõem o grupo: no setor de clínica médica, ambulatório de quimioterapia e farmácia hospitalar, que visava diagnosticar a existência ou não de participação social e possíveis canais de comunicação entre profissionais de saúde, usuários e a instituição. No total, serão entrevistados doze (12) profissionais de saúde dentre estes: Enfermeiros, Nutricionistas, Farmacêuticos, Psicólogos, dentre outros, que fazem parte da assistência direta ao paciente, não

havendo participação das chefiarias das unidades.

Inicialmente, os pesquisadores irão explicar aos profissionais sobre a disciplina e o teor da atividade proposta, sendo estes posteriormente convidados a participar do estudo, podendo estes recusarem-se a participar a qualquer tempo, caso aceitem participar deverão assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ressalta-se que durante a aplicação do questionário, os participantes poderão desistir de participar da pesquisa, sem danos ou custos. Aceitando participar do estudo, os profissionais serão convidados a um lugar reservado para responder ao questionário (APÊNDICE B).

As respostas serão coletadas e tabuladas em programas estatísticos, o presente estudo será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética, respeitando os princípios das pesquisas realizadas com seres humanos presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Discussão

Durante a década de 70, surgiu no Brasil um movimento pedindo intensamente a democratização da saúde, ocorrendo em um período no qual novas figuras sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização, expressando a indignação da sociedade frente às humilhantes desigualdades e a mercantilização da saúde, configurando-se como uma ação política que tem a saúde como direito universal de cidadania. Este amplo processo de mobilização e construção coletiva do direito à saúde se expandiu pelo país, tendo como momento marcante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, com a participação de cerca de 5 mil pessoas, sendo a metade oriunda de movimentos sociais (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

A partir da Constituição Brasileira de 1988 passou a vigorar constitucionalmente a participação social em saúde, tornando esta, uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) o país (BRASIL, 1988). Diante disso, a participação da comunidade, como uma diretriz a fim de efetivar o sistema de saúde, propicia os cidadãos a

exercer cidadania, levando a um controle social (JUNGLOS *et al.*, 2019).

As Leis no 8.080/90 e 8.142/90 instituem no SUS a participação e o controle social em saúde, estando estes entre as maiores conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, onde a organização da sociedade ocorreu inicialmente por meio de fóruns informais e posteriormente em espaços formais de participação da sociedade civil organizada, como as conferências de saúde e os conselhos de saúde (JUNGLOS *et al.*, 2019). Desse modo, o controle social tornou-se mais evidente, visto que a organização jurídica do país inclui os conselhos de saúde na estrutura decisória e na fiscalização da administração dos recursos públicos destinados ao SUS (SHIMIZU; MOURA, 2015).

Uma grande parcela da participação social ocorre por meio dos espaços institucionais, o que exige uma análise criteriosa. A participação prevista na legislação não é, necessariamente, a garantia de participação no cotidiano do sistema, e a conquista de representação popular nos espaços deliberativos é sem dúvida um avanço, no entanto deve-se questionar se a ação institucional que os movimentos sociais privilegiam tem permitido a construção de um efetivo controle social dos serviços de saúde (COELHO, 2012), visto que, apesar de ser garantida legalmente a participação social, este mecanismo não é facilmente implementado por ser vinculado a projetos sociopolíticos mais amplos (COSTA; VIEIRA, 2013).

Em relação aos espaços de participação social do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), a Carta de Serviços ao Cidadão (2015) do hospital descreve a ouvidoria como um espaço de participação e de controle social da população, responsável pelo tratamento das manifestações relativas às políticas e ao serviço público, que possibilita o diálogo entre o cidadão e o governo, tornando possível o aprimoramento dos serviços públicos prestados à sociedade. Além disso, as manifestações podem ser caracterizadas como Elogios, Reclamações, Informações, Sugestões e Denúncias (EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, 2020).

Diante das considerações feitas, tendo também em vista as grandes possíveis repercussões da comunicação de um conhecimento a respeito da participação

e do controle social, percebe-se a importância da apropriação dessas informações pelos profissionais de saúde. Assim, objetivando conhecer o diagnóstico situacional quanto a essa questão no setor de Oncohematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), os residentes dessa ênfase realizarão entrevistas semiestruturadas para auxiliar no estabelecimento de metas e na elaboração de um projeto de intervenção.

Diagnóstico situacional

Para iniciar o diálogo e abrir espaço para discussões, iniciaremos indagando o profissional acerca do significado e de seus conhecimentos do que é a participação social no SUS. De acordo com Simões (2015) é complexo definir participação social, pois é um termo que só se concretiza quando está acontecendo, e vai sofrendo mudanças com as culturas e ideologias de cada sociedade. Todavia, pode ser entendida como uma estratégia de redistribuição do poder, com atuação organizada de diversos setores da sociedade, buscando uma solução para promover o bem comum.

Após o primeiro momento da entrevista, aprofundaremos ainda mais, trazendo reflexões de como ele, profissional do SUS, atuante no serviço e diretamente voltado a assistência dos usuários, sugere maneiras de facilitar e instigar a participação social no SUS. Em seguida, questionaremos sobre a existência no hospital de espaços para a participação social, que se caracterize como um setor aberto ao público, onde possam levar críticas, sugestões e elogios em relação a todos os âmbitos físicos e do cuidado prestado, e que de alguma forma contribuam para esse ambiente gerador de cuidado e saúde.

Para finalizar, perguntaremos como esse profissional se percebe diante do contexto do hospital, se ele conseguiria mudar algumas realidades que já estão precarizadas, tentando fazê-lo refletir acerca do seu papel como gerador de cuidado e parte do SUS.

Metas

Diante do exposto e da realidade do sistema de saúde brasileiro, é certo afirmar que a maioria da população, não detém conhecimento específico sobre a participação social. Dessa forma, faz-se necessária a estruturação de metas para que os funcionários possam entender melhor o que é a participação social, bem como, tornar a participação social uma realidade no seu ambiente de trabalho.

Assim, foram definidas duas metas, sendo elas: maior difusão sobre o que é Participação Social (1); e possibilitar outras formas de Participação Social (2).

Propostas de ação

Tabela 1 – Propostas para a Meta 1, Brasil, 2020.

MAIOR DIFUSÃO SOBRE O QUE É PARTICIPAÇÃO SOCIAL	
Como alcançar a meta?	Capacitação dos profissionais
Quem será envolvido?	Trabalhadores da instituição
Quem serão os parceiros?	Chefias dos setores da instituição
Que atividades serão desenvolvidas?	Oficinas, rodas de conversas e palestras
Quando?	Semestralmente
Quem serão os responsáveis?	Chefes das referidas unidades
Que materiais são necessários?	Folders

Fonte: elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Propostas para a Meta 2, Brasil, 2020.**POSSIBILITAR OUTRAS FORMAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Como alcançar a meta?	Realizando eventos abertos ao público
Quem será envolvido?	Trabalhadores e usuários
Quem serão os parceiros?	Chefias dos setores da instituição e do governo
Que atividades serão desenvolvidas?	Fóruns abertos ao público
Quando?	Semestralmente
Quem serão os responsáveis?	Chefes das unidades
Que materiais são necessários?	Recursos humanos

Fonte: elaborada pelos autores.

Considerações finais

Com a realização das atividades propostas, espera-se que os profissionais se tornem sujeitos ativos nas suas atividades diárias no serviço, e, além disso, haja uma maior democratização do acesso às instâncias e de suas decisões dentro da instituição, possibilitando aos trabalhadores e também aos usuários uma maior participação e efetivação do seu papel enquanto agente social.

Exemplos disso, são rodas de conversas com profissionais e usuários, distribuição de panfletos informando sobre a lei e uma carta de direitos e deveres dos usuários do SUS, e espaços que promovam o conhecimento da população para que possam lutar pelos seus direitos e cumprir os seus deveres.

Destacamos a importância do conhecimento acerca da participação e controle social no SUS para melhorar cada vez mais a assistência em saúde e a realidade do sistema. Pois apenas podemos fiscalizar e reivindicar nossos direitos se conhecermos nosso papel dentro do SUS. Além disso, também é necessário o empenho de profissionais para propagar as informações para que os usuários possam assumir seus papéis.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990a.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, Mai 2012.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In FUNDAÇÃO.

OSWALDO CRUZ. A **saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, **Carta de Serviços ao Cidadão – Hospital Universitário Walter Cantídio**. Fortaleza, HUWC, 2015, 49 p. Disponível em:<<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214604/0/Carta-de-Servicos-ao-Cidadao-HUWC.pdf/d586c8ea-fcc4-4262-8a4d-fb6e4b89f674>>. Acesso em: 04 jun 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES, Ouvidoria – Hospital Universitário Walter Cantídio. Brasília, 2020. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/ouvidoria>>. Acesso em: 15 jun 2020.

JUNGLOS, C.; AMADIGI, F. R.; MACHADO, R. R.; SORATO, J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, dec. 2019. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/66874>>. Acesso em: 04 jun 2020.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1180-1192, Dez. 2015.

SIMÕES, G.L.; SIMÕES, J.M. Reflexões sobre o conceito de participação social no contexto brasileiro. **Anais do XV Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo3/reflexoes-sobre-oconceito-de-participacao-social-no-contexto-brasileiro.pdf>>. Acesso em: 11 mai 2020.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, Mar. 2016.

O papel de pais e profissionais de saúde na UTIN

Anne Sherida De Castro E Silva Vidal

Arinice De Menezes Costa Loureiro

Brenda Maria Colaço Pereira

Brenda Kézia De Sousa Freitas

Camila Almeida Leandro

Islânia Pereira Da Silva

Affonso Lucas Sanguinetti De Oliveira

Francisca Marliane Teixeira De Sousa

Marina De Paula Mendonça Dias

Francisco Rafael De Castro Chaves

Thaís Barbosa De Oliveira

Thalita Sena Vieira



Apresentação

O complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC): Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e Maternidade Escola Assis chateaubriand (MEAC) correspondem ao cenário de atuação de profissionais de diversas ênfases na modalidade de Residência Multiprofissional (RESMULTI), que constitui uma categoria de ensino de pós-graduação sob a orientação de profissionais especializados em suas áreas de atuação, e que tem por propósito capacitar a equipe multi para o exercício profissional em diversas especialidades reconhecidas (EBSERH - HWUC, 2020).

Nesse contexto, a MEAC caracteriza-se como uma instituição pública federal direcionada para o atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) cujas ações assistenciais são baseadas nos princípios humanitários, com participação integralizada e interdisciplinar. Ao lado disso, contribui para o aprimoramento profissional e acadêmico de diversas categorias profissionais, representando o espaço de intervenção aqui pretendida.

Com o retorno do regime político democrático no Brasil, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito da população e um dever do Estado, evento que concebeu o processo de criação SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2015). Desse modo, nasce a importância da participação e do controle social nas políticas e serviços de saúde, sendo o SUS a primeira política pública a aderir à participação social sob suas práticas por meio do controle social em suas instâncias, conselhos e conferências de saúde, respaldado pela Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 (BRASIL, 2013).

O exercício da participação popular sobre as políticas e os serviços públicos de saúde é uma importante conquista para a democracia brasileira, a qual suscita ações de valorização e promoção em todos os níveis de atuação da assistência em saúde para o bom funcionamento dos instrumentos democráticos de poder (PEREIRA *et al.*, 2019). Para isso, a efetiva participação popular deve ser priorizada e incentivada por meio de mecanismos e fluxos que permitam o preenchimento desses espaços pelos cidadãos que usufruem do SUS. Logo, é necessário que os atores envolvidos dialoguem entre si de modo a gerar tomadas de decisões que

envolvam políticas públicas de saúde e promovam a participação social (LIMA *et al.*, 2019).

Para a presente intervenção, o setor selecionado para avaliar o contexto da participação social na MEAC foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que consiste em um atendimento ao recém-nascido de alto risco. De acordo com Carta de Serviços ao Cidadão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (2017, p.32):

[...] a participação da família no cuidado ao recém-nascido dentro das unidades neonatais e enfermarias é primordial para o fortalecimento do vínculo e para garantia de uma assistência mais humanizada.

Diante disso, objetivamos descrever a percepção de profissionais, dentre eles, assistentes sociais e psicólogas frente às alterações do fluxo de acesso dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) durante a pandemia da COVID-19 e seus impactos no contexto da participação e controle social.

Metodologia

Com o objetivo de compreender a percepção da equipe da UTIN acerca da participação social dentro da unidade, realizou-se uma entrevista semiestruturada com uma Assistente Social e uma Psicóloga que atuam no setor.

O roteiro da entrevista foi elaborado conjuntamente pela equipe de residentes multiprofissionais da ênfase Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará. O momento de escuta das profissionais teve duração média de 18 minutos e foi facilitado por três residentes do grupo. Importante considerar que, com o consentimento verbal da Assistente Social e da Psicóloga, a entrevista foi gravada.

As questões utilizadas estão listadas na tabela 1:

Tabela 1: Questões utilizadas durante a entrevista

- Quais espaços de participação social existem dentro da UTI neo?
- Como funcionava o fluxo de acesso aos RN antes da pandemia? Com tem sido durante a pandemia?
- Quais impactos percebidos nos usuários e nos profissionais do setor diante dessas mudanças?
- Como se deu o processo de decisão dessas mudanças?
- Como uma maior participação dos profissionais e usuários poderia amenizar os impactos vividos?
- Como os profissionais da equipe veem a participação dos usuários e profissionais? E como acham que podem desenvolver essa participação?

A partir das respostas das profissionais realizou-se o diagnóstico situacional e, com base neste, foram elaboradas propostas de ação e resultados esperados para a melhoria da participação social dentro da UTIN.

Diagnóstico Situacional

Sabe-se que a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente que possui alta complexidade tecnológica e que presta assistência a neonatos com condições clínicas instáveis que requerem cuidados intensivos pela equipe de saúde. No contexto de uma doença pandêmica como a COVID-19, houve a necessidade de rever o fluxo dos pais e familiares na UTIN da instituição.

Anteriormente ao contexto da pandemia, o acesso dos pais era livre. Ambos procuravam a recepção, faziam um cadastro e recebiam um crachá, onde teriam acesso às dependências do hospital, sem tempo estipulado. O que oportunizava o aleitamento materno em livre demanda, contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo. Os recém-nascidos também recebiam visitas através do vidro à tarde, a partir das 13 horas. Apenas os avós (terça e quinta) e irmãos acima de cinco anos (agendado) poderiam adentrar na UTIN para acesso direto aos bebês.

Durante a pandemia, a instituição implementou a restrição desse fluxo, apesar de não ter ocorrido consulta ou diálogo com os familiares a respeito dessa suspensão ou medidas alternativas que poderiam ser realizadas como forma de contenção da disseminação da doença, as mães foram informadas e orientadas sobre os riscos e apoiaram a decisão.

Por meio da entrevista, pode-se inferir que a participação social dos pais no contexto da maternidade, ainda é incipiente e que as decisões tomadas se dão através dos colegiados que são formados pelos gestores de composição multiprofissional, não havendo representação social por parte dos pacientes e ou acompanhantes. Está prevista a participação dos usuários nos conselhos do hospital, no entanto, essa participação não foi estimulada e não desperta interesse nos mesmos, talvez pelo fato de o hospital possuir alta rotatividade de pacientes internados.

As dificuldades com a atuação participativa é algo cultural, enraizado na sociedade em que muito se cobra, mas que pouco se participa. Com isso, é necessário repensar os meios de participação presentes no hospital e estimular a atuação dos usuários.

Metas

- 1.** Ampliar a participação social dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).
- 2.** Captar a percepção da experiência que os pais tiveram na instituição como usuários.
- 3.** Aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde da instituição com a finalidade de ampliar a integração destes com os pais.

Propostas de ação

a) Ampliar a participação social dos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Como alcançar a meta? Através de veículos de comunicação, respeitando as medidas de segurança da Organização Mundial da Saúde (OMS), devendo ser repassadas aos pais informações sobre os seus direitos quanto ao acompanhamento de seus filhos internados na UTIN. Sabemos que a participação social como um todo é dificultosa, muitas vezes por falta de informação, devendo-se instigar o interesse destes em participar ativamente do processo de cuidado, que é garantido pelo Sistema Único de Saúde.

Quais são esses veículos de informação? A informação seria repassada de acordo com a realidade de cada família. Seja por telefone, por vídeo-chamadas, ou presencialmente de forma segura. Quais os participantes envolvidos? Equipe multiprofissional e os pais da criança. Quando? Durante a internação de recém-nascidos no contexto da pandemia da COVID-19.

b) Captar a percepção da experiência que os pais tiveram na instituição como usuários

Como alcançar a meta? Junto a ouvidoria, captar o feedback dos pais, através de uma escuta mais qualificada, que direcione a instituição na busca de melhorias, levando em consideração a percepção dos pais como usuários do Sistema Único de Saúde.

Quais são esses veículos de informação? Aplicação de questionários por intermédio de uma entrevista, utilizando esse espaço aberto para compreender a necessidade dos pais.

Quais os participantes envolvidos? A ouvidoria da instituição e os pais. Quando? Durante e após a internação da criança.

c) Aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde da instituição com a finalidade de ampliar a integração destes com os pais

Como alcançar a meta? Por intermédio de treinamentos e educação permanente, com o objetivo de capacitar os profissionais da instituição a perceberem as necessidades dos pais, e não só atenderem essa demanda, mas junto com eles a transformarem em uma voz ativa.

Quais são esses veículos de capacitação? Por meio de cursos, palestras, mesa redonda, entrega periódica de materiais didáticos visando também um acompanhamento desses profissionais frente a construção das habilidades.

Quais os participantes envolvidos? Equipe colegiada da instituição, os representantes dos profissionais envolvidos e os profissionais de saúde atuantes na UTIN.

Quando? De forma periódica e contínua.

Resultados esperados

Meta 1:

Oportunizar o acesso dos usuários (pais e familiares) aos processos de cuidados dispensados aos seus filhos na unidade. Estes, enquanto agentes sociais e atuando como sujeitos ativos, efetivam a participação popular preconizada em legislação.

Meta 2:

Facilitar o diálogo direto entre usuários e instâncias decisórias na instituição, oportunizando o direito destes de contribuir com as decisões pertinentes aos processos de cuidado na unidade, conseqüentemente melhorando a qualidade dessa assistência.

Meta 3:

Melhorar a relação estabelecida entre a equipe colegiada da instituição, os profissionais envolvidos no cuidado na UTIN e os pais, proporcionando uma troca ativa de informações que objetive aprimorar o serviço prestado.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

EBSERH – HWUC. Ministério da Educação. Hospitais Federais Universitários. **Residência Multiprofissional (RESMULTI)**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 10 de jun. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Carta de serviços ao cidadão - maternidade escola Assis Chateaubriand**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1818970/Carta-de-Servicos-ao-CidadaoMEAC-2017.06.06.pdf/406783f2-1ca1-4a37-b314-350a838a1858>>. Acesso em: 10. Jun.2020.

LIMA, E. S.; SANTOS, R. C. C.; SILVA, A. N. N.; SILVA, M. S. S. Educação em saúde para o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, São Paulo, v. 9, n.4, p. 98-104, 2019.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História ciência e saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 15-36, 2015.

PEREIRA, I. P.; CÁSSIUS, G. C.; LOYOLA, C. M. D.; FELIPE, I. M. A.; PACHECO, M. A. B.; DIAS, R. S. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1767-1776, 2019.

A percepção das usuárias acerca do acolhimento e classificação de risco em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ce

Adriano Rodrigues Dos Santos
Ana Cláudia Moura Mariano
Ana Letícia Martins Félix
Camila Gadelha Pinheiro
Larissa Brenda Da Costa Moura
Laysla De Oliveira Cavalcante
Lívia Karoline Torres Brito
Lucas Lemos Freitas
Maria Jenniely G. De Almeida
Nathália Patrício Rebouças
Noemi Andrelle Soares
Roberta Luana Da Conceição De A. Silva



Apresentação

O complexo hospitalar da UFC é composto pelo Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC e a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC. Estes hospitais fazem parte da Rede Hospitalar Ebserh, vinculada ao Ministério da Educação - MEC, como hospitais vinculados a universidades federais. Essas unidades têm características específicas: atendem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, principalmente, apoiam a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento de pesquisas. Nesse sentido, esses hospitais, por sua natureza educacional, são campos de formação profissional continuada (BRASIL, 2020).

A exemplo do cenário de atuação dos profissionais do complexo hospitalar tem-se a Residência em área profissional da saúde, nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional, que constitui ensino de pós-graduação Lato Sensu destinado aos profissionais de saúde, graduados em Instituição de Ensino Superior, com situação regular nos Conselhos Profissionais de Classe, ofertado sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço (BRASIL, 2020).

Mediante ao exposto, a MEAC vem prestando assistência às usuárias do SUS e promovendo a modalidade mencionada através da ênfase Saúde da Mulher e da Criança, implicando uma assistência que lhes permitem a melhoria das condições de saúde que ressalta os princípios de humanização e qualidade de atenção à mulher assistida garantindo seus cuidados, ao mesmo passo, que vem contribuindo para aprimoramento humano, intelectual e profissional. Portanto, para o presente projeto de intervenção, foi escolhido o setor da emergência, com o intuito de avaliar e analisar a percepção das usuárias quanto ao acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 1984; BRASIL, 2020).

No Brasil, a saúde faz parte do Sistema de Seguridade juntamente com previdência e assistência social, na lógica da proteção social. De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todo cidadão devendo o Estado provê-la, por via de políticas sociais e econômicas, no objetivo de reduzir risco de doença e de outros agravos, possibilitando acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que em 1984, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde SUS, foi criado e implementado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pioneiro no uso do termo integralidade. O novo programa traduzia-se em equidade, contemplando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, incorporando a assistência à mulher em todos seus ciclos, garantindo cuidados em: ginecologia, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), cânceres de colo de útero e mama, entre outras necessidades reconhecidas a partir do perfil populacional de mulheres (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

A criação do SUS teve forte influência na implementação do PAISM, ao considerar sua base de criação, a qual engloba a Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080, Lei nº 8142, Normas Operacionais Básicas - NOB e Normas Operacionais de Assistência à saúde NOAS. Ganha destaque a NOB 96, a qual consolida o processo de municipalização da assistência à saúde em território nacional. A gestão municipal possibilita a adesão das ações e serviços de atenção à saúde da mulher, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, e com a organização do Programa Saúde da Família e a edição do NOAS, o município fica responsável por garantir ações mínimas que 23 contemplem o pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do colo de uterino (BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

No contexto da MEAC, iremos refletir acerca do acolhimento e classificação de risco (A&CR) e segundo o Glossário da Política de Humanização:

O acolhimento traduz-se na recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência quando necessário (ACOLHIMENTO, 2014).

Nessa perspectiva, uma das ferramentas padronizadas pelo Ministério da Saúde para um acolhimento humanizado nas unidades é a classificação de risco, que utiliza protocolos fundamentados para a identificação do grau de complexidade da atenção assistencial que deve ser prestada ao paciente e a triagem do tempo de efetivação do atendimento, de acordo com a priorização do risco clínico apresentado (BOHN *et al.*, 2015; DINIZ *et al.*, 2014). Contudo, encontram-

se algumas dificuldades nesse método de acolhimento, como o esclarecimento feito pelos profissionais de saúde aos usuários sobre as condutas e a estrutura dessa ferramenta de triagem (ACOSTA *et al.*, 2012)

Para que o acolhimento e as estratégias de humanização sejam efetivas e a atenção a mulher seja de qualidade, resolutiva e integral, se faz necessária o incentivo a educação permanente das equipes de saúde que fazem essa recepção, os profissionais precisam se empoderar das boas práticas e para isso são necessários conhecimentos, habilidades e atitudes, além de uma boa integração entre a equipe multiprofissional (PINHEIRO *et al.*, 2020).

Um estudo que tinha o objetivo de mostrar experiências de parto em uma maternidade, evidenciou que as práticas humanizadoras ainda possuem fragmentações, e que as rotinas e protocolos institucionais são rígidos e inflexíveis, trazendo assim uma assistência mecanizada e por vezes, infelizmente, com práticas de violência obstétrica, e perda de autonomia da mulher sobre seu próprio corpo (PEDROSO; LOPEZ, 2017).

Portanto, evidenciando a relevância e a necessidade da busca de novas soluções, para um melhor entendimento da população e capacitação dos profissionais de saúde, sobre a ferramenta de acolhimento utilizada nos serviços assistenciais e sobre os mecanismos de referência e contrarreferência dos níveis de complexidade da atenção. Estes, que por sua vez, possuem a finalidade de evitar a superlotação dos serviços de urgência e emergência, prevenir prejuízos à segurança e saúde do paciente, auxiliar na melhora do fluxo de atendimentos, e diminuir o número de pessoas nas filas de espera (ALBINO; GROSSEMAN, RIGGENBACH, 2007). Além de permitir a continuidade da linha de cuidado, buscando a integralidade na assistência (JESUS; ASSIS; MARLUCE, 2011).

Diante do exposto e compreendendo-se a importância da educação permanente para o aprimoramento dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva-se por meio deste projeto de intervenção, compreender a percepção das usuárias acerca da ferramenta de acolhimento de classificação de risco utilizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Diagnóstico situacional

Em Fortaleza, atualmente existem 12 instituições públicas que possuem o setor de maternidade e que atendem a recém-nascidos, e dentre eles, podemos destacar a MEAC, e a partir das vivências estabelecidas, surgiu a necessidade de entender a visão das gestantes de como elas conheciam a organização do serviço, em especial, a classificação de risco.

A dificuldade em entender como o processo ocorre contribui para um ambiente desfavorável para os usuários, gerando um maior desconforto e comprometimento no serviço prestado. Com base nessa reflexão, saber a percepção por parte das pacientes é necessário, para planejar estratégias e ações que sejam capazes de contribuir para um melhor atendimento, trazendo clareza no serviço prestado e assim elevando a qualidade no atendimento ao público.

Observado por parte de alguns residentes que vivenciaram o setor de emergência da MEAC, percebeu-se que as gestantes tinham dúvidas sobre a classificação de risco, por não entender como acontece esse processo no hospital, ou seja, não compreendem porque recebia alta se estavam com dor, ou mesmo por que recebiam alta se estava próximo a parir. Assim, isso motivou o desenvolvimento deste estudo para entender, por meio da pesquisa, como ocorre o acolhimento e a classificação de risco da MEAC.

Nesse sentido, o diagnóstico situacional será obtido por meio da entrevista realizada com as gestantes que auxiliará na identificação de possíveis problemas no acolhimento e classificação de risco da emergência. A entrevista será guiada por um formulário semiestruturado contendo as perguntas norteadoras descritas no Quadro 1. Essas perguntas servirão como base para o desenvolvimento de propostas de intervenções.

Quadro 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada para Classificação de Risco da MEAC

Você sabe o que é classificação de risco?
Você sabe quais os critérios utilizados na Classificação de Risco da MEAC?
Você saberia informar qual a diferença entre as cores das pulseiras?
Quando você é classificada, lhe é informado sobre o tempo provável de espera pelo atendimento?
Você acha que seu atendimento ocorre de acordo com a gravidade ou com a ordem de chegada?
Você acha que a estrutura física para o Acolhimento com Classificação de Risco lhe promove conforto?
O Acolhimento com Classificação de Risco torna o ambiente mais acolhedor e humano para você?
Os profissionais que atuam no Acolhimento com Classificação de Risco contribuem para que se sinta segura e confortável?
Na espera pelo atendimento médico você passa por uma reavaliação da sua Classificação de Risco?
Você concorda que o tempo de espera para o atendimento é adequado?
Foram fornecidas informações suficientes sobre a forma como você foi classificada?

Fonte: Elaborado pelos autores.

Metodologia

Tipo e local de estudo

Para compreender a natureza do atendimento no serviço de Emergência, será realizado um estudo qualitativo, por permitir análises em profundidade de materiais narrativos, identificando as subjetividades do atendimento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O estudo será realizado no serviço de emergência da MEAC.

Sujeitos e seleção da amostra

A amostra será composta por gestantes assistidas pelo serviço de emergência da MEAC. O recrutamento das participantes será realizado de forma consecutiva, após as gestantes passarem pela classificação de risco no serviço de emergência da MEAC. Serão consideradas para esse estudo as gestantes avaliadas no período de julho de 2021 que atendam aos critérios de inclusão.

Crítérios de inclusão e exclusão

Para participar do estudo, as gestantes precisam ter passado pelo atendimento de 26 classificação de risco da emergência no período de julho de 2021, na faixa etária superior a 18 anos e que tenham aceitado participar da pesquisa. Serão excluídas mulheres que chegarem na emergência em iminente risco gestacional e em trabalho de parto em período expulsivo.

Coleta de dados

A coleta de dados será realizada pelos residentes, 3 vezes na semana, durante o mês de julho de 2021, em ambiente discreto e silencioso, com o intuito de respeitar a privacidade das entrevistadas. Após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), será realizada uma entrevista guiada por um formulário semiestruturado em que os profissionais nortearão as perguntas para buscar compreender a situação de acolhimento dessas mulheres. Esse momento terá duração média de 20 minutos. Para confiabilidade das informações, a conversa será gravada com consentimento da paciente.

A partir das respostas das gestantes, será realizado o diagnóstico situacional e, com base nesse, serão elaboradas propostas de ação para a melhoria da recepção das usuárias no

serviço de emergência, especificamente no que diz respeito à classificação de risco.

Metas

Com o propósito de nortear a elaboração do plano de ação e para obtenção de resultados satisfatórios teremos as seguintes metas como enfoque:

- a) Desenvolver ações educativas que favoreçam o entendimento das mulheres quanto ao acolhimento com classificação de risco e sua importância.
- b) Promover a humanização no acolhimento das mulheres por meio da informação e ações educativas.
- c) Contribuir para maior resolutividade nos serviços de emergência da MEAC.
- d) Apontar aos gestores do serviço as demandas e necessidades encontradas.

Proposta de ação

Atividade educativa na sala de espera da emergência, no qual contará com uso de folders e banner sobre o acolhimento com classificação de risco.

Tendo em vista o diagnóstico situacional a ser realizado, a fim de se sanar demandas elencadas pelas pacientes da emergência da MEAC, suas dúvidas a respeito da classificação, a cor das pulseiras dadas e a não concordância quando lhes é dado alta hospitalar, entre outros problemas visualizados foi pensado em uma intervenção rápida e esclarecedora para as gestantes desse setor.

Visa-se realizar uma atividade educativa na sala de espera da emergência com as gestantes que aparecem ao acaso. A princípio será explicado a elas os critérios de classificação de risco seguidos pela MEAC, dando exemplos de situações de emergência, urgência, pouca urgência e baixa complexidade, com intuito de melhor esclarecimento sobre o assunto. Entregaremos placas de cores vermelha

(emergência), amarelo (urgência), verde (pouca urgência) e azul (atendimento de baixa complexidade) para cada participante e pediremos para que elas classifiquem algumas situações exemplo, a partir do que lhes foi ensinado.

Durante a atividade educativa será entregue um folder para as participantes que forem sendo chamadas para o atendimento médico, bem como para aquelas que permanecerem durante toda a atividade, como forma de fixação e leitura posterior. As atividades serão realizadas às quartas-feiras à tarde, durante o mês de agosto de 2021.

Sendo assim, o grupo irá se dividir em pequenos grupos de 3 integrantes de áreas profissionais distintas para a aplicação da atividade educativa. Entretanto, o material educativo será realizado por todos os integrantes. Como material visual e ilustrativo iremos confeccionar um banner com as classificações e suas especificações que será afixado na unidade.

Quanto aos materiais para realização do diagnóstico situacional, será necessário formulários semiestruturados e TCLE impressos, canetas, celulares dos próprios residentes para gravação dos áudios da entrevista. Já em relação aos materiais para a atividade educativa, será necessário um espaço físico com cadeiras, de preferência tranquilo, folders impressos e um banner. Alguns recursos serão de responsabilidade dos residentes e outros serão obtidos por meio de parcerias com a própria instituição.

Resultados esperados

A ação educativa visa contribuir para melhorar a transparência das práticas adotadas pela maternidade a respeito da classificação de risco, promovendo uma maior informação das usuárias em relação ao protocolo seguido pela instituição. Além de despertar o olhar dos demais profissionais para uma maior humanização no acolhimento dessas pacientes.

É esperado, também, a conscientização dos gestores a respeito das demandas encontradas, para que eles possam atuar de forma permanente na implementação de ações que visem melhorar a qualidade dos serviços prestados. Resumindo,

essas ações têm como objetivo a melhoria do atendimento das 28 gestantes que procuram os serviços da MEAC. E o seu foco principal é ajudar a criar um ambiente confortável, onde essas pacientes se sintam acolhidas e respeitadas, com um atendimento rápido e eficaz.

Referências

ACOSTA, A. M; DURO, C. L. M; LIMA, M. A. D. S. Atividades do enfermeiro nos sistemas detriagem/classificação de risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 181-190, 2012.

ALABINO, R. M; GROSSEMAN, S; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: Uma necessidade inadiável em um serviço de urgência de qualidade. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 4, p. 70-75, 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 01/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes/** Ministério da Saúde, Secretária de atenção, Departamento e Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Educação. Residência Multiprofissional- RESMULTI. Disponível em:<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/ensinoe-pesquisa/residencia-de-multiprofissional-resmuti>. Acesso em: 03/07/2021.

BOHN, M. L. S.; LIMA, M. A. D. S.; DURO, C. L. M.; ABREU, K. P. Percepção de enfermeiros sobre utilização do protocolo do sistema de classificação de risco Manchester. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1004-1010, 2015.

COSTA, A. M; BAHIA, L.; CONTE, D. A Saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Revista Saúde em Debate**, v. 31, n. 75, p. 13-24, 2007.

DINIZ, A. S.; SILVA, A. P.; SOUZA, C. C.; et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 312-320, 2014.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Desafios do planejamento na construção do SUS [online]. Salvador: **Editores da Universidade Federal da Bahia**, p. 2475-2476, 2011. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 30/06/2021.

PEDROSO, C. N. L. S.; LOPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública em Porto Alegre-RS. **Revista Saúde Coletiva**. v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.

PINHEIRO, S. L. F.; ALBUQUERQUE, J. L. A.; SANTOS, S. M. S.; PINHEIRO, E. L. T.; FERNANDES L. S.; PINHEIRO, R. B.; LUNA, I. C.; SOUSA, R. F. S.; RODRIGUES, F. E. A.; CLEMENTE, S. K. S.; SILVA, P. N.; CALISTRO, M. O.; LUZ, D. C. R. P. Acolhimento com classificação de risco na emergência obstétrica: potencialidades e fragilidades. **Research, Society and Development**. v. 9, n. 9, DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7647>, 2020.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

Site Oficial do Governo do Estado do Ceará. Maternidades na Região Metropolitana. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/ultimas-noticias/servico/maternidades-na-regiao-metropolitana/>. Acessado em 03/07/2021.

Construção de cartilha educativa sobre a judicialização de anti neoplásicos: saúde um direito fundamental de todos

Maria Elisa Gomes Curado

Joseane Silva De Sousa

Larissa Gomes Girão Paiva Soares

Maurício José Conceição De Sá

Natacha Cristina Maciel Paula



Apresentação

A produção de medicamentos atualmente, apresenta-se com crescimento exponencial, sendo quatro vezes mais elevado do que a renda mundial, e isso não quer dizer que há um maior acesso da população aos medicamentos (SANTOS *et al*, 2021). Segundo a Política Nacional de Medicamentos, o propósito fundamental desta é o de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, como também a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A política embasa suas ações por meio da relação de medicamentos essenciais distribuídos nas unidades de saúde e a classificação de medicamentos excepcionais, fornecida por meio de uma análise circunstanciada. Os medicamentos de caráter excepcionais são destinados às doenças crônicas, de caráter individual e com custo elevado. O alcance desses medicamentos representa grande carga para o financiamento do sistema público de saúde e gastos para famílias e indivíduos (SANTOS *et al*, 2021).

O acesso a medicamentos no Brasil, por meio do SUS, se dá das seguintes formas, podendo ser pela via de direito ou extrajudicial, como também pela via judicial, na circunstância do direito vir a ser negado ao cidadão.

A partir da Constituição federal de 1988 no Brasil a saúde passou ser um direito fundamental garantido através de lei obrigando o poder público promover e garantir o acesso a serviços de forma universal e gratuita destacado através do artigo 196 a 200 onde especificamente no art. 196 dispõe que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Os direitos sociais estão diretamente ligados com a intervenção do Estado, de modo particular, por meio de políticas sociais. O direito à saúde é exemplo de direito social, correspondendo às suas necessidades básicas não apenas para existência física, mas psíquica e moral possibilitando ao cidadão uma vida mais

digna (FILHO, 2010).

A Política Nacional de Medicamentos ainda determina que o Ministério da Saúde atualiza continuamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que define quais medicamentos são fornecidos gratuitamente no sistema público de saúde. Estes são os “considerados básicos e indispensáveis para abordar a maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2001).

Segundo Santos (2016), mesmo após a garantia do direito ao acesso a saúde mediante lei sua consolidação ainda não vem sendo garantida de forma integral e vem sendo observado já algum tempo alguns obstáculos para efetivação deste direito social. Portanto, há um crescente aumento de ações judiciais em especial para o fornecimento de medicamentos pelo SUS onde ficou conhecido com judicialização da saúde que tem como objetivo através de ações judiciais concretizar esse direito.

Dessa forma, frente a esse cenário nos indagamos se os pacientes com câncer hematológico estão cientes de seu direito de garantir por meio da judicialização medicamentos de alto custo? De que forma os profissionais de saúde concebem tais informações e como eles perpassam para os usuários do SUS?

Com base no exposto, a equipe multiprofissional de residentes da ênfase de Oncohematologia, elaborou este projeto de intervenção para a disciplina de “SUS e Controle Social”, com o objetivo de retratar acerca do conhecimento que os pacientes com câncer hematológico têm acerca da judicialização de medicamentos, bem como os profissionais de saúde do setor de Oncohematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC compreendem sobre esse direito e de que forma disseminam tais informações, haja vista o contato direto com os usuários.

Metodologia

Trata-se de um projeto em que se há a intenção de construir uma cartilha educativa sobre a judicialização dos quimioterápicos com o objetivo de instruir os pacientes sobre como proceder durante este processo. Tal cartilha irá fundamentar-se na percepção do público alvo e no contexto geral de judicialização medicamentosa, abordando-se principalmente o conceito, as entidades que fazem parte desse processo, o papel da equipe multiprofissional e paciente. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas nos setores em que os pacientes realizam os protocolos de tratamento para as doenças oncológicas, como: setor da clínica médica, ambulatório de quimioterapia e de transplante de medula óssea, espaços pertencentes ao Hospital Universitário Walter Cantídio.

Inicialmente, os pesquisadores irão explicar para os pacientes sobre a disciplina e o teor da atividade proposta, caso aceitem participar deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ressalta-se que durante a aplicação do questionário, os participantes poderão desistir de participar da pesquisa, sem danos ou custos. Aceitando participar do estudo, os pacientes serão convidados a um lugar reservado para responder ao questionário (APÊNDICE B).

As respostas serão coletadas, tabuladas e analisadas de acordo com a repetição das falas. O presente estudo será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética, respeitando os princípios das pesquisas realizadas com seres humanos presentes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Após esta etapa a cartilha será construída de acordo com Echer (2005), em que apoia a construção de manuais com uma linguagem acessível a todas as camadas sociais, sendo importante ilustrar as orientações para descontrair, animar e torná-las mais impactantes.

Logo, decidiu-se estruturar a cartilha e os assuntos abordados através de uma história fictícia que irá abordar os diferentes personagens, como o paciente, a família, as entidades públicas, recursos jurídicos e os profissionais multidisciplinares envolvidos neste processo.

Diante do exposto, a construção da cartilha contará com as recomendações da equipe multiprofissional, de acordo com as características: conteúdo, organização, layout e ilustração, design gráfico, diagramação das imagens a fim de facilitar a compreensão do público.

O instrumento reunirá informações sucintas, claras, com uma linguagem de fácil entendimento acerca do processo de judicialização. Esses critérios serão essenciais para proporcionar uma maior qualidade do material e com isso contribuir para uma assistência exitosa, considerando às especificidades dos sujeitos.

Diagnóstico situacional

Para iniciar o diálogo e abrir espaço para discussão, iniciaremos indagando aos pacientes acerca do significado, seus conhecimentos sobre o que é a judicialização medicamentosa no Sistema Único em Saúde, e em quais situações se aplica com ênfase aos quimioterápicos.

Concomitante a isso, faremos uma análise das condições sociodemográficas do indivíduo e família, quais suas percepções e limitações dos serviços de saúde no qual está inserido, proporcionando um olhar ampliado em saúde. Visto que todo o processo de judicialização de antineoplásicos é necessário que os profissionais tenham uma perspectiva ampla e humanística no campo de saúde e pessoas envolvidas nesse processo (OLIVEIRA, 2013).

Esta conversa esclarecerá aos pesquisadores o quanto estes pacientes sabem sobre o assunto, se já passaram por este processo ou se conhecem alguém que passou por esta experiência, expressando assim suas dificuldades, anseios e dúvidas.

Em relação à realidade dos serviços, os espaços de participação existentes são: clínica médica I, ambulatório de quimioterapia e Transplante de Medula Óssea.

Na Clínica Médica estão os pacientes internados com doenças oncohematológicas, no qual são atendidos para realizar o tratamento antineoplásico, este muitas

vezes, é judicializado. Grande parte dessas medicações são de alto custo e muitas até inovadoras. Geralmente, estes pacientes já passaram por outras terapêuticas, porém não obtiveram sucesso, necessitando de medicações não comuns. Estes usuários são diretamente assistidos pela equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos e nutricionistas.

No ambulatório de quimioterapia, atendem-se pacientes pela manhã com doenças hematológicas e oncológicas à tarde, com uma média de atendimento de quarenta pacientes diários que recebem assistência de médicos, enfermeiras, assistentes administrativos e técnicos de enfermagem.

Já no ambulatório de Transplante de Medula Óssea, o paciente que é indicado para o transplante de medula óssea, é acompanhado nas fases pré, intra e pós-transplante, majoritariamente pelo enfermeiro do setor.

Quando se aborda a oncologia, não há uma lista única de medicamentos selecionados, há protocolos clínicos publicados pelo Ministério da Saúde para alguns tratamentos oncológicos. São diretrizes que estabeleçam qual medicamento ou esquema terapêutico pode ser incluído nos procedimentos de 1º, 2º ou 3º linha de tratamento da tabela de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

Diante disso, quando o paciente se depara com situações em que precisa solicitar ao poder judiciário uma necessidade de saúde que não está sendo atendida pelo SUS, ele se encontra em meio a dúvidas e incertezas quanto a continuidade do seu tratamento, sendo de fundamental importância a intervenção da equipe multiprofissional em sua orientação.

A partir daí, inicia-se um processo de peregrinação pelos serviços e entidades de saúde em busca do medicamento ou de informação sobre como acessá-lo, sendo muitas das vezes, pacientes advindos do interior do estado, sem o auxílio próximo de familiares ou amigos.

A ausência de informação ou complexidade destas, dificultam ou impedem o acesso aos serviços de saúde, bem como a efetividade no tratamento. Portanto, espera-se que a cartilha seja um material tecnológico que facilite esse processo e empodere o paciente e a família quanto a esse processo.

Metas

Diante do exposto e da realidade do sistema brasileiro de saúde, é de senso comum afirmar que a maioria da população não detém conhecimentos específicos sobre o processo de judicialização de medicamentos. Portanto, faz-se necessária intervenções que utilizem estratégias de fácil acesso e compreensão para promover uma orientação mais eficaz sobre o assunto, corroborando, assim, para a efetivação do tratamento necessário.

Assim, foram definidas duas metas: Descobrir as principais dúvidas e os conhecimentos prévios dos pacientes sobre o processo de judicialização para embasar o conteúdo da cartilha educativa e construir uma cartilha sobre este assunto que seja lúdica e de fácil compreensão.

Propostas de ação

Tabela 1 – Propostas para a Meta 1 e 2, Brasil, 2021.

CONSTRUÇÃO CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O PROCESSO DE JUDICIALIZAÇÃO DE ANTI NEOPLÁSICOS	
Como alcançar a meta?	Entrevista semiestruturada com pacientes e familiares para elencar necessidades
Quem será envolvido?	Profissionais, pacientes e familiares
Quem serão os parceiros?	Equipe multiprofissional e chefia dos serviços
Que atividades serão desenvolvidas?	Entrevista semi-estruturada e construção de cartilha diante dos resultados, posteriormente
Quando?	Segundo semestre de 2021
Quem serão os responsáveis?	Equipe multiprofissional composta pelos residentes em Oncohematologia
Que materiais são necessários?	TCLE, questionário semiestruturado

Fonte: elaborada pelos autores.

Resultados esperados

Com o uso da cartilha, espera-se contribuir para implementação de estratégias de comunicação criativa e informativa para o ensino-aprendizado em saúde. Este projeto de intervenção versou a necessidade de criar estratégias que possibilitem aos usuários conhecer sobre o direito de acesso ao medicamento, bem como elaborar uma cartilha com essas informações, e de como o usuário buscar judicialmente, para que seu direito seja garantido, de modo a aumentar

de forma ativa a participação do usuário no SUS, o incentivo a participação pode modificar a situação exposta.

Portanto, a garantia do direito à saúde e ao acesso ao medicamento corresponde à necessidade de práticas interdisciplinares e intersetoriais que focalizem os sujeitos na sua integralidade, além disso contribuir no acesso aos direitos sociais nas condições de vida e saúde. Espera-se que haja melhoria das demandas apresentadas e maior protagonismo dos sujeitos, sejam usuários bem como os profissionais de saúde.

Referências

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. In. Planalto Federal, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 23 6.jul.2021.

VASCONCELOS FILHO, R. F. de. **A judicialização da política de assistência farmacêutica do sistema único de saúde: o caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal e a realidade regional do estado do Piauí**. Teresina, UFPI, 2010. (Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas – UFPI).

SANTOS, Marcella Lobo Arruda de Oliveira. **JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: o fornecimento de medicamentos de alto custo e a atuação do Poder Judiciário**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso II. (Graduação em Direito) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DAMASCENA, Rodrigo Santos. **Judicialização do acesso a medicamentos no município de Vitória da Conquista, BA: análise dos itinerários dos usuários**. 2016. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Vitória da Conquista, BA, 2016

OLIVEIRA, Mariana Silva de. **A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética médica**. 2013.

SANTOS, Luciana *et al.* **O direito ao fornecimento de medicamento de alto custo pelo sus para pacientes com câncer**. Revista Psicologia, Educação e Cultura, Portugal, v. 25, n. 1, p. 156–168, 2021.

Ordenação do acesso ao atendimento multiprofissional em diabetes

Elayne Mara Almeida Ramos
Emanuel Davi Simões Dos Santos
Ilana Kérssia Gadelha Pereira
José Eduardo Lima Da Silva
Karine Amanda Bernardo Letícia
Cristinne Costa Da Silva
Lorena Claudia De Sousa Evangelista
Magdiel Akbor Alves Da Silva
Renata Jataí Silva
Sabrina Nunes Fernandes De Lima



Introdução

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), integra a estrutura da Universidade Federal do Ceará (UFC). É um hospital de referência no tratamento de diversas doenças e na assistência materno-infantil, dispondo de uma variedade de equipamentos com tecnologia avançada, que permitem oferecer, à população, o tratamento de doenças complexas. O hospital é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Rede SUS. O sistema é dividido em diversos níveis, que vão desde os serviços mais simples aos de maior complexidade. Além disso, o HUWC é um centro de referência para o ensino e pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais (HUWC, 2020).

O HUWC em 2012 criou a Residência multiprofissional em diabetes, primeira residência da área credenciada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde/MEC (Lei nº 11.129, de 2005). Tal programa tem atuação integrada com a residência médica, desenvolvendo atividades assistenciais no âmbito ambulatorial, hospitalar e comunitário, e acadêmicas (pesquisa e extensão), sob contínua supervisão do Staff multiprofissional. Com 2 anos de duração e disponibilizando 10 vagas por ano. A Educação em Diabetes tem destaque dentre as atividades desenvolvidas neste Programa. Semanalmente, são utilizadas metodologias ativas e ferramentas de facilitação, como álbuns seriados, mapas de conversação, folders educativos etc, no Serviço de Endocrinologia e Diabetes e Linha de Cuidados em Diabetes do HUWC (SBD, 2018).

A Linha de Cuidado é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (BRASIL, 2018). Estas expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Estas normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas

relativas à determinada doença (BRASIL, 2013).

A finalidade da Linha de Cuidado em Diabetes é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com esta condição crônica, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado em todos os pontos de atenção. O cuidado deve levar em consideração as necessidades individuais de cada pessoa após identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva (RODRIGUES, *et al.*, 2018). Desta forma, parte dos agravos relacionados a condições crônicas pode ser contornada e até mesmo evitada por mudanças comportamentais, com a adoção de hábitos de saúde saudáveis, ou pela adoção de estratégias no âmbito da atenção primária sobre o manejo clínico dessas doenças (ANDRADE, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, ações educativas com enfoque interdisciplinar são importantes, com conteúdos que esclareçam dúvidas e forneçam subsídios para o autocuidado, num processo que pode ir da simples transmissão de conceitos até novas formas de organizar o conhecimento. Esse processo implica uma nova postura da equipe multiprofissional, de forma a assegurar, por meio da interdisciplinaridade, a ruptura com a fragmentação e a justaposição de conteúdos. A equipe deve envolver os pacientes portadores de diabetes na implantação do seu plano de cuidado, motivando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar seus potenciais, em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida (SÃO PAULO, 2018).

A educação em diabetes proporciona qualidade de vida, uma vez que desenvolve habilidades para melhorar o gerenciamento do diabetes e incorpora ferramentas necessárias para atingir as metas estabelecidas em cada etapa do tratamento, sendo assim, a principal ferramenta para a garantia do autocuidado que permitirá à pessoa com diabetes estar no centro das decisões do seu próprio tratamento. Para o alcance desses objetivos, profissionais e equipes qualificadas devem capacitar e motivar o indivíduo a fazer escolhas adequadas diante de diversas situações, a fim de que ele solucione problemas comuns do dia a dia de forma saudável (SBD, 2019).

Metodologia

O campo escolhido para o projeto de intervenção foi a Linha de Cuidados em Diabetes, a qual é um setor que compõe o HUWC e funciona a partir dos Projetos Terapêuticos sugerido pelas Redes de Atenção à Saúde, que contempla ações de promoção em saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, além de realizar os devidos encaminhamentos aos diferentes níveis de atenção de acordo com as necessidades do paciente (BRASIL, 2021). Fornece uma assistência por meio do acompanhamento multiprofissional na qual funciona através de um fluxo com atendimentos envolvendo uma equipe médica (endocrinologista e clínica médica) em conjunto com a equipe da residência multiprofissional em Diabetes (enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas).

Para a construção do diagnóstico situacional, houve previamente uma reunião envolvendo os residentes da equipe multiprofissional do setor, onde através da vivência e observação do fluxo de atendimento foram elencados os principais problemas a partir das seguintes perguntas norteadoras: “Os pacientes sabem qual a importância do acompanhamento multiprofissional na Linha de cuidados?”, “ Por que deixar de realizar o atendimento com a equipe multidisciplinar na ausência do médico?”, “Os pacientes têm pleno conhecimento sobre aspectos relacionados à sua doença?”, “Os pacientes sabem como realizar o manejo adequado do diabetes em âmbito domiciliar?”.

Desta forma, chegamos à conclusão dos seguintes problemas: atraso ou interrupção do fluxo de atendimento principalmente na ausência do profissional médico. Os pacientes aparentam não conhecer a verdadeira importância de ser acompanhado por uma equipe multidisciplinar, além disso demonstram ter dúvidas quanto ao manejo e alertas referentes a doença que devem ser sanadas e reforçadas orientações regularmente. Com base nisso, estabelecemos as seguintes metas e propostas:

- Otimizar o fluxo de atendimento na linha de cuidados em diabetes;
- Planejar protocolo de atendimento da equipe multiprofissional na ausência de atendimento médico presencial;
- Elaborar materiais que esclareçam a importância do acompanhamento

multiprofissional nas linhas de cuidados em Diabetes, os quais serão expostos continuamente;

- Realização de sala de espera educativa com pacientes e acompanhantes, principalmente nos dias onde há impossibilidade de atendimento médico;
- Elaborar material educativo, que contemple todos os eixos de atuação, abordando orientações quanto ao manejo da diabetes, desenvolvido pelos profissionais de cada área.

Diagnóstico situacional

A partir da metodologia organizada e planejada para construção do diagnóstico situacional, realizou-se uma observação ativa da área de abrangência de atuação dos residentes em diabetes. Este processo observacional se deu através da aproximação da equipe ao cotidiano de organização do fluxo assistencial multiprofissional e regulação do rodizio dos usuários com diabetes entre as consultas, possibilitando identificar problemas potenciais e relevantes no ambulatório da linha de cuidados.

Ressaltando, que tais questões problemáticas refletem na assistência e na manutenção do cuidado dos pacientes diabéticos, sendo identificadas diferentes contextos que resultam em uma maior resistência destes quanto às consultas por diferentes profissionais. Assim, foram elencados os seguintes problemas:

- Não realização do atendimento multiprofissional na ausência do profissional médico endocrinologista;
- Deslocamento desnecessário dos usuários ao serviço para as consultas, das quais não conseguiram obter as informações sobre reagendamento da sua consulta;
- Resistência dos usuários diabéticos às consultas multiprofissionais (enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas) devido baixo nível de conhecimento sobre a importância do acompanhamento e avaliação da sua condição de saúde por uma equipe multiprofissional;
- Tempo prolongado do usuário diabético no serviço visto que este perpassa por todos os profissionais em um único dia, acarretando em baixo interesse para participar das consultas multiprofissionais.

Proposta de ação

Com base nos processos objetivos e metodológicos, apresenta-se como proposta para elaboração deste projeto, meios e alternativas direcionadas a educação em diabetes, para que contribuam com a ordenação dos atendimentos, bem como, a organização do fluxo. Vimos também a necessidade de um plano de ação quanto a organização da sala de espera, possibilitando a orientação aos usuários sobre os seus direitos, deveres e meios de participação social presentes no HUWC, bem como esclarecer acerca do funcionamento da LCD e da importância da integralidade da assistência à saúde realizada pelo acompanhamento multiprofissional. Essas atividades de materiais educativos e sala de espera será elaborado e planejado pelos profissionais da residência multiprofissional em Diabetes (Nutricionistas, Enfermeiros e Fisioterapeutas) em diabetes, de forma conjunta. Diante disso, propõe-se a elaboração e aplicação de protocolos com materiais educativos e lúdicos e de linguagem acessível ao público, como também a realização da sala de espera:

- Confecção de materiais educativos com o objetivo de mostrar e esclarecer os pontos mais importante de cada ênfase, como enfermagem, nutrição e fisioterapia, sobre o cuidado ao paciente com diabetes, tornando-o assim, um veículo de informações clara e de fácil entendimento, onde os pacientes e também os acompanhantes/cuidadores poderão se beneficiar das informações repassadas e esclarecer dúvidas.
- Planejamento da realização da sala de espera, onde ressalta-se o vínculo da equipe multiprofissional com o paciente e acompanhante, tornando-se um ambiente humanizado, de acolhimento e esclarecimento sobre possíveis dúvidas. Vale ressaltar que, deverá haver diálogos sobre a importância da participação social e do funcionamento das linhas de cuidado com base nos conhecimentos e vivências prévias dos usuários possibilitando a construção mútua do conhecimento entre os facilitadores responsáveis e os usuários. As atividades realizadas na sala esperam acontecerão uma vez por semana, conforme agenda de atendimento. A sala de espera é constituída por um ambiente dinâmico, com a mobilização dos usuários que aguardam pelo atendimento. Neste ambiente de sala de espera os

usuários encontram oportunidade para conversar, trocar experiências entre si, observar, emocionar-se e se expressar, por meio de um processo interativo de comunicação. A utilização deste espaço para metodologias assistenciais pode contribuir para minimizar os sentimentos de ansiedade, de medo, de tristeza e de angústia em concomitância promover a educação em saúde (NEGRÃO *et al.*, 2018).

A utilização da sala de espera, é uma estratégia que contempla o aproveitamento do tempo ocioso, além de viabilizar a aproximação do usuário ao serviço de saúde ao qual está vinculado. Entende-se que, para além da criação de vínculos a sala de espera também proporciona o entendimento de que a unidade de saúde é referência em ensinamentos multiprofissional que reforçam o pensamento preventivo e promocional de saúde.

Diante do exposto, torna-se primordial pensar em locais que recebam o público e proporcionem um espaço de escuta, informação e acolhimento. A sala de espera entra nesse contexto como uma estratégia possível, já que não é vista pelos usuários como o lugar no qual determinado profissional é protagonista.

O intuito desse plano é garantir um cuidado mais humanizado. Ela garante, também, uma aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde, assim como os próprios profissionais possam estar desenvolvendo atividades de educação em saúde, que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde, constituindo sujeitos atuantes na sua qualidade de vida. Esse momento de sala de espera é de alta importância para a troca de conhecimentos e de experiências em grupo (ROSA, BARTH, GERMANI, 2011; ZAMBERTINI, 2012).

Os materiais informativos que serão elaborados no modelo de folders têm como base teórica a Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) e o material do Núcleo de Condições Crônicas sobre Linha de Cuidado à Pessoa com Diabetes Mellitus (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018), visando esclarecer acerca do funcionamento da linha de cuidado aos usuários e a importância da assistência integral à saúde pela equipe multiprofissional.

Resultados esperados

Durante o primeiro mês de aplicação do projeto planejado, será realizada uma pesquisa de satisfação do atendimento multiprofissional, com o objetivo de avaliar a aceitação dos pacientes e aperfeiçoar as ações que serão realizadas posteriormente. A pesquisa contará também com um espaço de sugestão de mudanças que os usuários considerem necessárias.

Espera-se alcançar o empoderamento dos indivíduos quanto ao melhor manejo da diabetes, de forma prática e dinâmica, otimizando o tempo de atendimento e diminuindo a necessidade de consulta individual com profissional de cada área. Além disso, almeja-se expandir a proposta para que a sala de espera seja contínua, resultando numa melhor organização do fluxo de atendimento das Linhas de Cuidados em Diabetes.

Referências

ANDRADE, M. V. *et al.* Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária**. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. Brasil, 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC). **Carta de Serviços ao Cidadão. Fortaleza** – CE, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/programas-e-projetos/CartadeServiosaoCidadoHUWC2020.pdf>>>>. Acesso em: 23 jun. 2021.

NEGRÃO, M. L. B. *et al.* Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3105-12, 2018.

RODRIGUES, D. B. *et al.* **Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus**. Núcleo Condições Crônicas do Governo do estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2018.

ROSA, J.; BARTH, P. O.; GERMANI, A. R. M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção em saúde. **Perspectiva, Erechim**, v. 35, n.129, p. 121-130, 2011.

SÃO PAULO. **Linha de cuidado diabetes mellitus: manejo na unidade de saúde.** Secretaria da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Centros de referência em diabetes.** <https://www.diabetes.org.br>. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes: 2019– 2020. São Paulo: Clannad, 2019.

ZAMBENEDETT, G. Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.4, p.1075– 1086, 2012.

Participação social no contexto da linha de cuidado em diabetes

Camila Albuquerque De Lima
Érica Do Nascimento Sousa
Isabelly Gomes De Oliveira
Letícia De Carvalho Magalhães
Luiziane De Holanda Almeida
Michelle Ingridy Machado Do Nascimento



Introdução

Iniciando a sua 8ª turma, a Residência Multiprofissional em Diabetes (RESMULTI-Diabetes) do HUWC/UFC foi criada em 2012 e é a primeira residência da área credenciada pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde/MEC (Lei nº 11.129, de 2005). Em integração com a residência médica, são ofertadas 10 vagas por ano entre as seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição (DIABETES UFC, 2018).

Tomando por base, os sete comportamentos de autocuidado para os pacientes com diabetes, conforme aponta a American Association of Diabetes Educators (AADE7 Self-Care Behaviors), as atividades realizadas nos serviços desta ênfase - ambulatorial, hospitalar e comunitário - visam proporcionar aos nossos pacientes as condições ideais para que os mesmos sejam capazes de realizar um gerenciamento eficaz de suas condições de saúde.

São os sete comportamentos de autocuidado (AADE 7 Self Care Behaviors): enfrentamento saudável, alimentação saudável, praticar atividade física, medicação, monitorização, redução de riscos e resolução de problemas. Entre os serviços que a Residência em Diabetes abrange, estão: ambulatórios de DM1, DM2, DM pós transplante e DMG; ambulatório de pediatria (puberdade precoce, DM1, obesidade e outras endocrinopatias); linhas de cuidado em diabetes e obesidade; Centro Especializado de Atenção ao Diabético e Hipertenso (CEADH), enfermarias e educação em diabetes (DIABETES UFC, 2018).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), são diretrizes do Sistema Único de Saúde a descentralização, o atendimento integral (ou integralidade) e a participação da comunidade. A integralidade diz respeito à assistência ampliada, transformadora e centrada no indivíduo, com valorização do cuidado e acolhimento do sujeito, sem reduzi-lo ao aspecto biológico e à doença (FONTOURA; MAYER, 2006).

Nesse contexto, as linhas de cuidado (LC) consistem em fluxos assistenciais que visam atender às necessidades de saúde dos usuários, desenhando o itinerário terapêutico destes em determinada Rede de Atenção à Saúde (RAS) (FRANCO;

FRANCO, 2012).

No Diabetes, a LC tem como objetivo qualificar a atenção aos indivíduos portadores desta enfermidade, de forma integral e longitudinal, em todos os pontos de atenção, levando em consideração as necessidades individuais, bem como identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde e solicitar exames necessários e que possam contribuir para a decisão terapêutica ou preventiva (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018).

A participação da comunidade, representada pelos Conselhos e Conferências de Saúde, é fundamental para a efetivação do SUS, visto que estimula a cidadania na perspectiva do controle social, em que o usuário é sujeito ativo não só da sua própria saúde, mas, também, da sua comunidade (JUNGLOS *et al.*, 2019).

Neste contexto, a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, engloba informações acerca dos direitos e deveres dos usuários inseridos no sistema de saúde (BRASIL, 2011), evidenciando que a participação social abrange, também, o empoderamento dos cidadãos no contexto em que estão inseridos.

Diagnóstico situacional

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) conta com alguns meios de participação social, como ouvidoria, audiências e consultas públicas e conselhos e órgãos colegiados. O objetivo da ouvidoria é viabilizar a comunicação dos cidadãos com a administração do hospital, com o objetivo de atuar como promotor de mudanças. Alguns dos objetivos da ouvidoria são: “receber, analisar, encaminhar e responder ao cidadão as suas demandas; fortalecer o exercício da cidadania ao permitir a participação do cidadão; garantir ao cidadão o direito à informação e esclarecer e orientar o cidadão quanto aos seus direitos”.

Desta forma, a ouvidoria pode receber reclamações, denúncias, sugestões, informações e elogios, sendo um meio de controle social, alcance administrativo, ferramenta para gestão e representação do cidadão. Contudo, este não é veículo para auditorias, corregedoria, Serviço de Atendimento ao Cidadão, comitê de

ética e controle interno (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO, 2020).

Mediante a observação dos fluxos de serviço, elegeu-se como campo de intervenção a Linha de Cuidado em Diabetes (LCD) do HUWC. Os atendimentos na Linha de Cuidado em Diabetes organizam-se em fluxos assistenciais por meio do atendimento multiprofissional (médico da dor, cardiologista, nefrologista, vascular, oftalmologista, educador físico, psicólogo, endocrinologista, enfermeiro, nutricionistas, fisioterapeutas com suporte da residência multiprofissional em Assistência à Saúde em Diabetes).

São encaminhados para a LCD pacientes com diabetes de risco alto e muito alto, descompensados e/ou com algum grau de lesão de órgãos alvos: neuropatia, pé diabético, doença renal do diabetes, retinopatia e doença cardiovascular. Na Atenção Primária, o fluxo de atendimento se dá mediante a consulta médica na própria UBS, onde se detecta a necessidade de acompanhamento especializado e o encaminhamento para o HUWC. Uma vez inserido na Atenção Especializada, o indivíduo é atendido por uma equipe multiprofissional, de forma contínua, havendo a contrareferência para a Atenção Primária. No HUWC, a LCD teve início em novembro de 2014 e, em período pré- pandemia, realizava cerca de 170 atendimentos por semana. Atualmente, a maioria dos atendimentos estão sendo realizados via telessaúde.

Devido ao distanciamento social e à redução dos atendimentos presenciais, o diagnóstico situacional foi realizado por meio da observação e relatos dos profissionais que atendem aos usuários da LCD, com as seguintes perguntas norteadoras: “Você percebe que seus pacientes sabem o que é participação social no contexto da saúde?”; “Seus pacientes buscam reivindicar seus direitos quanto a atenção à saúde?” e “Seus pacientes entendem como funciona a linha de cuidado em diabetes?”.

A partir das perguntas, detectou-se que os usuários não compreendem muito bem como se configura a linha de cuidado, não enxergando a importância do atendimento multidisciplinar. Além disso, os profissionais relataram pouco conhecimento dos usuários acerca das ferramentas de participação social presentes no hospital.

Metas

Com base no diagnóstico situacional, foram estabelecidas as seguintes metas:

- Estimular a participação dos usuários no cuidado a sua saúde, os informando sobre seus direitos e deveres;
- Informar aos indivíduos sobre os meios de participação social presentes no HUWC;
- Informar os pacientes e acompanhantes sobre o funcionamento e a importância da LCD.

Proposta de ação

Após três meses de realização das ações do projeto será aplicado um questionário com os usuários da LCD, a fim de avaliar o nível de conhecimento sobre os assuntos abordados e analisar junto à equipe responsável se as metas e os resultados esperados foram alcançados e, a partir disso, reavaliar novas estratégias de ação.

Espera-se alcançar o empoderamento dos indivíduos quanto à participação e controle social na LCD integrando os mesmos no seu processo de produção de saúde e auxiliando na melhoria da qualidade do serviço prestado enquanto usuários do SUS.

Referências

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 28p.

DIABETES UFC. Residência Multiprofissional em Diabetes, 2018. Disponível em: <<https://diabetes.ufc.br/residencia-multiprofissional-em-diabetes/>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-6, 2006.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral:** uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA (Org.). Secretaria de Estado da Saúde. **Linha de Cuidado à pessoa com Diabetes Mellitus.** 1 ed, 2018, 52p.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO. **Participação Social**, 2020. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/ouvidorial>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

JUNGLOS, C.; AMADIGI, F. R.; MACHADO, R. R.; SORATO, J. Motivações, importância, desafios e perspectivas do controle social em saúde. **Cogitare Enfermagem**, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MUELLER, S. P. M; PERUCCHI, V. Universidades e a produção de patentes: tópicos de interesse para o estudioso da informação tecnológica. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 15-36, 2014.

Saiba mais em:

www.residenciamultieuni.ufc.br



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO
WALTER CANTÍDIO - UFC



MEAC
MATERNIDADE - ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS