

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

COMPARTILHANDO SABERES COM A COMUNIDADE



ORGANIZADORES

MARIA CRISTINA ALMEIDA DE SOUZA
MARCOS ALEX MENDES DA SILVA

2011. INTERAGIR EDITORA
DEBORAH VIRGINIA GUIMARAES 07029593677
CPNJ: 14.321.887/0001-24

Organizadores: Maria Cristina Almeida de Souza e Marcos Alex Mendes da Silva
Editor: Leonardo Pançardes
Revisão: Maria Cristina Almeida de Souza
Ilustrações: Roberta Avila e Cesar Leite
Ilustração da Capa: Roberta Avila

Todos os direitos reservados aos autores e organizadores, incluindo os direitos de reprodução integral ou parcial em qualquer forma.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (PIB)

ISBN: 978-85-65441-38-4
Educação em Saúde - Compartilhando saberes com a comunidade
1ª Edição - Vassouras - RJ | Interagir | 2017

1. Educação em Saúde
2. Promoção da Saúde
3. Estratégia Saúde da Família

Índice para catálogo sistemático:

1. Medicina e Saúde

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores e organizadores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Editora.

Não é permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, sem a prévia autorização dos autores e organizadores.

Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Contato:

www.interagireditora.com.br
contato@interagireditora.com.br
Tel.: 24 9.8822.4986

Impresso no Brasil



EDUCAÇÃO EM SAÚDE

COMPARTILHANDO SABERES COM A COMUNIDADE

- PROPOSTAS DE AÇÕES -

Dedicamos este manual àqueles que, por meio da realização de ações de educação em saúde, fomentam o compartilhamento de saberes e a troca de experiências capazes de contribuir para transformar a vida das pessoas.



Os ignorantes, que acham que sabem tudo, privam-se
de um dos maiores prazeres da vida: o de aprender!

- Provérbio popular -

PREFÁCIO

O século XXI apresenta uma marca, uma característica que o distingue de todas as outras eras vivenciadas pela humanidade. Somos contemporâneos da maior revolução científica e tecnológica da nossa história. Um dos pilares desta revolução é a facilidade e rapidez com que a informação pode circular e ganhar vida, sendo capaz de transformar o ser humano e as sociedades. Não obstante todo arsenal tecnológico disponível para este propósito, ainda temos um longo caminho a percorrer no que tange à adequação da linguagem da informação, para torná-la democrática, ampla e acessível a qualquer cidadão, independente de sua classe social ou nível de escolaridade.

A presente obra traz uma importante e fundamental contribuição para o preenchimento desta lacuna. Produzir tal material, com conteúdos que transitam entre a necessária visão científica, na exposição de temas tão importantes, traduzindo-os em linguagem simples, direta e abordando questões diversas que vão do Infarto Agudo do Miocárdio, a Depressão e Doenças Sexualmente Transmissíveis, por exemplo, dispensa maiores considerações sobre a relevância deste trabalho. De leitura agradável e com excelentes sugestões para operacionalização de sua ideia central, “que obrigatoriamente utiliza a metodologia problematizadora em sua concepção pedagógica”, mais do que um manual de uma disciplina do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde, temos em nossas mãos uma obra que possui, indiscutivelmente, um imenso potencial para salvar vidas e certamente há de ser a primeira de uma longa série.

Prof. Dr. Marco Antonio Soares de Souza
Reitor da USS

ORGANIZADORES

Maria Cristina Almeida de Souza

Cirurgiã-dentista. Especialista em Saúde da Família. Mestre. Doutora. Docente do Curso de Graduação em Medicina e do Mestrado em Ciências Aplicadas em Saúde da Universidade Severino Sombra (USS).

E mail: mcas.souza@uol.com.br

Marcos Alex Mendes da Silva

Cirurgião-dentista. Especialista, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva. Docente da Faculdade de Odontologia do Instituto de Saúde de Nova Friburgo, Universidade Federal Fluminense (UFF).

E mail: marcos_alex@id.uff.br

AUTORES

Altair Paulino de Oliveira Campos

Mestrando (MPCAS). Médico.

Ana Cláudia Sayão Capute

Mestranda (MPCAS). Psicóloga. Docente do Curso de Medicina da USS

Aparecida Carmem de Oliveira

Mestranda (MPCAS). Médica. Docente do Curso de Medicina da USS

Bruno Monteiro Tavares Pereira

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Carlos Eduardo Cardoso

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Diego Costa Ferreira

Mestrando (MPCAS). Médico.

Edsneider Rocha Pires de Souza

Mestrando (MPCAS). Médico. Docente do Curso de Medicina da USS

Eduardo Tavares Lima Trajano

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Felipe Moreira de Andrade

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Gabriel Porto Soares

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Girley Cordeiro de Souza

Mestrando (MPCAS). Médico.

Humberto José Portella Garcia

Mestrando (MPCAS). Médico. Docente do Curso de Medicina da USS

João Carlos de Souza Côrtes Júnior

Docente do Curso de Medicina da USS

José Raphael Bigonha Ruffato

Mestrando (MPCAS). Médico. Docente do Curso de Medicina da USS

Marcela Azeredo da Rocha

Mestranda (MPCAS). Médica. Docente do Curso de Medicina da USS

Marco Antonio Orsini Neves

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Marco Aurélio dos Santos Silva

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Marco Felipe Bouzada Marcos

Mestrando (MPCAS). Médico.

Maria Cristina Almeida de Souza

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Marise Maleck de Oliveira

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Marlon Mohamud Vilagra

Mestrando (MPCAS). Médico. Docente do Curso de Medicina da USS

Pietro Novellino

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Renato Gomes Pereira

Mestrando (MPCAS). Médico

Ricardo Pessoa Martello de Souza

Mestrando (MPCAS). Médico

Ronaldo de Souza Silveira

Mestrando (MPCAS). Psicólogo

Rossano Kepler Alvim Fiorelli

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Saulo Roni Moraes

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Stênio Karlos Alvim Fiorelli

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Ulisses Cerqueira Linhares

Docente do Curso de Medicina da USS e do Mestrado (MPCAS)

Valéria Salazar

Mestranda (MPCAS). Médica

SUMÁRIO

Apresentação	13
1. Educação em Saúde	15
1.1. Revisitando o tema.....	15
1.2. Propostas de atividades	17
1.2.1 – Conversa entre duas vizinhas (Dor Torácica)	18
1.2.2 – Me acode! (Crise Convulsiva)	26
1.2.3 – Prevenindo queimaduras... (Queimadura)	34
1.2.4 – Como estamos dialogando? (Saúde Mental)	41
1.2.5 – Vamos cuidar daquela ferida? (Úlcera por Pressão).....	46
1.2.6 – Vamos conversar sobre o parto normal? (Parto Vaginal)	52
1.2.7 – Efervescência reveladora! (Trabalho em Equipe).....	58
1.2.8 – É um AVC! (Acidente Vascular Cerebral)	62
1.2.9 – Depressão e coração. Vamos conversar? (Depressão e Doença Coronária)....	68
1.2.10 – Meu filho bateu a cabeça! O que faço? (TCE em Crianças)	74
1.2.11 – Morte súbita ainda não é morte! (Suporte Básico de Vida)	79
1.2.12 – Engasguei! (Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos)	84
1.2.13 – Não se machuque no trânsito!(Prevenção de Acidentes de Trânsito)	90
1.2.14 – (Re)descobrimo a sífilis congênita (Sífilis Congênita)	96
1.2.15 – Fui picado por uma cobra! (Acidente Ofídico).....	103
2. Considerações finais.....	108
3. Referências	109

APRESENTAÇÃO

Como docente do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde (MPCAS) - curso de Pós Graduação Stricto sensu em Medicina oferecido pela Universidade Severino Sombra (USS) – sou responsável pela disciplina “Pedagogia para o Ensino na Área da Saúde”, que tem entre seus objetivos, o de capacitar o mestrando para a elaboração de projetos educativos na área da saúde.

Ao familiarizar-me com o plano de ensino da disciplina, sua ementa e conteúdo, identifiquei a necessidade de propor aos mestrandos, como parte do processo de avaliação da aprendizagem, uma atividade por meio da qual visualizassem a utilidade de seus projetos educativos, cuja elaboração constitui um dos requisitos para a aprovação na disciplina.

Os mestrandos foram solicitados, sob supervisão de seus orientadores, a construir um projeto educativo, que obrigatoriamente utilizasse a metodologia problematizadora em sua concepção pedagógica, a fim de que os coordenadores das atividades considerassem os saberes populares, as crenças, os valores e as experiências dos participantes durante a sua realização. Foram também orientados sobre a imprescindibilidade de incluírem, ao final da ação, uma avaliação pelos participantes com o intuito de verificar sua validade, utilidade, compreensão e a eventual necessidade de ajustes e adequações.

Os projetos foram concebidos para serem operacionalizados pelos estudantes dos cursos de graduação em saúde - com a participação das equipes dos serviços de saúde e sob supervisão docente – nos espaços coletivos e equipamentos sociais do território das Unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista constituírem-se cenários de prática para o processo de ensino-aprendizagem dos cursos da área da saúde. A seleção dos temas deveria basear-se na realidade epidemiológica do território, bem como nas necessidades de saúde das pessoas que nele residissem, evidenciadas pelo diagnóstico situacional ou disponíveis em fontes fidedignas do Ministério da Saúde.

Acredita-se que, ao subsidiar os estudantes dos cursos da saúde com este produto técnico elaborado pelos mestrandos da mesma área, contribui-se para otimizar a interface entre os cursos de graduação e de pós-graduação em saúde, fortalecer

a integração ensino-serviço-comunidade e impactar positivamente os indicadores sociais de saúde, qualificando a vida da população.

A iniciativa traz entre suas contribuições, a constatação pelo mestrando da utilidade do seu projeto educativo, a valorização da ação de educação em saúde pelo estudante de graduação, além de proporcionar ao usuário mais um recurso motivador para a busca por sua autonomia e autocuidado em saúde, essenciais ao seu bem estar e da coletividade.

Assim, este manual contém propostas de ações de educação em saúde - uma compilação dos projetos propostos pelos mestrandos - que constataram a materialização de suas ideias a partir da aprendizagem significativa sobre a imprescindibilidade destas ações no cuidado prestado à população, contribuindo para sua qualidade de vida.

A escolha dos temas dos projetos propostos acompanhou a expertise dos mestrandos em suas áreas de atuação e a significação dessas práticas no contexto do saber comunitário. Não houve nenhuma indução por um ou outro tema, apenas a orientação para que os mesmos contribuíssem para aumentar o empoderamento da comunidade para o autocuidado.

Em estilo leve, este manual permite aos leitores - mesmo aqueles que não são da área da saúde - uma visão sobre o assunto, sua relevância e objetivos sem, contudo, pretender esgotar o assunto ou determinar coercitivamente os caminhos a serem seguidos nas práticas educativas em saúde. Sua leveza está, inclusive, na possibilidade do leitor escolher a temática que mais se aproxima da sua realidade e investir na sua implementação.

Espero que a leitura contribua com o processo de trabalho daqueles que se dedicam ao cuidado da saúde da população, independente se profissionais de saúde, estudantes ou professores dos cursos de graduação em saúde!

A todos, uma leitura profícua e prazerosa. É o que desejo!

Maria Cristina Almeida de Souza

1. Educação em Saúde

1.1 - Revisitando o tema

As diretrizes da Política de Promoção da Saúde enfatizam a educação em saúde como uma das estratégias utilizadas para efetivar uma aproximação entre os serviços de saúde e a comunidade¹.

Educação pressupõe comunicação e diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados. Educar não significa simplesmente transmitir/adquirir conhecimentos². Representa um processo educativo complexo e de construção permanente, no qual acontece a troca de conhecimento de saúde, de costume e de cultura, com a finalidade de promover a tomada de decisão de uma população sobre as práticas de saúde³.

Importante ter em mente que Informação, Educação e Comunicação em Saúde se articulam e permeiam as políticas de saúde, mas que são áreas distintas, que impactam diferentemente no cotidiano do processo de trabalho das equipes de saúde.

Informação: fatos conhecidos ou dados comunicados acerca de alguém ou algo; tudo aquilo que, por ter alguma característica distinta, pode ser ou é apreendido, assimilado ou armazenado pela percepção e pela mente humanas.
Comunicação: processo de emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados; a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre pessoas⁴.
Educação: não deve ser uma mera transmissão de conhecimento, mas deve criar uma possibilidade do educando construir o seu próprio conhecimento baseado no conhecimento que ele traz de seu dia-a-dia².

Muitos profissionais, infelizmente, ainda acreditam que a palestra ainda é a metodologia que melhor simboliza a educação em saúde. No entanto, de maneira verticalizada, com temas prontos e sem interação com o indivíduo, não acontece educação em saúde, apenas repasse de informações, o que é insuficiente para produzir as necessárias mudanças de comportamento⁵.

Educação em saúde se constitui, portanto, em um recurso por meio do qual

o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde^{6,7,8}.

A educação em saúde é a estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção da saúde na comunidade, contribuindo estrategicamente para a identificação e planejamento das ações no nível primário de atenção à saúde. Incentiva ainda a procura de soluções coletivas para os problemas, promovendo debates, tomadas de decisões e práticas de saúde com a comunidade⁸. É importante ressaltar que a perspectiva na qual a educação em saúde é realizada pode ser um entrave para o entendimento acerca do que o profissional irá ensinar ou, pode ser um processo no qual se inclui decisões, negociações, rituais e rotinas⁵.

A educação em saúde constitui-se, dessa forma, em uma importante prática no processo de trabalho dos profissionais de saúde, pois está intimamente relacionada com ações cuidadoras. Isso nos remete à dupla identidade dos profissionais de saúde – a de educador e a de trabalhador de saúde. Essa duplicidade mostra que a educação ocupa lugar central no trabalho em saúde. Não é possível pensar a saúde sem, simultaneamente, pensar a educação e as relações existentes entre ambas^{9,10,11}.

Importante, portanto, que desde a graduação, os futuros profissionais já valorizem a educação em saúde. Para tanto, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde orientam para a inserção de ações de promoção e educação em saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde. E enfatizam que a área de competência de educação em saúde estrutura-se em três ações-chave: identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva; promoção da construção e socialização do conhecimento; promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos¹².

Para que alcance seus objetivos, é imprescindível que a ação de educação em saúde seja continuamente desenvolvida, pois educação em saúde, vista pela ótica do processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e a proposição de ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico

e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade¹³.

1.2 - Propostas de ações

Nas páginas seguintes, você encontrará sugestões de projetos educativos em saúde, que poderão ser aprimorados e adaptados em função das demandas em saúde da população, da proposta de trabalho e dos objetivos dos profissionais e estudantes que irão realizá-las.

Independente do tema escolhido é fundamental que as experiências dos participantes sejam consideradas, valorizando-se assim o diálogo e o saber popular, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e da emancipação dos participantes. O saber popular é elaborado a partir da experiência e das vivências que, na maioria das vezes, são distintas daquelas do profissional, mas que a elas acrescidas, são de uma riqueza ímpar.

Importante que as ações de educação em saúde sejam planejadas em parceria com a população, em um movimento de interação entre os usuários, estudantes de graduação e trabalhadores dos serviços de saúde, por meio de um processo dialógico e de negociação.

Partindo da premissa que a competência cultural constitui-se em atributo da Atenção Primária à Saúde, torna-se imprescindível para o alcance dos objetivos das ações de educação em saúde, que sua realização considere a visão de mundo, as crenças e aos valores da população convidada a dela participar.

Não se pode perder de vista que a criatividade na elaboração da ação de educação em saúde pode constituir-se em um recurso motivador à participação das pessoas, muitas vezes refratárias por anteverem estas atividades como estratégia por meio da qual lhes serão impostos e prescritos hábitos nem sempre factíveis em seu cotidiano.

Importante ter em mente que 'Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo' (Paulo Freire).

CONVERSA ENTRE DUAS VIZINHAS



Dor Torácica

- Marlon Mohamud Vilagra
- Eduardo Tavares Lima Trajano

Tema: Dor Torácica

- **Justificativa:** a Dor Torácica uma queixa cotidiana entre os pacientes em hospitais. Corresponde a um dos sintomas mais frequentes nas unidades de emergência do mundo. Um em cada três atendimentos de emergência ocorre por Dor Torácica e um em cada cinco atendimentos de Dor Torácica ocorre por Infarto Agudo do Miocárdio, doença de elevada incidência e a maior causa de mortalidade em todos os continentes. O infarto agudo do miocárdio é acompanhado de pródomos: episódios de dor em pequena intensidade que toma um caráter progressivo cerca de duas a três semanas antes até culminar com o infarto.

Habitualmente, por desconhecimento, o leigo protela a ida ao hospital em casos de dor no peito, acabando por ir quando a situação é muito mais grave e de difícil recuperação, ou quando se vê mesmo diante de complicações, como a parada cardíaca. Nos casos de Infarto, 60% das mortes ocorrem dentro da primeira hora de dor, momento em que o paciente ainda não se encontra no ambiente hospitalar. Procurar o mais rápido possível o hospital em caso de Dor Torácica é uma atitude que pode salvar vidas. A informação de procurar o hospital o mais rápido possível em casos de DT deve ser amplamente divulgada para a população leiga.

- **Tipo:** dramatização.
- **Roteiro:** duas pessoas reproduzirão, em linguagem coloquial, uma conversa entre as vizinhas, Maria e Ana, que ao se encontrarem na mercearia do bairro, conversam casualmente sobre dor torácica.

- **Ana:** bom dia Maria. Como tem passado?

- **Maria:** bom dia Ana. Tenho andado preocupada. Venho sentindo uma coisa estranha no meu peito há alguns meses... Toda vez que varro o quintal lá de casa aparece uma dor forte no peito. Sorte que ela passa rápido!

- **Ana:** Maria...Tome cuidado com isto... Ainda nesta semana assisti a um programa de televisão onde um médico cardiologista falou que dor no peito é caso para procurar o médico.

- **Maria:** nossa Ana! Agora fiquei preocupada.

- **Ana:** como é a tal dor Maria?

- **Maria:** é uma sensação de aperto no meio do peito. E é forte (fazer o sinal de Levine), como se tivesse algo pesando no meio do meu peito. Corre para o meu braço e também para minhas costas. Às vezes, dá até falta de ar e vontade de vomitar. Teve um dia nesta semana que ficou tão forte que até suei frio!

- **Ana:** “Nossa da Roça”, Maria! Essa dor é exatamente aquela que o médico disse que é a “dor do coração”. Não dá mole com isto não, vizinha! Ele disse também que essa dor é um aviso de que coisa pior, o tal do infarto, pode chegar. Entendi que é como se fosse um mau agouro...

- **Maria:** ai minha Nossa Senhora! Proteja-me!

- **Ana:** Maria, outra coisa que ele disse é que ao sentir essa dor, a pessoa deverá ir para a emergência do hospital e não para o posto de saúde do bairro. No hospital é que tem recurso para acudir de forma segura e rápida. A coisa pode piorar e a pessoa desmaiar. É mais seguro ir para o hospital, entendeu?

- **Maria:** não me assusta com isto não, Ana! Afinal, você é ou não é minha amiga?

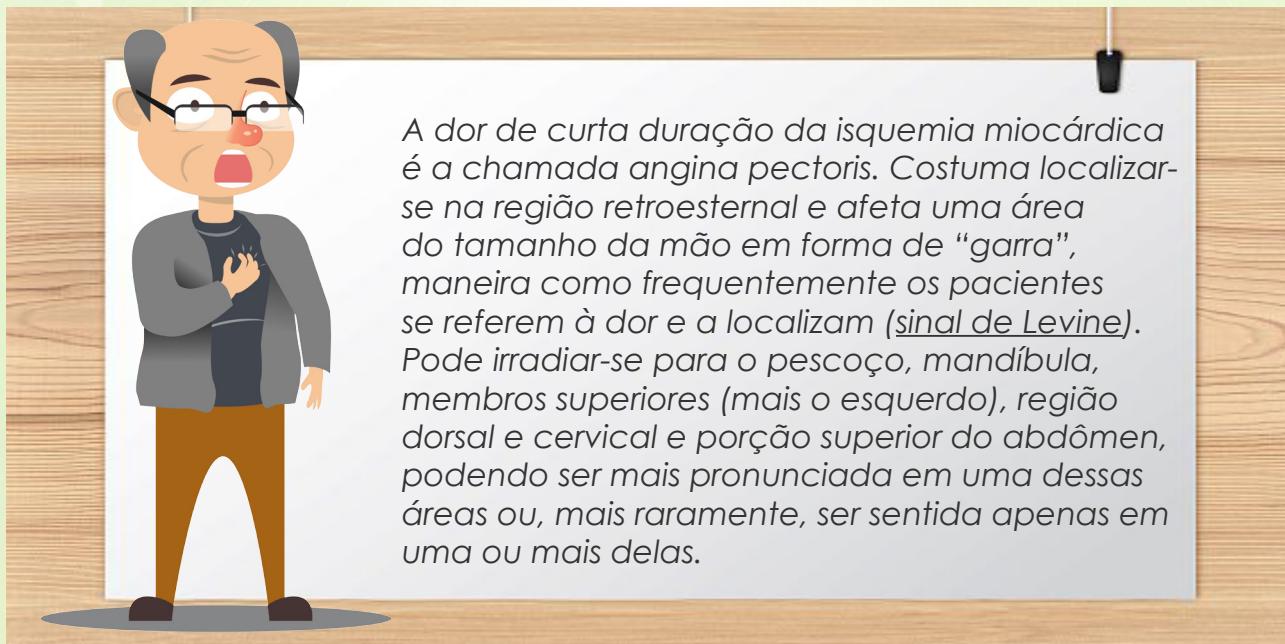
- **Ana:** por ser sua amiga, é que estou te falando isto. No final do programa da televisão, o médico ainda disse que, em caso de dor no peito, a pessoa deverá ir rápido para o hospital, pois a coisa pode complicar e ficar feia! Informou que quanto mais rápido se chegar ao hospital, mais segura a coisa fica e pode salvar a vida.

- **Maria:** Ih! Então vou procurar o médico hoje mesmo. Vou marcar a consulta.

- **Ana:** Ah, então Maria, acho que temos a obrigação de passar este recado para todos os vizinhos e para as pessoas da nossa família. Vamos aproveitar a próxima reunião da nossa associação de moradores para fazer isto. O que acha?

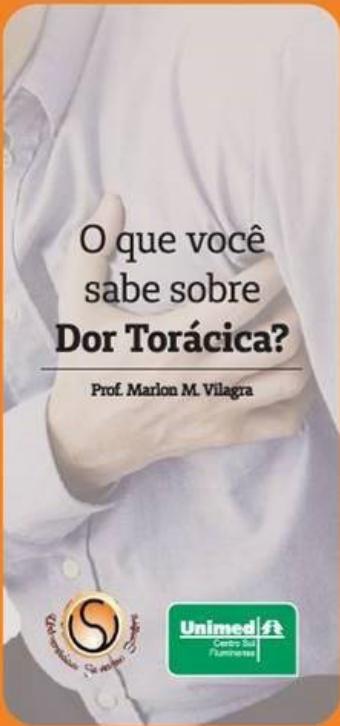
- **Maria:** ótima ideia. Agora tenho que ir! Obrigada pelas informações. Até o dia da reunião. Fique com Deus!

- **Ana:** foi uma ótima conversar. Vai com Deus também. A gente se vê na reunião da associação semana que vem.



- **Objetivos:** compartilhar saberes e informações sobre os riscos, sinais e sintomas relacionadas à dor torácica, assim como os serviços de saúde adequados ao atendimento.
- **Local:** espaços coletivos, em especial os localizados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Estratégia Saúde da Família, incluindo os existentes no território da unidade de saúde.
- **Público-alvo:** usuários das unidades de saúde e população adscrita à unidade de saúde.
- **Recursos necessários:** recursos humanos (personagens) e folhetos educativos, cartolina verde e vermelha.
- **Duração:** 40 minutos. Vinte minutos para a dramatização e vinte destinados à roda de conversa e troca de experiências sobre dor torácica.
- **Resultados esperados:** adoção de medidas de autocuidado em saúde e empoderamento sobre a escolha por hábitos saudáveis pelos participantes da atividade, contribuindo para sua qualidade de vida.
- **Avaliação pelos participantes:** no início da atividade, cada participante receberá 2 cartões de papel (de aproximadamente 20 x 15 centímetros): um na cor verde e outro na cor vermelha. Ao término da atividade, serão solicitados a avaliar a atividade por meio da exibição do cartão, de acordo com a legenda:
 - cartão verde: a atividade foi útil, válida e esclarecedora;
 - cartão vermelho: a atividade em nada contribuiu;Será então realizada a contagem dos cartões de acordo com a cor. O resultado deverá ser discutido e analisado pela equipe coordenadora. Eventuais ajustes deverão ser realizados.

- Sugestão de folheto educativo:

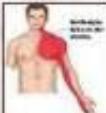


O que você sabe sobre Dor Torácica?

Prof. Marlon M. Vilagra




VOCÊ SABIA QUE EXISTE UM AVISO ANTES DO INFARTO?




Um paciente infartado nos avisa, muitas vezes por um bom período de tempo, do que está acontecendo com ele. É a chamada Dor Torácica, um dos sintomas mais comuns nas emergências do mundo inteiro e que tem, como principal causa o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a doença responsável pelo maior número de mortes na atualidade.

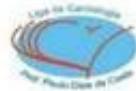
Para identificar corretamente essa dor é preciso ficar atento a algumas características, tais quais:

- Localizada no lado esquerdo do peito, região conhecida como precórdio;
- Sensação de queimação e opressão;
- Pode irradiar-se para o braço esquerdo e mandíbula;
- Associa-se com sudorese e sensação de morte iminente.

Projeto de Mestrado Prof. Marlon M. Vilagra – Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde.

Inserção de Protocolo de Capacitação de Resposta Rápida à Dor Torácica na Unidade de Emergência do HUSF.





VOCÊ SABIA?

85% do dano ao coração ocorre na primeira hora do IAM. Nosso Objetivo, e o de médicos ao redor do mundo, é disseminar conhecimento sobre os sinais de alerta para um infarto, assim podemos agir rapidamente **ANTES QUE O DANO SEJA MUITO GRANDE!**

Por isso, **É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA LEVAR O PACIENTE PARA O HOSPITAL LOGO QUE ESTE COMEÇAR A SENTIR DOR** com as características já sinalizadas ao lado.

Ainda na emergência, serão tomadas medidas para diagnóstico rápido e imediato tratamento, dentre elas a realização do eletrocardiograma (ECG), que deve ser feito com, no máximo, 10 minutos do paciente dentro da emergência do hospital.

O ECG é de grande importância para diagnosticar o IAM, além de ser um bom instrumento para estimar a localização e a extensão do infarto.

A partir daí, será planejado o tratamento de acordo com o tempo de dor do paciente e com a disponibilidade do hospital, isso é tarefa dos especialistas do serviço!

QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?

O tratamento do IAM é dependente do tempo de dor do paciente. Por isso, muitas vezes não é possível realizar o melhor tratamento.

Embora estejamos na luta para reduzir o tempo de chegada do paciente até o hospital, sabemos que nosso país é composto de várias realidades que podem atrasar essa chegada, então, é muito importante evitar que tais eventos ocorram, isso é possível modificando os fatores de risco, que são:

- Pressão arterial elevada;
- Obesidade e sobrepeso;
- Estilo de vida sedentário;
- Tabagismo;
- Síndrome metabólica, diabetes e outros distúrbios endocrinológicos.

Para mulheres também inclui-se o uso de pílulas anticoncepcionais, história de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional.



PARA AJUDAR A SALVAR VIDAS, BASTAM 3 PASSOS



CONHECER os fatores de risco e as características de uma dor típica de infarto.



BUSCAR ajuda médica tão logo surjam sintomas preocupantes.



INFORMAR ao maior número possível de pacientes, familiares e conhecidos para que todos estejam atentos e possam agir corretamente.

REFERÊNCIAS:

1. Bassan R, Gibler WB. Chest pain units: state of the art of the management of patients with chest pain in the emergency department. Rev Esp Cardiol. 2001 Sep;54(9):1103-9. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11762291>> Acesso em 4 de novembro de 2017.
2. Yousuf T, Keshmiri H, Ziffra J, Dave A, Hussain S, Iskander J, et al. Impact of Chest Pain Protocol Targeting Intermediate Cardiac Risk Patients in an Observation Unit of an Academic Tertiary Care Center. J Clin Med Res. 2016 Feb;8(2):111-5. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4701066/>> Acesso em 4 de novembro de 2017.
3. Bassan R, Scofano M, Gamarskii R, Dohmann HF, Pimenta L, Volschan A, et al. A dor torácica na sala de emergência: a importância de uma abordagem sistematizada. Arq Bras Cardiol. 2000; 74: 13-29. Disponível em <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7401/74010003.pdf>> Acesso em 4 de novembro de 2017.
4. Lee TH, Goldman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Engl J Med. 2000;342(16):1187-95. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10770985>> Acesso em 4 de novembro de 2017.
5. Bassan R. Unidades de dor torácica na sala de emergência. Arq Bras Cardiol 2002; 79: 196-202. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n2/11080.pdf>> Acesso em 4 de novembro de 2017.



ME ACODE!!!

Crise Convulsiva

- Marcela Azeredo da Rocha
- Gabriel Porto Soares

Tema: Crise Convulsiva

- **Justificativa:** a crise convulsiva se manifesta por um transtorno paroxístico da função cerebral, que acomete pessoas de várias idades, e ainda surge sem o aspecto fisiopatológico conhecido, decorrente de descargas elétricas anormais dos neurônios. A apresentação clínica cursa, por exemplo, com distúrbios sensoriais, atividade motora anormal, alteração ou perda de consciência, alterações comportamentais e manifestações autonômicas. Em indivíduos acima de 30 anos de idade, principalmente no grupo de idosos, a chance de ocorrência de uma crise convulsiva é mais elevada.

Uma causa identificável para convulsão pode ser encontrada em 20 a 40% da população. A outra parcela dos casos pode se manter sem diagnóstico e será enquadrada como idiopática (casos de origem genética iniciados, na maioria dos casos, durante a infância) ou criptogênica (que se mostram sintomáticos, mas sem causa identificada). As crises convulsivas também podem de manifestar como resposta de insultos cerebrais traumáticos, infecciosos, vasculares, metabólicos ou tóxicos, sendo caracterizadas como crises reativas. Entre as crises convulsivas, destacam-se as crises epiléticas.

As crises epiléticas podem afetar um ou dois lados do cérebro desencadeando sintomas que, se identificados no momento adequado, permitem a correta conduta do quadro e a diminuição de possíveis complicações. Se em abordagem pré-hospitalar, o controle precoce propicia um resultado único em comparação ao não apoio. Em ambiente hospitalar, o exato reconhecimento do tipo de crise viabiliza a correta abordagem medicamentosa e uma conduta eficaz, impactando positivamente no prognóstico.

- **Tipo:** dinâmica de grupo “Verdadeiro ou Falso”.
- **Roteiro:** dois painéis com medidas aproximadas de 0,90 x 1,20 metros serão colocados em um local visível e de fácil acesso aos participantes, que estarão sentados em cadeiras dispostas em semicírculo. O painel número 1 conterà informações sobre os sinais e sintomas da crise convulsiva (Figura 1).



Crises Convulsivas



Marcela Azeredo da Rocha

Como identificar?

Observe os sinais geralmente apresentados por uma pessoa antes de convulsionar:

- Cheiros ou gostos estranhos;
- Frio na barriga;
- Sensação de familiaridade (déjà vu);
- Alucinações visuais;
- Incapacidade de falar e compreender.

Em geral, esses sinais e sintomas precedem a falta de consciência .

Existe o caso de não perder a consciência. Os sinais são:

- Piscar os olhos;
- Apresentar olhar fixado (geralmente em direção à própria testa);
- Mastigar ou bater os lábios (tremor);
- Mover as mãos, braços e pernas de uma maneira estranha;
- Emitir sons sem sentido;
- Não compreender o que está sendo dito;
- Resistir a tentativas de ajuda.

Sinais e sintomas após perder a consciência:

- Contrações e espasmos involuntários e descoordenados dos músculos, que podem se assemelhar a tremores, em um ou mais membros do corpo;
- Se estiver em pé, o indivíduo pode cair no chão;
- Salivação intensa (baba), que pode assumir uma característica espumosa;
- Com as contrações involuntárias, o indivíduo pode morder a língua, deixando vestígios de sangue na baba;
- Palidez da pele e lábios;
- Se o músculo da língua relaxar, ela pode ir "para trás" e impedir a passagem de ar pela glote, deixando o indivíduo sem respirar, adquirindo uma coloração azulada na pele;
- Perda do controle da bexiga e do intestino;
- Contração do maxilar com a mandíbula, o que pode levar a fraturas nos dentes;
- Vômitos.

Figura 1 – sugestão de painel n°. 1

O painel número 2 (Figura 2) estará subdividido em duas metades, que terão como títulos:

 "Crise convulsiva. O que fazer"

 "Crise convulsiva. O que não fazer"

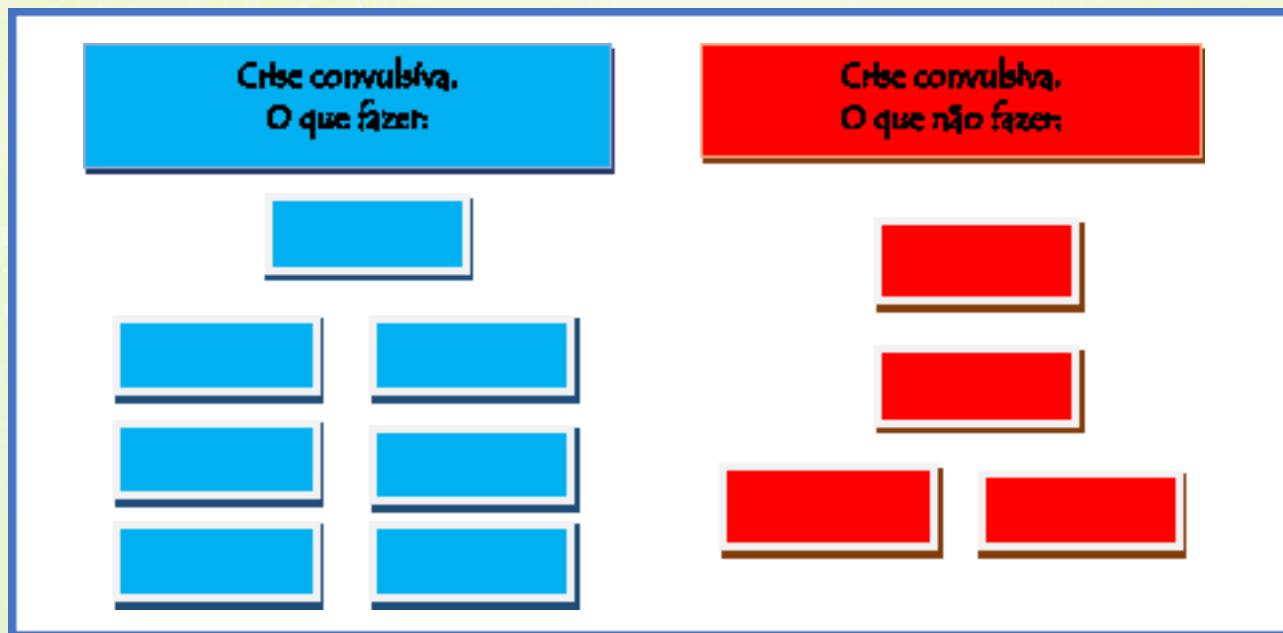


Figura 2 – sugestão de painel número 2

O coordenador da ação de educação em saúde, com auxílio do painel número 1, compartilhará saberes sobre sinais e sintomas da crise convulsiva. Na etapa seguinte, o painel número 1 será retirado do campo de visão dos participantes.

Após, serão distribuídas aos participantes, tiras de papel contendo frases (figura 3) sobre condutas (indicadas e contra-indicadas) diante de uma pessoa em crise convulsiva. Os participantes serão então orientados para que decidam se adotariam - ou não - a conduta citada na tira de papel. O participante será convidado a colar a frase na metade do painel que condiz com sua escolha.

11 frases sugeridas

(7 condutas indicadas e 4 contra indicadas):

EM AZUL: CONDUTAS INDICADAS

- Ligar imediatamente para o telefone 192
- Afrouxar roupas apertadas
- Virar a pessoa de lado
- Virar a cabeça da pessoa
- Proteger a cabeça com um objeto macio ou com a mão
- Retirar os óculos da pessoa
- Cronometrar o tempo de convulsão

EM VERMELHO: CONDUTAS CONTRA-INDICADAS

- Colocar a mão ou objeto na boca da pessoa
- Jogar água no rosto da pessoa
- Segurar o paciente a força
- Segurar a língua da pessoa para não enrolar

Figura 3 – sugestão de frases

Após a colagem das frases no painel número 2, o coordenador da atividade problematizará cada conduta, retificando se necessário, o local onde foi colada. O fechamento da atividade deverá valorizar a necessidade de conduzir o paciente em crise convulsiva para o atendimento hospitalar o mais breve possível, preferencialmente por uma equipe especializada e treinada. Telefones úteis poderão ser informados (exemplo: 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU).

- **Objetivos:** compartilhar saberes e informações sobre os sinais e sintomas das crises convulsivas bem como as principais condutas, que uma vez instituídas, poderão minimizar possíveis sequelas.

- **Local:** espaços coletivos, em especial os localizados nas Unidades Estratégia Saúde da Família, incluindo os existentes em seu território, como associação de moradores e instituições de ensino.

- **Público-alvo:** usuários das unidades de saúde, população adscrita à unidade de saúde, profissionais da equipe de saúde, educadores e escolares da rede de ensino.

- **Recursos necessários:** cartolinas para confecção de painéis, cola branca em bastão, papel A4 ou ofício, caneta esferográfica.

- **Duração estimada:** 50 minutos.

- **Resultados esperados:** ao final da atividade, almeja-se que os participantes tenham construído conhecimento sobre adoção das principais medidas diante de um indivíduo em uma crise convulsiva, minimizando assim suas seqüelas, contribuindo para sua qualidade de vida.

• **Avaliação pelos participantes:** ao término da atividade, os participantes receberão uma caneta esferográfica e um formulário impresso (com medidas aproximadas de 6 x 10 centímetros), conforme sugestão abaixo (figura 4). Serão solicitados a marcar um "X" na opção que atende, de acordo com sua percepção, a utilidade, significância e compreensão do tema abordado. Logo após, a equipe de facilitadores/executores recolherá os formulários para análise e interpretação das respostas e verificará a necessidade de adequações para atividades futuras.

Sobre o tema abordado	Excelente	Regular	Ruim
Utilidade			
Significância			
Minha compreensão			

Figura 4 – sugestão de formulário

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf> Acesso em 2 novembro de 2015.
2. Monte TL et al. Epilepsia. In: Duncan BB et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1058-1070.
3. Pruitt AA. Approach to the patient with a seizure. In: Goroll AH, Mulley AG. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. p. 1112.
4. Savassi LCM. Convulsões e epilepsia. In: Gusso G, Lopes JM (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 1829-1844.
5. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. Avaliação e manejo domiciliar de crises convulsivas/ Bruning GE, Binz M Kalil; Mahmud SJ(Org.). São Luís/MA, 2014. Disponível em <http://repocursos.unasus.ufma.br/ad_20141/modulo_19/und4/media/pdf/livro.pdf> Acesso em 4 de novembro de 2017.
6. Melo MCB, Silva NLC. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf> >Acesso em 22 de novembro de 2017.



PREVENINDO QUEIMADURAS...



Queimaduras

- Edsneider Rocha Pires de Souza
- Maria Cristina Almeida de Souza
- João Carlos de Souza Côrtes Júnior

Tema: Queimaduras

- **Justificativa:** queimaduras são lesões ocasionadas por calor produzido por diversas fontes: química, térmica, energética e outras. Atuam nos tecidos de revestimento do corpo humano, determinando destruição parcial ou total da pele e seus anexos, podendo atingir camadas mais profundas, músculos, tendões e ossos. As queimaduras são classificadas de acordo com a sua profundidade e tamanho, sendo geralmente mensuradas pelo percentual da superfície corporal acometida. As queimaduras causam lesões fundamentais com destruição da superfície da pele a partir de um agente agressivo externo, de pequena vesícula, bolha ou erosão a danos mais profundos capazes de desencadear uma ampla diversidade de respostas sistêmicas. Causam limitações e seqüelas, constituindo-se em um problema de saúde pública no Brasil.

A ocorrência de lesão térmica é considerada um grande problema de saúde pública, pois são poucos os cuidados voltados para essa área. Segundo a Organização Mundial da Saúde, mais de 95% das queimaduras por incêndio ocorrem em países de baixa e média renda. Dentro desse grupo de países, as mortes por queimaduras e as queimaduras mais graves ocorrem em pessoas de nível socioeconômico mais baixo. Isso se deve, em parte, ao baixo grau de conhecimento da população mais pobre quanto aos riscos de queimaduras em decorrência de um deficiente acesso a informações. As queimaduras causam vários problemas sociais e financeiros relativos ao trabalho, entre os quais afastamento, aposentadorias e onerosas reabilitações. Afetam também psicologicamente os pacientes e seus familiares, não só pelas inúmeras deformidades físicas, mas também pelo longo tempo de internamento que muitas vezes requerem.

A prevenção é o recurso mais importante para diminuir o número de acidentes e mortes relacionados às queimaduras. A divulgação de medidas preventivas e a orientação da população por meio de campanhas educacionais é fundamental e de responsabilidade das equipes de saúde e do poder público.

- **Tipo:** roda de conversa.



- **Roteiro:** os participantes serão convidados a sentar-se em cadeiras dispostas circularmente. Após as apresentações, os participantes receberão cartões nas cores verde e vermelha, bem como as explicações sobre o objetivo de seu uso, que será ao final da atividade. Serão distribuídos folhetos com informações sobre os principais fatores de risco à queimaduras. Os coordenadores darão início à roda de conversa solicitando que cada participante observe um desenho do folheto educativo e comente sua percepção e/ou experiência sobre a situação. Os demais poderão contribuir e enriquecer o debate. Após, os coordenadores prestarão as informações técnicas sobre as situações demonstradas nos folhetos, com as orientações sobre as medidas de prevenção.

- **Objetivos:** sensibilizar e informar a população sobre os riscos de queimaduras assim como as principais medidas preventivas.

- **Local:** espaços coletivos, em especial os localizados nas Unidades Estratégia Saúde da Família, incluindo os equipamentos sociais no território da unidade de saúde, com destaque para as instituições de ensino.

- **Público-alvo:** usuários das unidades de saúde e população adscrita à unidade de saúde, educadores e escolares

- **Recursos necessários:** folhetos informativos.

- **Duração:** 30 minutos.

- **Resultados esperados:** adoção de medidas de prevenção às queimaduras no cotidiano das pessoas.



Sugestão de folheto educativo (frente e verso):



Evite você mesmo consertar instalações elétricas como as do chuveiro, por exemplo. Prefira os serviços de um electricista. Antes de consertos e reformas em sua casa, desligue a chave geral.



Nunca deixe o ferro de passar roupas ligado após tê-lo utilizado.

Projeto de Mestrado
Orientadora:
Prof.ª Dr.ª Maria Cristina Almeida de Souza

Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas em Saúde

Condutas Recomendadas:

- Afastar a fonte de queimadura da vítima.
- Resfrie a região com água corrente ou compressa gelada.
- Proteja o local com um pano limpo ou filme plástico.
- Procure um profissional de saúde.

Telefones úteis:

 **193**  **192**

Autorizo a reprodução do conteúdo.

Criação e Desenvolvimento




Prevenção e Principais Condutas a Queimaduras

Mestrando:
Edsneider Rocha Pires de Souza
edsneidermed@yahoo.com.br



Acidentes do dia-a-dia que você pode evitar

Saiba como:

Guarde fósforos e produtos inflamáveis em armários trancados, longe do alcance de crianças.



Cabos das panelas devem ser mantidos virados para dentro do fogão, evitando que esbarrões provoquem o derramamento do conteúdo quente, causando queimaduras!



Nunca use álcool diretamente para acender a churrasqueira.



Evite soltar fogos de artifício. Se não puder evitar, aprenda como manipulá-los. Utilize-os apenas em áreas abertas, acenda um por vez, longe de fios de alta tensão. Não tenha estoque de fogos de artifício em casa.

Evite ligar vários aparelhos eletrônicos em uma mesma tomada. Não utilize carregadores de má qualidade, pois isto pode provocar acidente.



Não acenda fogueiras juninas, mesmo em datas não festivas. Isto deve ser feito por pessoas experientes.

Não empine pipa próximo à rede elétrica, pois um choque poderá ser fatal. Não retire a pipa caso ela enrosque na rede elétrica.





• **Avaliação pelos participantes:** no início da atividade, os participantes receberão 2 cartões de papel (com aproximadamente 20 x 15 centímetros): um verde e outro vermelho. Ao término da atividade, serão solicitados a avaliar a mesma por meio da exibição de um dos cartões, de acordo com a legenda:

- cartão verde: a atividade foi compreendida, útil, válida e esclarecedora;
- cartão vermelho: a atividade em nada contribuiu;

Será então realizada a contagem dos cartões de acordo com a cor. O resultado deverá ser discutido e analisado pela equipe coordenadora. A necessidade de ajustes deverá ser avaliada para próximas edições da atividade.

REFERÊNCIAS:

1. Barreto Junior OS, Hakme PM. Queimaduras. p. 2039-2047 In: Gusso G, Lopes JMC (Org). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.
2. Lima Júnior EM, Melo MCA, Alves CC, Alves EP, Parente EA, Ferreira GE. Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca da prevenção de queimaduras na população de Fortaleza - CE. Rev Bras Queimaduras 2014;13(3):161-167. Disponível em <<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/74/pt-BR>> Acesso em 23 de setembro de 2017.
3. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Junior JAF, Rossi LA. Queimaduras em ambiente doméstico: características e circunstâncias do acidente. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(3):444-51. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_21.pdf> Acesso em 30 de setembro de 2017.
4. Salamoni SS, Massa LDB. Mulheres queimadas: uma revisão integrativa de publicações nacionais. Rev Bras Queimaduras. 2017;16(1):34-44. Disponível em <<http://rbqueimaduras.org.br/details/345/pt-BR/mulheres-queimadas—uma-revisao-integrativa-de-publicacoes-nacionais>> Acesso em 30 de outubro de 2017.
5. Chester DL, Jose RM, Aldlyami E, King H, Moiemmen NS. Non-accidental burns in children—are we neglecting neglect? Burns. 2006 Mar; 32(2):222-8. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16448766>> Acesso em 25 de agosto de 2017.



**COMO ESTAMOS
DIALOGANDO?**

Saúde Mental

- Ana Cláudia Sayão Capute
- Saulo Roni Moraes

Tema: Saúde mental

• **Justificativa:** de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde mental, essencial para o bem-estar geral das pessoas e da sociedade, há muito tempo vem sendo negligenciada. Estar bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções (boas e desagradáveis) como alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes/culpa é uma forma de qualquer indivíduo ter uma boa saúde mental.

Este termo também é usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional e a capacidade de apreciar a vida procurando um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. A partir de tais condições, abre-se o diálogo entre os profissionais que manifestam entre si sentimentos negativos intensos como angústia, alienação, ansiedade e desmotivação, além de exaustão emocional, acarretando uma manifestação de frieza perante as dificuldades dos outros. Assim, muitas vezes são necessárias novas práticas a fim de que cada um reconheça seus limites e busque ajuda quando necessária.

• **Tipo:** dinâmica de grupo: “Dinâmica do Pirulito”.

• **Roteiro:** o coordenador reunirá os participantes formando um círculo. Em seguida será distribuído um pirulito, embrulhado individualmente, para cada participante, que será orientado a segurá-lo com a mão direita e a aguardar até que todos o tenham recebido. Após, o coordenador da atividade dará as seguintes orientações:

- a partir de agora não saiam do lugar onde estão;
- segurem o pirulito com a mão direita;
- coloquem a mão esquerda para trás do tronco e não a utilizem em nenhum momento;
- estiquem o braço direito para frente;
- deste momento em diante, não dobrem o braço direito;
- o único movimento que poderão fazer será para a direita ou para a esquerda. Segurem o pirulito com a mão direita e mantenham o braço direito estendido para frente. A mão esquerda, que está posta para trás do tronco, não poderá ser usada.



- desembrulhem agora o pirulito que estão segurando com a mão direita e comecem a chupá-lo.

Neste momento se instala a confusão, pois alguns participantes logo se dão conta que não vão conseguir remover, sozinhos, a embalagem do pirulito e que precisarão da ajuda do companheiro do lado, pois só poderão realizar movimentos para a direita ou para a esquerda, o que não lhes permite desembrulhar a guloseima.

As pessoas tentarão, sem sucesso, abrir a embalagem com apenas uma mão e quando um dos participantes encontrar a solução - utilizando a ajuda do amigo ao lado – todos entenderão a charada e começarão então, a se ajudar mutuamente. Parte inferior do formulário

O primeiro desafio passará a ser a remoção da embalagem do pirulito. No entanto, como não poderão dobrar o braço, a tarefa não poderá ser feita. Cada um então chupará o pirulito do colega ao lado. Isto deixa a dinâmica do pirulito muito divertida e, por meio de uma linguagem metafórica, passa-se a mensagem de que em determinadas circunstâncias da vida, é necessária a ajuda do próximo para se conseguir realizar uma tarefa.

Tão logo todos estejam chupando o pirulito, o coordenador da dinâmica poderá solicitar que cada um fique à vontade para degustá-lo e em seguida inicia-se uma reflexão sobre os objetivos da atividade.

- **Objetivos:** valorizar o estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo, contribuir com o processo de trabalho da equipe, com o cuidado em saúde da população e bem estar das pessoas.

- **Local:** sala ampla para acomodar os participantes. Espaços coletivos da unidade de saúde e dos equipamentos sociais do território.

- **Público alvo:** população adscrita à unidade de saúde, grupos de auto-ajuda, grupos operativos terapêuticos e equipes multidisciplinares da unidade de saúde. Atenção: pessoas diabéticas ou com restrição ao consumo de açúcares poderão participar da atividade, mas deverão consumir guloseima apropriada.

- **Duração:** 40 minutos.

- **Recursos necessários:** pacote de pirulitos, individualmente embalados, com unidades suficientes para o número de participantes. Cartões de cartolina ou papel cartão nas cores verde e vermelha (aproximadamente 20 x 15 centímetros).
- **Resultados esperados:** percepção da importância do trabalho em equipe para atingir o objetivo do trabalho em grupo e até mesmo na vida pessoal, pois ao deixar de ser egoísta, têm-se a oportunidade de enxergar possibilidades e compreender que o altruísmo pode abrir muitas portas e criar oportunidades.
- **Avaliação:** através de dois cartões: verde - gostei da atividade e a considere útil e válida; e vermelho - não gostei da atividade e a considere inútil. Estes cartões terão sido distribuídos aos participantes no início da atividade, com orientações para que ao término da mesma, seja levantado aquele na cor indicativa de sua percepção sobre a atividade.

REFERÊNCIAS:

1. Botomé SP, Kubo OM. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. Revista Interação em Psicologia, v.5, 2001. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3321>> - Acessado em: 2 de novembro de 2017.
2. SESA. Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. (SPP/DVSAM - Saúde Mental) Definição de Saúde Mental. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em 28 de outubro de 2017.
3. World Health Organization. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. In: Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde: Direção Geral da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf?ua=1>. Acesso em 30 de outubro de 2017.
4. Esoterikha.com. Mensagens para Facebook, Cursos e Treinamentos de Motivação, Coaching e PNL. Disponível em <<https://www.esoterikha.com/>> Acesso em 15 de novembro de 2017.



VAMOS CUIDAR DAQUELA FERIDA?



Úlcera por Pressão

- Aparecida Carmem de Oliveira
- Carlos Eduardo Cardoso

Tema: Úlcera por Pressão

- **Justificativa:** as úlceras por pressão são definidas como lesões de pele ou parte moles originadas basicamente de isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período de tempo pode provocar lesão tecidual, principalmente em tecidos que se sobrepõem a uma proeminência óssea, devido à presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. A compressão dessas áreas diminui o fluxo sanguíneo local facilitando o surgimento de lesão por isquemia e necrose tecidual.

As lesões por pressão acometem pacientes acamados e/ou com restrição de movimentos, podendo causar dor e sofrimento, além de contribuir para o aumento dos custos com internações e tratamentos. A reparação tecidual está relacionada a um processo sistêmico, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional que acompanhe o paciente, desenvolvendo condutas resolutivas.

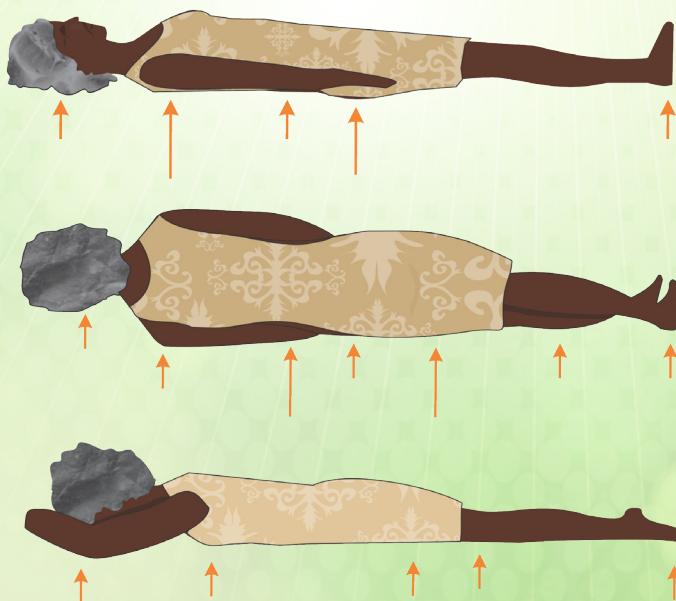
A prevenção da lesão por pressão é muito importante, visto que seu custo é menor que o do tratamento. O conhecimento das localizações e dos fatores de risco pelos profissionais da saúde se faz necessário, a fim de se implantar medidas de prevenção e de tratamento eficazes.

- **Tipo:** roda de conversa.
- **Roteiro:** cadeiras serão dispostas em semicírculo, viabilizando aos participantes um campo de visão ampliado. No centro, será exposto um painel com as localizações mais frequentes das úlceras por pressão e as principais medidas de prevenção.
- **Objetivos:** discutir com os participantes as localizações mais frequentes da ulcera por pressão, bem como as medidas relacionadas à sua prevenção, sensibilizando e capacitando-os para serem multiplicadores das informações.
- **Local:** espaços coletivos do território adscrito à Unidade Estratégia Saúde da Família, incluindo aqueles dos equipamentos sociais.

- **Público alvo:** usuários dos serviços de saúde e, em especial, aqueles identificados pela equipe como tendo familiares portadores de úlceras de pressão.
- **Duração:** 40 minutos.
- **Recursos necessários:** cartões de cartolina nas cores azul e vermelha com aproximadamente 10 X 12 centímetros; painel ilustrativo.
- **Sugestão de painel:**

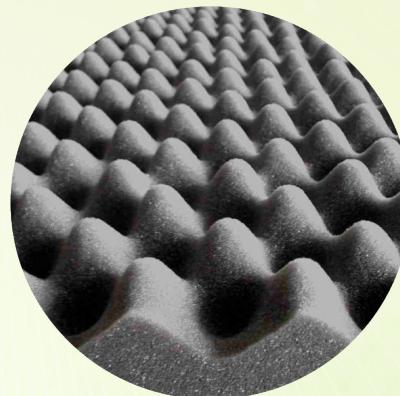
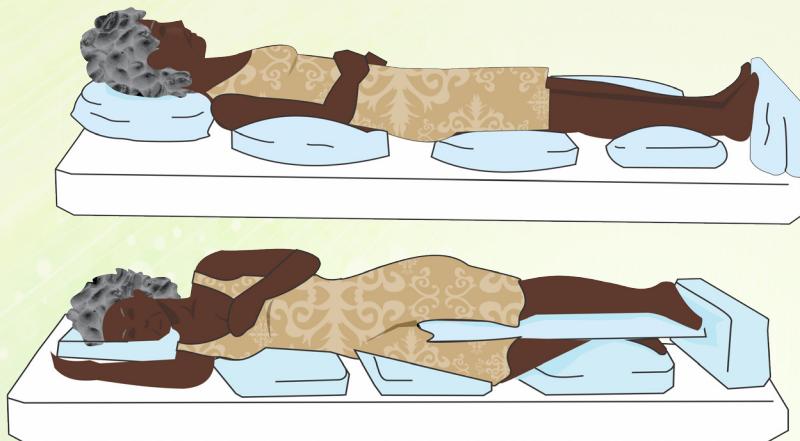
ÚLCERAS POR PRESSÃO

LOCALIZAÇÕES MAIS FREQUENTES:





COMO FAZER A PREVENÇÃO?



- mudança de decúbito a cada duas horas.
- ofertar alimentação adequada e se possível, iniciar multivitamínicos orais. Isto ajuda a cicatrização.
- manter a pele seca, limpa e hidratada (evitar umidade da urina e fezes).
- superfícies para redução pressão constante – colchões caixa de ovo.
- superfícies para redução pressão alternante – colchões de ar - pneumático .



- **Resultados esperados:** almeja-se que, finalizada a roda de conversa, os participantes tenham construído conhecimento sobre as principais medidas preventivas relacionadas às úlceras por pressão e saibam identificar suas localizações mais frequentes.

- **Avaliação pelos participantes:** através de dois cartões de cartolina nas cores azul (indicando que o participante compreendeu a atividade e a avaliou como útil e enriquecedora) e vermelha (sinalizadora de que o participante nada construiu de conhecimento sobre o tema). Estes cartões terão sido distribuídos aos participantes no início da atividade, com orientações para que ao término da mesma, levantem aquele na cor indicativa da percepção sobre a atividade. A equipe coordenadora se encarregará de realizar a contagem dos cartões e discutir a validade da ação, analisando a necessidade de adequações.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. Disponível em <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/ulcera-por-pressao> Acesso em 30 de outubro de 2017.
2. Miyazaki MY, Caliri MHL, Santos CB. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlcera por pressão. In. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 Nov/Dez; 18(6):1-10. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/54b4/fb53e-3153f8697823087dbee434882ee30e3.pdf>> Acesso em 10 de outubro de 2017.
3. Santos CT, Oliveira MC, Pereira AGS, Suzuki LM, Lucena AF. Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev. Gaúcha Enferm. 2013 Mar; 34(1): 111-118. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/14.pdf>> Acesso em 3 de novembro de 2017.
4. Ursi ES, Gavão CM. Prevenção de lesões de pele no pré-operatório: revisão integrativa da literatura. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):124-31. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>> Acesso em 3 de novembro de 2017.



VAMOS CONVERSAR SOBRE O PARTO NORMAL?



Parto

- Altair Paulino de Oliveira Campos
- Gabriel Porto Soares

Tema: Parto

• **Justificativa:** a assistência no pré-natal é imprescindível para a boa evolução da gestação e para identificar precocemente possíveis complicações, possibilitando intervenções que garantam o bem estar do binômio mãe/bebê. O interesse pelo tema decorre do elevado índice de partos cesáreos na atualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o segundo país com maior percentual de partos realizados por cesárea do mundo. Diante do alto índice de cesáreas, é fundamental incentivar as gestantes à realização do parto normal, empoderando-as sobre os seus benefícios e desmistificando determinadas as condutas.

Durante o pré-natal, é possível desenvolver ações educativas com a participação das gestantes, dos futuros, da comunidade e dos diversos profissionais da equipe da Unidade Estratégia Saúde da Família, lócus no qual usualmente é realizado o pré-natal de baixo risco.

Uma proposta educativa contribui para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. Um pré-natal e puerperal de qualidade faz-se por meio de ações de educação em saúde, da adoção de condutas acolhedoras, do fácil acesso ao serviço de saúde e da realização de ações voltadas ao binômio mãe/bebê em todos os níveis de atenção à saúde.

• **Tipo:** dinâmica de grupo.

• **Roteiro:** cadeiras serão colocadas em semicírculo, onde se sentarão além das gestantes e demais participantes, os coordenadores da dinâmica, cuja operacionalização será esclarecida. Após as apresentações, será iniciada a atividade explicando-se sucintamente os tipos de parto. Cada gestante, neste momento, será convidada a dizer o nome escolhido para o bebê, informando tratar-se ou não de sua primeira gestação. Assim, as gestantes que já têm experiências anteriores poderão compartilhar suas experiências. Em seguida, cada gestante retirará de uma sacola plástica uma tira de papel com uma pergunta relacionada ao parto. Terá liberdade para, ao responder, contemplar sua experiência e externar suas dúvidas sobre o assunto. Após, os coordenadores complementarão as respostas e elucidarão as dúvidas. Um fechamento com uma breve fala sobre a humanização do parto poderá representar um diferencial na atividade.

Sugestões de perguntas para as tiras de papel:

1 - Sinais do parto. Quais são?

R: Contrações, perda de líquido e discreto sangramento.

2 - O que é tricotomia?

R: Remoção dos pêlos pubianos nos minutos que antecedem o parto para evitar uma possível contaminação.

3 - Se a gravidez for de gêmeos, o parto pode ser normal?

R: Sim.

4 - Se a gestante quiser a presença da doula na sala de parto é possível?

R: É possível sim, as doulas ajudam muito a parturiente a manter a calma e realizar algumas funções que ajudam na hora do parto, como exercícios, banho terapêutico e massagens.

A palavra “doula” vem do grego “mulher que serve”. Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

5 - O bebê parar de se mexer nos dias que antecedem o parto é normal?

R: Sim. Conforme ele for se desenvolvendo dentro do útero, o espaço diminui e ele então se movimenta menos.

6 - É usado anestesia no parto normal? Qual?

R: A raquianestesia é realizada na região lombar, reduzindo a sensibilidade às dores, mas mantendo as contrações. Sua aplicação pode levar a um leve desconforto que passa imediatamente.

7 - Se o parto anterior da gestante tiver sido uma cesariana, ela poderá ter parto normal?

R: Sim. Mas caso ela tenha se submetido a duas cesáreas, os próximos partos deverão ser cesáreos.

8 - Como é a recuperação do parto normal?

R: Geralmente as mulheres que tiveram filhos por parto normal sentem menos dores, cansaço e sangramento do que as que tiveram parto Cesáreo.

9 - Quanto tempo depois do parto a mulher volta a menstruar?

R: Depende da amamentação, pois os hormônios (exemplo: a prolactina) bloqueiam a menstruação. Quanto mais tempo ela amamenta, mais tardio é o retorno da menstruação.

10 - Quando se pode voltar a fazer sexo?

R: O ideal é um período de abstinência de 40 dias.

.....

- **Objetivos:** sensibilizar as gestantes para a realização do parto normal, por meio do compartilhamento de informações sobre as vantagens/desvantagens deste tipo de parto.

- **Local:** espaços coletivos da unidade Estratégia Saúde da Família, incluindo os dos equipamentos sociais.

- **Público-alvo:** gestantes, seus familiares, comunidade e equipe de saúde.

- **Recursos necessários:** espaço com cadeiras suficientes, sacola plástica, tiras de papel, canetas. Papel A4 ou ofício.

- **Duração:** 40 minutos.



- **Resultados esperados:** refletir criticamente sobre o direito das gestantes de participar da decisão sobre o tipo de parto tendo em vista estarem informadas sobre as distintas modalidades, com vantagens e desvantagens.

- **Avaliação pelos participantes:** previamente ao início da atividade, os participantes receberão imagens representativas da sua percepção sobre a atividade (conforme modelo sugerido abaixo), onde marcarão com "X" na figura que estiver de acordo com sua opinião.

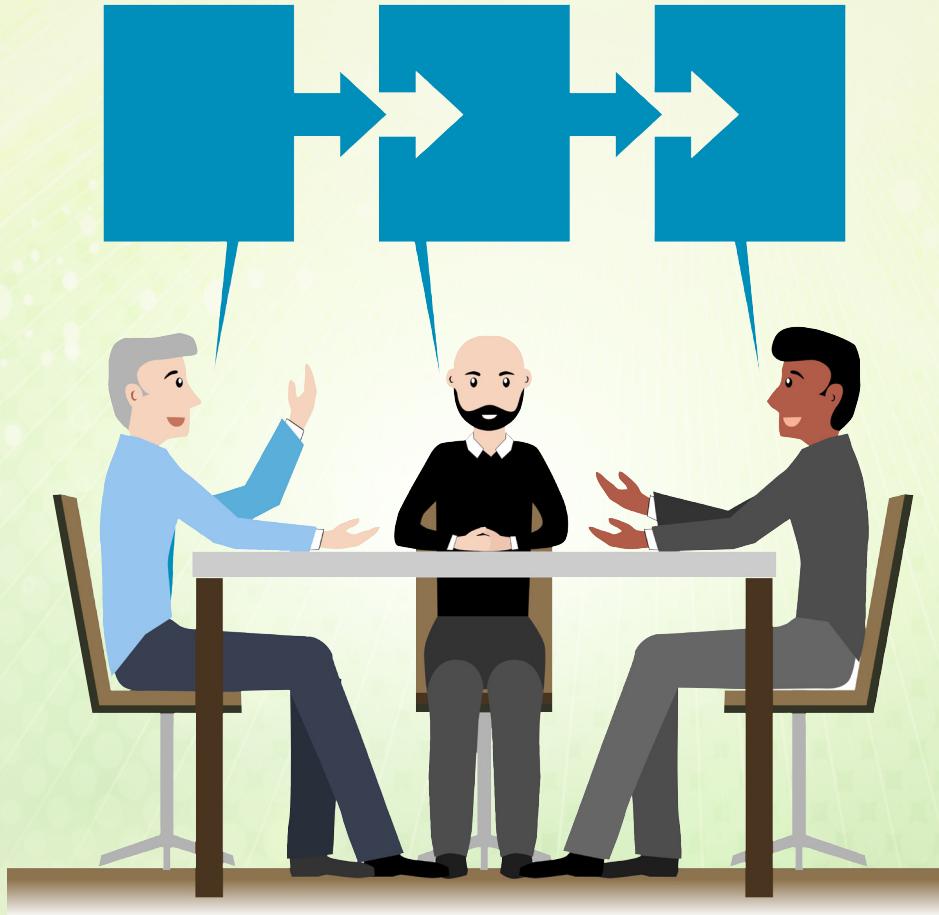


REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf> Acesso em 2 de novembro de 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoReduzida_FINAL.pdf> Acesso em 20 de outubro de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf> Acesso em 30 de outubro de 2017.



EFERVESCÊNCIA REVELADORA!



Trabalho em equipe

- Ronaldo de Souza Silveira
- Marise Maleck de Oliveira

Tema: Trabalho em equipe

- **Justificativa:** trabalho em equipe é um importante para a reorganização do processo de trabalho de equipes multiprofissionais, contribuindo para um cuidado em saúde resolutivo. Para tanto, a equipe precisa estar sensibilizada para a interação e compartilhamento de saberes entre seus membros. A interação é entendida como construção de consensos, em relação a objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais. Trabalho em equipe implica em sinergia, interação, integração e produtividade. Diferentes indivíduos ao unirem suas forças, habilidades, talentos e capacidades para alcançarem o resultado final, conseguem o que evidentemente, um único indivíduo poderia produzir.

O trabalho em equipe é o indicador mais estatisticamente significativo da qualidade percebida pelos pacientes, familiares e profissionais. Para Casey Stengel (apud Wright, 2012), treinador de futebol americano, colocar um grupo de pessoas juntas e dar-lhes um objetivo comum não as torna uma equipe. Nenhum time ganha se seus membros não jogarem juntos. “É fácil conseguir bons jogadores. O difícil é fazê-los jogar juntos”

- **Tipo:** dinâmica de grupo.

- **Roteiro:** após as apresentações, o coordenador da atividade perguntará aos membros da equipe o que aconteceria com um envelope de antiácido efervescente jogado em um copo com água. Concluída as respostas, o envelope fechado de antiácido será jogado no copo com água, enquanto o coordenador observará a reação dos participantes ao verificarem que a água não se altera. Tem início então um diálogo sobre a definição de trabalho em equipe, espírito de grupo e a relevância de cada um para o êxito do processo de trabalho. Deverá ser feita uma analogia ao fato de que, embora o antiácido efervescente tenha sido jogado na água, como estava em embalagem fechada, não poderá produzir o efeito desejado. Dando prosseguimento, o envelope do antiácido será então aberto e o conteúdo, jogado na água, com a qual se misturará. Será abordada neste momento, a importância da interação entre os membros da equipe no cotidiano do proces-

so de trabalho, a imprescindibilidade de interagirem e compartilharem saberes, a exemplo de “um envelope aberto de antiácido”, quando então se alcançam os objetivos do trabalho e fortalecem-se as relações interpessoais.

- **Objetivos:** valorizar o trabalho em equipe.
- **Local:** unidade da Estratégia Saúde da Família.
- **Público-alvo:** membros da equipe Estratégia Saúde da Família.
- **Recursos necessários:** um copo com água, um envelope de antiácido efervescente e formulários para avaliação da atividade.
- **Duração:** 30 minutos.
- **Resultados esperados:** ao final da atividade, almeja-se que os participantes constatem a importância individual de cada membro da equipe para a resolutividade do cuidado em saúde. Objetiva-se que construam conhecimento de que a sua participação na equipe pressupõe sua interação com os demais membros.
- **Avaliação pelos participantes:** findada a atividade de educação em saúde será entregue a cada participante um formulário estruturado para avaliação, que posteriormente deverão ser analisados pela equipe coordenadora. Abaixo segue uma sugestão para registro da percepção sobre a utilidade, significância e compreensão da atividade pelo participante:

Sobre o tema abordado	Excelente	Regular	Ruim
Utilidade			
Significância			
Minha compreensão			

REFERÊNCIAS:

1. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(16):25-38. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n16/v9n16a03.pdf> Acesso em 30 de outubro de 2017.
2. Figueiredo VL. Trabalho em equipe: um desafio para a equipe de saúde da família. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4038.pdf> Acesso em 25 de outubro de 2017.
3. Grandó MK, Dall'agnol CM. Desafios do processo grupal em reuniões de Equipe da Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery 2010 jul-set; 14 (3): 504-510. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a11.pdf> Acesso em 26 de outubro de 2017.
4. Maxwell, JC. 17 princípios do trabalho em equipe. Thomas Nelson, 2015.
5. Weight D. Trabalho em equipe. In: Koloroutis M. Cuidado baseado no relacionamento: um modelo para transformação da prática. p. 45-61. São Paulo: Atheneu, 2012.



É UM AVC!



FALA ENROLADA



ROSTO TORTO

Acidente Vascular Cerebral

- Ricardo Pessoa Martello de Souza
- Marco Antonio Orsini Neves

Tema: Acidente Vascular Cerebral

- **Justificativa:** o Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente conhecido como derrame, é uma das principais causas de morte e de sequelas. Acontece quando o suprimento de sangue que vai para o cérebro é rompido. Isso acontece porque o cérebro, como todos os órgãos, para funcionar adequadamente, necessita de oxigênio e determinados nutrientes que provêm do sangue. Portanto, quando há um rompimento no fluxo sanguíneo, as células do cérebro começam a morrer, ocasionando diversos problemas cerebrais, podendo até chegar à morte.

Por ser uma das doenças que mais matam no mundo, o AVC se constitui em uma urgência médica e necessita de tratamento imediato, pois quanto mais precocemente diagnosticado, menos danos a vítima sofrerá.

Por se tratar de uma patologia frequente nas emergências de todo o mundo, com morbimortalidade elevada, o treinamento multiprofissional, do corpo médico ao corpo técnico, deverá ser embasada por atitudes rápidas, muito bem treinadas e sincronizadas em cada segmento do setor da unidade de emergência, para que não haja retardo de abordagem dentro da unidade, sob pena de aumento de risco de sequelas e de mortalidade para as vítimas. Desta forma, o bom funcionamento de um fluxo específico para o paciente neurocrítico é de fundamental importância.

Relevante que as pessoas saibam identificar um indivíduo que esteja sofrendo um AVC e acionem o atendimento especializado o mais breve possível.

- **Tipo:** palestra dialogada.
- **Roteiro:** cadeiras serão dispostas em semicírculo, viabilizando aos participantes um campo de visão ampliado. No centro, será exposto um painel com figuras sobre os sinais e sintomas mais comuns do AVC e as principais condutas a serem adotadas.
- **Objetivos:** compartilhar saberes sobre sinais e sintomas mais comuns do AVC e as principais condutas a serem adotadas, contribuindo para a redução das sequelas nas vítimas.



- **Local:** espaços da Unidade Estratégia Saúde da Família, incluindo os do território da unidade.
- **Público-alvo:** equipe e usuários das unidades de saúde.
- **Duração:** 40 minutos.
- **Recursos necessários:** painel com imagens dos sinais e sintomas do AVC e as principais condutas diante de um acidente. Papel A4.
- **Resultados esperados:** ao final da atividade, almeja-se que os participantes constatem a importância de reconhecerem os principais sinais de um AVC e estejam capacitados a instituírem as medidas imediatas, incluindo o acionamento do serviço móvel de urgência.

- Sugestão de painel:

O que fazer para prevenir um AVC?

90% dos casos de AVC podem ser prevenidos

- Controle a pressão alta;
- Faça exercícios físicos moderados 5 vezes na semana;
- Tenha uma dieta saudável e balanceada (mais frutas e verduras, menos sal);
- Reduza seu colesterol;
- Mantenha um peso adequado;
- Pare de fumar e evite exposição passiva ao tabaco;
- Reduza ingestão de álcool (homens: 2 doses/dia, mulheres 1 dose/dia);
- Identifique e trate a fibrilação atrial;
- Reduza seu risco de diabetes, converse com seu médico;
- Aprenda sobre o AVC.

Aprenda a reconhecer os sintomas do AVC

- S** sorriso
- A** abraço
- M** música
- U** urgente

• **Avaliação pelos participantes:** findada a atividade de educação em saúde, será ser entregue a cada participante um formulário estruturado para avaliação. Abaixo segue uma sugestão:

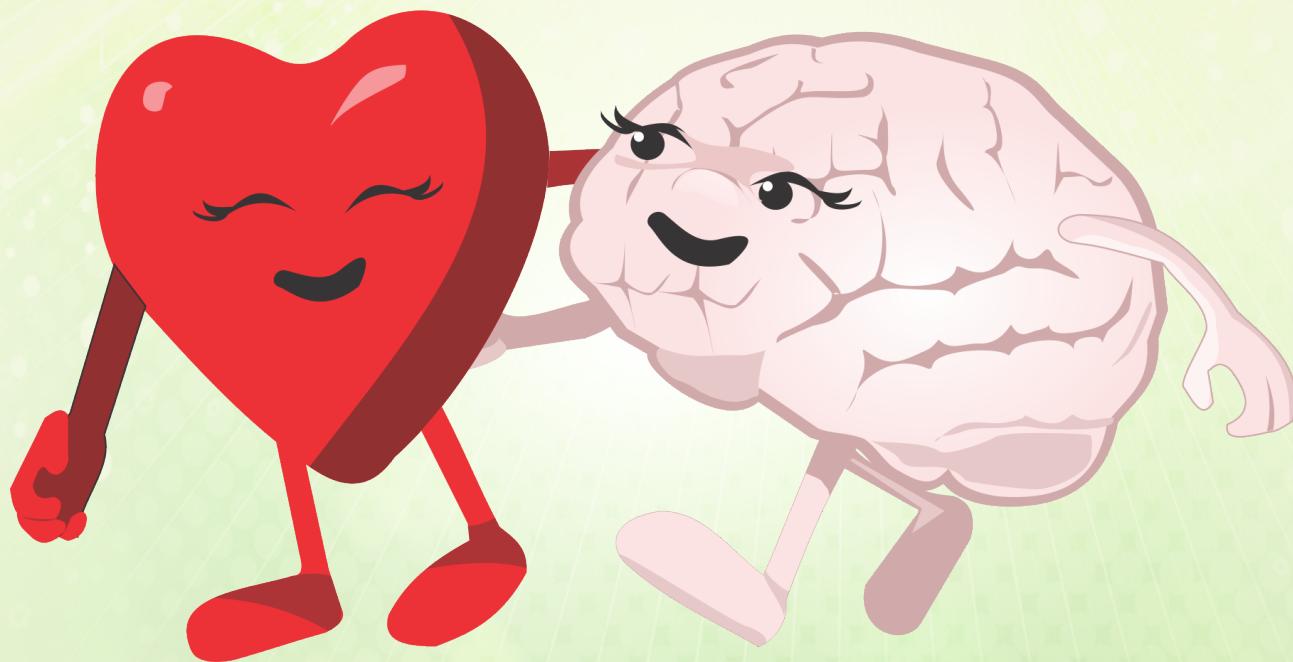
Sobre o tema abordado	Excelente	Regular	Ruim
Utilidade			
Significância			
Minha compreensão			

Figura 4 – sugestão de formulário

REFERÊNCIAS:

1. Rolim CLRC, Martins M. Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. Cad. Saúde Pública 2011 27(11):2106-2116. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/04.pdf>> Acesso em 30 de outubro de 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em < http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_para_atencao_avc.pdf> Acesso em 4 de novembro de 2017.
3. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 1999;4:509-518.
4. Pontes-Neto OM, Silva GS, Feitosa MR, Figueiredo NL, Fiorot JA, Rocha TN et al. Stroke awareness in Brazil: alarming results in a community-based study. Stroke. 2008;39(2):292-6. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18162624>> Acesso em 16 de novembro de 2017.
5. Hacke W, Kaste M, Olsen TS, et al. Acute treatment of ischemic stroke. Cerebrovasc Dis 2014; 17(suppl 2):30-46. Disponível em < <https://www.karger.com/Article/Abstract/74818>> Acesso em 17 de novembro de 2017.

DEPRESSÃO E CORAÇÃO. VAMOS CONVERSAR?



Depressão e Doença Coronária

- Valéria Salazar
- Stênio Karlos Alvim Fiorelli

Tema: Depressão e Doença Coronária

- **Justificativa:** a depressão e a doença coronária aguda são altamente prevalentes, representando milhares de atendimentos eletivos em consultórios e nos serviços de urgência e emergência em hospitais e unidades de pronto-atendimento. As duas doenças apresentam alterações fisio-patológicas comuns, que envolvem o eixo hipotálamo-hipofisário, o ritmo cardíaco e a hemorreologia, além de alterações na resposta inflamatória e serotoninérgica. Vários estudos têm documentado a associação entre os transtornos depressivos e o aumento da morbidade e da mortalidade de pacientes com as síndromes coronárias agudas. Porém, apenas recentemente houve o reconhecimento formal da depressão como um fator de risco para o pior prognóstico da população que apresenta esta cardiopatia, conforme publicado pela American Heart Association em 2014.

Embora existam tratamentos eficazes, menos de 10% dos indivíduos os recebem. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os transtornos depressivos se constituirão na principal causa de absenteísmo dentro de 20 anos. A avaliação imprecisa das síndromes depressivas, principalmente nos serviços de urgência e emergência, associada à doença coronária aguda, dificulta a adequada estratificação dos pacientes que apresentam maior risco e pior prognóstico.

Ainda que relação entre a depressão e a doença coronária venha ganhando espaços nos currículos das escolas médicas, o ensino em saúde no Brasil não costuma dedicar aos transtornos psíquicos a mesma abordagem que dá as doenças físicas.

Assim, no cotidiano do processo de trabalho nas Unidades Estratégia Saúde da Família não é raro a presença de profissionais que ainda não estabeleceram a relação entre a depressão e a doença cardíaca. Atividades que compartilhem saberes sobre esta relação são necessárias.

- **Tipo:** dinâmica do “Verdadeiro ou Falso”.
- **Roteiro:** no interior de uma sacola plástica, haverá guloseimas (bombons, balas, pirulitos) nos quais estarão coladas tiras de papel com supostos fatores de risco à doença cardiovascular. Os participantes, acomodados em cadeiras dispostas em

semicírculo, serão convidados a retirarem uma guloseima da sacola e a lerem em silêncio o conteúdo da tira de papel. Em um local visível e de fácil acesso aos participantes, haverá um painel com medidas aproximadas de 0,90 x 1,20 metros (figura 1). O painel estará subdividido em duas metades, que terão como títulos:

 Doença cardiovascular. São fatores de risco

 Doença cardiovascular. Não são fatores de risco

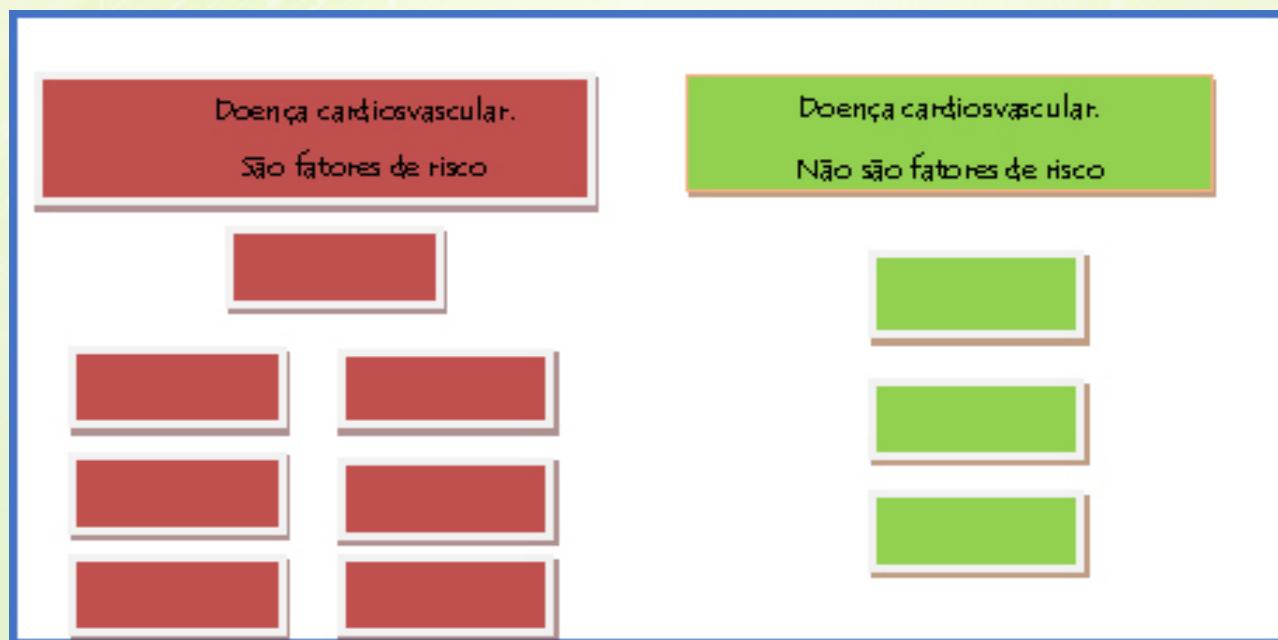


Figura 1 – sugestão de painel

Cada participante será então orientado para que decida se o conteúdo da tira de papel em seu poder representa um fator de risco à doença cardiovascular. Em seguida, será convidado a colar a tira de papel no local do painel que corresponde a sua opinião. O coordenador da ação de educação em saúde, com auxílio do painel, compartilhará saberes sobre os fatores de risco à doença cardiovascular.



Fatores sugeridos

(7 são fatores de risco e 3 não são)

EM VERMELHO: SÃO FATORES DE RISCO

- Fatores emocionais (emoção)
- Obesidade
- Hipertensão
- Tabagismo
- Diabetes
- Sedentarismo
- Etilismo

EM VERDE: NÃO SÃO FATORES DE RISCO

- Prática de atividade física
- Alimentação saudável
- Relaxamento

Após a colagem das frases no painel, o coordenador da atividade problematizará cada fator, retificando se necessário, o local onde a tira foi colada. Será dada ênfase à relação entre a depressão e à doença cardiovascular. O fechamento da atividade deverá valorizar a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida, informando o que a rede pública disponibiliza à população.

- **Objetivos:** compartilhar conhecimentos sobre a importância da relação entre os fenômenos emocionais e os psíquicos - mais especificamente entre a depressão e a doença cardiovascular.

- **Local:** espaços coletivos sejam da unidade Estratégia Saúde da Família incluindo os do território.

- **Público-alvo:** população adscrita à unidade Estratégia Saúde da Família, usuários e equipe dos serviços de saúde.

- **Duração:** 40 minutos.

- **Recursos necessários:** tiras de papel, cola branca, painel, sacola plástica.

- **Resultados esperados:** sensibilização dos usuários e equipe das unidades de saúde para a importância da identificação da relação entre a depressão e a doença cardiovascular para o estabelecimento de um diagnóstico preciso e consequente tratamento.

- **Avaliação pelos participantes:** previamente ao início da atividade, os participantes receberão uma tira de papel (conforme modelo sugerido abaixo), onde marcarão com "X" na figura que representar a sua percepção sobre a atividade.



REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization, Depression: Let's Talk. Disponível em < <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>> Acesso em 15 de novembro de 2017.
2. The National Alliance on Mental Illness, 2013. Disponível em < <http://www.naminy.org/>>.
3. Gomes RC. Portal Brasil. Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no país. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/>> Acesso em 15 de novembro de 2017.
4. Paz-Filho Gilberto, Licinio Julio, Wong Ma-Li. Pathophysiological basis of cardiovascular disease and depression: a chicken-and-egg dilemma. Rev. Bras. Psiquiatr. 2010 June; 32(2): 181-191. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000200015 > Acesso em 15 de novembro de 2017.
5. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N et al. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2014;129:1350-1369, originally published March 24, 2014. Disponível em < <http://circ.ahajournals.org/content/129/12> > Acesso em 15 de novembro de 2017.
6. Roudinesco E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

MEU FILHO BATEU A CABEÇA.

O QUE FAÇO?



TCE em Crianças

- José Raphael Bigonha Ruphato
- Felipe Moreira de Andrade
- Ulisses Cerqueira Linhares

Tema: TCE em Crianças

- **Justificativa:** O Traumatismo Cranioencefálico (TCE), uma das causas mais comuns de trauma em crianças, é responsável por um alto índice de internação hospitalar. No Brasil, as principais causas de casos pediátricos de TCE que demandam hospitalização ou resultam em morte da criança, são as quedas (35%), os acidentes automobilísticos (25%), os abusos, violência ou agressões (80%) e as recreações esportivas (21%).

O TCE está entre os tipos de trauma de maior morbidade e mortalidade na infância. Responde por 75 a 97% das mortes por trauma em crianças. Cerca de 75% das hospitalizações por traumatismo em crianças se deve ao traumatismo cranioencefálico. Acredita-se que, a cada ano, um milhão de crianças sofra TCE e entre 100 mil e 200 mil necessitem de hospitalização. Esses dados retratam que as crianças acometidas pelo TCE, quando vão à óbito, experimentam problemas relacionados a déficits neurológicos, psicomotores, cognitivos e alterações comportamentais em longo prazo.

O trauma externo na criança gera não só muita comoção, mas também atitudes precipitadas, que algumas vezes podem comprometer seu estado clínico, podendo piorar o desfecho ou mesmo gerar custos desnecessários. Geralmente qualquer que seja o acidente que envolva a criança existe uma necessidade histórica em se levar ao pronto atendimento. Faz-se necessário que a população conheça as principais condutas a serem adotadas diante de um TCE a fim de evitar possíveis seqüelas.

- **Tipo:** roda de conversa.

- **Roteiro:** inicialmente serão distribuídos folhetos com informações sobre TCE. Após, será feita uma exposição teórica, abordando os principais tipos de TCE, condutas indicadas diante de um trauma em criança e medidas preventivas. Importante que os participantes que tenham experiências, as compartilhem, problematizando o assunto.

- **Objetivos:** compartilhar conhecimento sobre os sinais do TCE em crianças - a fim de facilitar o manejo desde o momento do trauma até o atendimento por uma

equipe especializada – e de medidas preventivas.

- **Local:** espaços coletivos das Unidades Estratégia Saúde da Família, incluindo os dos equipamentos sociais, em especial, as escolas.
- **Público alvo:** equipe de saúde e população adscrita à unidade Estratégia Saúde da Família, em especial pais e responsáveis por menores de idade, assim como os educadores das instituições de ensino do território da unidade.
- **Duração estimada:** 40 minutos.
- **Recursos necessários:** folhetos educativos.
- **Resultados esperados:** ao final da atividade, espera-se que os participantes tenham construído conhecimento sobre o TCE na infância: principais sinais/sintomas, condutas iniciais e medidas de prevenção.
- **Folheto:**

-não entre em pânico;

-verifique se há sinais externos (por exemplo, o galo). Mas nem sempre sinais estão presentes

-observar os sintomas: vômitos, choro, dor de cabeça intensa, sono e irritabilidade. Fique atento se aumentam com o passar das horas.

-crise convulsiva: vá imediatamente ao hospital.



• **Avaliação pelos participantes:** previamente ao início da atividade, os participantes receberão uma tira de papel (conforme modelo sugerido abaixo), onde marcarão com "X" na figura que representar a sua percepção sobre a atividade.



NÃO GOSTEI



GOSTEI



ADOREI

REFERÊNCIAS:

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 4.ed. Barueri: Manole, 2017.
2. Gentile JKA, Himuro HS, Rojas SSO, Veiga VC, Amaya LEC, Carvalho JC. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. Rev Bras Clin Med 2011 jan-fev;9(1):74-82. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1730.pdf> > Acesso em 16 de novembro de 2017.
3. Andrade AF, Marino Júnior R, Miura FK, Carvalhaes CC, Tarico MA, Lázaro RS et al. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Diagnóstico e Conduta no Paciente com Traumatismo Cranioencefálico Leve. Projeto Diretrizes 2001. Disponível em < <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/traumatismo-cranioencefalico-leve.pdf> > Acesso em 16 de novembro de 2017.
4. Nell V, Yates DW, Kruger J. Anextended Glasgow Coma Scale (GCS-E) with enhanced sensivity to mild brain injury. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(5):614-7. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10807101> > Acesso em 16 de novembro de 2017.



MORTE SÚBITA AINDA NÃO É MORTE!



Suporte Básico de Vida

- Girley Cordeiro de Sousa
- Eduardo Tavares Lima Trajano
- Marco Aurélio dos Santos Silva

Tema: Suporte Básico de Vida

- **Justificativa:** é importante que a esteja capacitada para agir em qualquer situação de emergência, prestando primeiros socorros em situações de perda da consciência e de parada cardiorrespiratória (PCR). Os primeiros socorros podem ser prestados por meio do suporte básico vida (SBV), que compreende o atendimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando à manutenção de seus sinais vitais e a preservação da vida, além de evitar o agravamento das lesões existentes, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento definitivo.

O suporte básico de vida inclui desobstrução de vias aéreas, ventilação e circulação artificial. Pode ser realizado fora do ambiente hospitalar por leigos devidamente capacitados, aumentando as chances de sobrevivência e reduzindo as possibilidades de sequelas em vítimas de PCR.

O protocolo para atendimento de vítimas de PCR já está estabelecido há alguns anos, sendo constantemente testado e revisado por entidades como a American Heart Association (AHA). Tal protocolo também está disponível no site do Ministério da Saúde e em vários materiais de treinamento dos cursos de Suporte Básico de Vida disseminados pelo mundo.

- **Tipo:** palestra interativa, com demonstração da realização de RCP em manequim.

- **Roteiro:** o coordenador compartilhará conhecimentos sobre o reconhecimento de uma vítima com PCR, sua abordagem e as etapas do SBV, como desobstrução de vias aéreas, ventilação e circulação artificial, por meio de manobras de compressão torácica e ventilação boca-a-boca. Fará em seguida, a demonstração das etapas passo-a passo em um manequim. Após, convidará cada participante a realizar a sequência de abordagem da vítima e a executar as manobras no manequim. Folhetos educativos com ilustrações sobre as principais manobras serão distribuídos.

- **Objetivos:** capacitar a população e equipe de saúde para realização do atendimento inicial à vítima de parada cardiorrespiratória.
- **Local:** espaços coletivos, tanto os da unidade Estratégias Saúde da Família, como os dos equipamentos sociais.
- **Público-alvo:** usuários e equipe das unidades Estratégias Saúde da Família, população do território e educadores.
- **Duração:** 50 minutos.
- **Recursos necessários:** espaço físico para acomodar os participantes, folhetos educativos e manequim.
- **Sugestão de folheto:**



- **Resultados esperados:** população capacitada para prestar atendimento básico à vítima de parada cardiorrespiratória até a chegada da equipe especializada, contribuindo para redução de possíveis seqüelas e aumentando as chances de sobrevivência da vítima.

- **Avaliação pelos participantes:** no início da atividade, cada participante receberá 2 cartões de papel (com aproximadamente 20 x 15 centímetros): um verde e outro vermelho. Ao término da atividade, será solicitado ao participante que avalie a atividade por meio da exibição do cartão, de acordo com a legenda:

- cartão verde: compreendi a atividade, que foi útil e esclarecedora;
- cartão vermelho: não entendi a atividade, que em nada contribuiu;

Será então realizada a contagem dos cartões de acordo com a cor. O resultado deverá ser discutido e analisado pela equipe executora.

REFERÊNCIAS:

1. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo e o suporte básico de vida. Rev. esc. enferm. USP 2009 June; 43(2):335-342. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200012 > Acesso em 16 de novembro de 2017.
2. Pergola AM, Araujo IEM. O leigo em situação de emergência. Rev. esc. enferm. 2008 Dec; 42(4):769-776. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a20.pdf> > Acesso em 16 de novembro de 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: 2014. Disponível em < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf> > Acesso em 16 de novembro de 2017.
4. Melo MCB, Silva NLC. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf> > Acesso em 22 de novembro de 2017.



ENGASGUEI!

Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos

- Marco Felipe Bouzada Marcos
- Marco Antonio Orsini Neves
- Pietro Novellino

Tema: Obstrução das Vias Aéreas por Corpos Estranhos

- **Justificativa:** a obstrução das vias aéreas por corpos estranhos pode ocorrer com pedaços de alimentos, balas, próteses dentárias, entre outros objetos. A vítima pode ser encontrada consciente, inconsciente, ou se tornar inconsciente no transcorrer das tentativas de desengasgo.

Se a vítima está consciente, o engasgo provavelmente ocorreu durante alguma refeição ou durante um esforço prolongado de tosse. A vítima tentará ficar de pé, apresentará fácies de angústia respiratória e irá se posicionar com as mãos envolvendo a garganta "sinal universal do engasgo". Há, contudo, os casos onde a vítima é encontrada inconsciente. Importante que o leigo conheça algumas medidas, que uma vez adotadas, poderão contribuir para o socorro e sobrevivência da vítima.

- **Tipo:** palestra com dramatização.

- **Roteiro:** o coordenador fará uma explanação oral sobre como identificar uma pessoa que esteja com obstrução das vias aéreas. Em seguida, com auxílio de um voluntário, previamente treinado para a simulação do engasgo, serão demonstradas as medidas a serem adotadas diante de uma obstrução das vias aéreas, de acordo com o estado de consciência da vítima. Diante da obstrução das vias aéreas é imprescindível que o corpo estranho seja retirado para que o ar possa passar pelas vias aéreas e oxigenar os pulmões. Assim, a vítima (voluntário) deverá ser posicionado em decúbito dorsal em uma superfície rígida. Importante: chamar o socorro especializado e manter as manobras básicas de desobstrução.

Inicia-se a dramatização, que constará das etapas (simulação):



Conduas se a vítima estiver consciente:

1 - Reconheça a situação. Estimule a vítima a respirar mais eficientemente e tossir com mais força. Não realize procedimentos como levantar as mãos da vítima, dar um copo de água ou tapas nas costas...

2 - Caso a vítima não consiga tossir, respirar ou falar, execute a Manobra de Heimlich (figura 1):

3 - Posicione-se por trás da vítima;

4- Coloque os seus braços em torno da cintura da vítima entre o processo xifóide e a cicatriz umbilical. Em pacientes obesas e gestantes, posicione os seus braços sobre o esterno (linha intermamilar);

5- Posicione uma das mãos, fechada, com o polegar virado para o abdome da vítima;

6- Coloque a outra mão, aberta, por cima da primeira;

7- Faça cinco compressões rápidas (para dentro e para cima) sempre avaliando o resultado;

8- Repita o procedimento quantas vezes houver necessidade ou até a vítima se tornar inconsciente.



Condutas se a vítima estiver inconsciente:

É imprescindível que o corpo estranho seja retirado para que o ar possa passar pelas vias aéreas e oxigenar os pulmões;

- Posicione a vítima em decúbito dorsal em uma superfície rígida;
- Execute compressões torácicas com o objetivo de remover o corpo estranho;
- Abra as vias aéreas, visualizar a cavidade oral e remover o corpo estranho, se visível e alcançável (com dedos ou pinça);
- Reposicione a cabeça da vítima e tente ventilar. Se o ar não passar ou o tórax não expandir, reposicionar a cabeça e tentar insuflar novamente.

.....

- **Objetivos:** capacitar o público alvo para realizar medidas básicas de Suporte Básico de Vida diante casos de obstrução das vias aéreas por corpo estranho, minimizando os efeitos da parada cardiorrespiratória por hipóxia.

- **Local:** os espaços coletivos da Estratégia de Saúde da Família e também nos do território, como em instituições de ensino.

- **Público-alvo:** usuários e equipe das unidades Estratégias de Saúde da Família.

- **Duração:** 40 minutos.

- **Recursos necessários:** Voluntário previamente treinado para a simulação. Caneta esferográfica e papel.

- **Resultados esperados:** população capacitada para identificar vítima de obstrução de vias aéreas por corpo estranho e também para adotar medidas iniciais de suporte básico de vida.



• **Avaliação pelos participantes:** no início da atividade, os participantes receberão 2 cartões de papel (com aproximadamente 20 x 15 centímetros): um verde e outro vermelho. Ao término da atividade, serão solicitados a avaliar a atividade por meio da exibição do cartão, de acordo com a legenda:

- cartão verde: a atividade foi útil e esclarecedora;
- cartão vermelho: a atividade em nada contribuiu;

Será então realizada a contagem dos cartões de acordo com a cor. O resultado deverá ser discutido e analisado pela equipe facilitadora/executora. Eventuais ajustes deverão ser realizados.

REFERÊNCIAS:

- 1.Higa SEM, Atallah NA, Bafi AT, Mancuso FJN, Schiavon LL, Schor N (editor). Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-Unifesp. 3.ed Manole, 2013.
- 2.Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: 2014. Disponível em< <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>> Acesso em 16 de novembro de 2017.

NÃO SE MACHUQUE NO TRÂNSITO!



Prevenção de Acidentes de Trânsito

- Renato Gomes Pereira
- Bruno Monteiro Tavares Pereira

Tema: Prevenção de Acidentes de Trânsito

- **Justificativa:** acidentes de trânsito representam uma importante causa de morbidade e mortalidade. No Brasil, há o Código Nacional de Trânsito, no qual constam normas para uma maior segurança nos transportes. A abordagem do tema “educação no trânsito” nas instituições de ensino representa uma estratégia que pode contribuir para que surjam cidadãos conscientes sobre regras do trânsito e cumpridores das normas de segurança em vias públicas, tanto na condição de pedestre quanto na de passageiro.

Nos levantamentos realizados, o componente humano tem relevância como agente causador dos acidentes, seja ele pedestre, condutor ou passageiro. O uso de álcool e outras substâncias entorpecentes podem causar reações que alteram o comportamento das pessoas, comprometendo a sua atenção e retardando seus reflexos, capacidade e velocidade de raciocínio.

- **Tipo:** dinâmica “do certo ou errado”.

- **Roteiro:** no interior de uma sacola plástica, haverá bombons, nos quais estarão coladas tiras de papel com algumas condutas relacionadas à prevenção de acidentes no trânsito. Os participantes, acomodados em cadeiras dispostas em semicírculo, serão convidados a retirarem um bombom da sacola e a lerem em silêncio o conteúdo da tira de papel. Em um local visível e de fácil acesso aos participantes haverá painel com medidas aproximadas de 0,90 x 1,20 metros. O painel estará subdividido em duas metades, que terão como títulos:

 Eu acho errado!

 Eu acho certo!

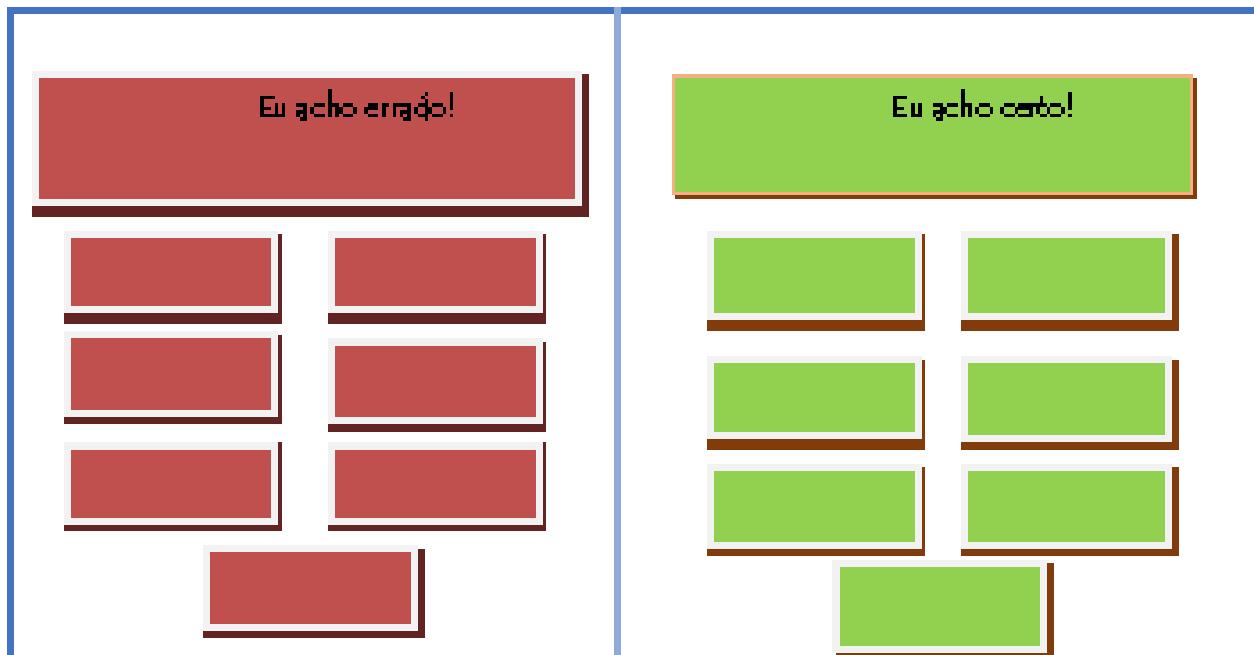


Figura 1 – sugestão de painel

O coordenador da ação de educação em saúde compartilhará saberes sobre os principais fatores de prevenção aos acidentes de trânsito. Após, cada participante será orientado para que decida se acha certa (ou não) a conduta descrita na tira de papel em seu poder. Em seguida, será convidado a colar a tira de papel no local do painel que corresponde a sua opinião. O bombom poderá ser consumido pelo participante, exceto para aqueles com restrição alimentar, tais como diabéticos.



Fatores sugeridos

(7 estão indicados e 7 não)

EM VERMELHO: EU ACHO ERRADO

- Falar ao telefone celular enquanto dirijo
- Usar fone de ouvidos enquanto dirijo
- Motorista comer enquanto dirige
- Beber antes de dirigir
- Fumar enquanto dirige
- Viajar na carroceria
- Dirigir sem carteira de motorista

EM VERDE: EU ACHO CERTO

- Respeitar os limites de velocidade
- Usar cinto de segurança até mesmo no ônibus
- Travar as portas traseiras quando crianças estão no banco
- Usar faróis baixos em dias de neblina
- Fazer revisão do veículo antes de viajar
- Crianças menores de 10 anos viajarem no banco da frente
- Crianças em garupas de motos

Após a colagem das frases no painel, o coordenador da atividade problematizará cada situação, retificando se necessário, o local onde a tira foi colada. Será dada ênfase à importância da participação individual para evitar acidentes.

- **Objetivos:** que os participantes construam conhecimento sobre prevenção de acidentes no trânsito. Despertar a atenção para os cuidados que devem ser tomados no trânsito.

- **Local:** instituições de ensino do território da Unidade Estratégia Saúde da Família

- **Público-alvo:** escolares e usuários da unidade Estratégia Saúde da Família.

- **Duração:** 40 minutos

- **Recursos necessários:** bombons; painel; papel e caneta esferográfica

- **Resultados esperados:** que os participantes construam conhecimento sobre a importância do cumprimento das regras de trânsito e atuem como multiplicadores.

- **Avaliação pelos participantes:** ao término da atividade, os participantes receberão uma caneta esferográfica e um formulário impresso (com medidas aproximadas de 6 x 10 centímetros), conforme sugestão abaixo (figura 1). Serão solicitados a marcar um “X” na opção que atende, de acordo com sua percepção, a utilidade, significância e compreensão do tema abordado. Logo após, a equipe coordenadora recolherá os formulários para análise e interpretação das respostas e verificará a necessidade de adequações para atividades futuras.

Sobre o tema abordado	Excelente	Regular	Ruim
Utilidade			
Significância			
Minha compreensão			

Figura 4 – sugestão de formulário

REFERÊNCIAS:

1. Cui MJ, Chen Y, Li Y, Hu J, Zhang XJ. Risk factors for road traffic injury in agricultural vehicle drivers. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2017 Aug 20;35(8):574-577. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29081123>> Acesso em 16 de novembro de 2017.
2. Sidwell R, Matar MM, Sakran JV. Trauma Education and Prevention. Surg Clin North Am. 2017 Oct;97(5):1185-1197. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28958365>> Acesso em 16 de novembro de 2017.
3. Unni P, Estrada CM, Chung DH, Riley EB, Worsley-Hynd L, Stinson N. A multiyear assessment of a hospital-school program to promote teen motor vehicle safety. J Trauma Acute Care Surg. 2017 Nov;83(2):289-295. Disponível em <https://insights.ovid.com/crossref?an=01586154-201711002-00004> Acesso em 16 de novembro de 2017.
4. Instituto de Certificação e Estudos de Trânsito e Transporte. Educação no trânsito é fundamental para a preservação da vida. Disponível em < <https://icetran.org.br/blog/educacao-no-transito-preserva-vidas-e-transforma/>> Acesso em 16 de novembro de 2017.
- 5- Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm> Acesso em 16 de novembro de 2017.
6. Bazeli J, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D. Epidemiology of special incidents: Results from national mortality and morbidity registry and the associated factors in Iran in 2014. Electronic Physician 2017; 9(8):5113-5121. Disponível em < <http://europepmc.org/abstract/pmc/pmc5614300>> Acesso em 16 de novembro de 2017.



(RE)DESCOBRINDO A SÍFILIS CONGÊNITA!



Sífilis Congênita

- Humberto José Portella Garcia
- Rossano Kepler Alvim Fiorelli

Tema: Sífilis Congênita

- **Justificativa:** a transmissão vertical da sífilis permanece como um problema de saúde pública no Brasil. Entre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. No Brasil, estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 1,6% da infecção, em 2004, representando cerca de 50 mil parturientes com sífilis ativa e uma estimativa de 15 mil crianças nascendo com sífilis congênita para aquele ano, em média. Desde 1986, a sífilis congênita é doença de notificação compulsória, tendo sido incluída no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Entretanto, embora a subnotificação tenha sido a regra, entre os anos de 1998 e 2004 foram notificados 24.448 casos da doença neste intervalo de tempo. Em 2015 observou-se uma mortalidade de 1750 óbitos em menores de 1 ano, demonstrando ainda um insuficiente controle do agravo em todo o território nacional.

Como elementos fundamentais no enfrentamento da transmissão vertical da sífilis, o diagnóstico e a prevenção precisam ser efetivamente realizados, especialmente no pré-natal e parto. Portanto, é importante socializar informações à população sexualmente ativa para reduzir a incidência da doença.

- **Tipo:** dramatização.
- **Roteiro:** duas adolescentes grávidas conversam durante o recreio sobre comportamento sexual e pré-natal.



- **gestante 1:** oi amiga. Como estão as coisas na tua casa?

- **gestante 2:** oi. Difíceis... Entrei no terceiro mês da gravidez. A cada dia meu corpo muda. Tô ficando gorda e feia ...

- **gestante 1:** para mim a coisa “deu ruim” também! E olha que eu ainda estou no primeiro mês! Assim que soube que “tava grávida”, o Agente de Saúde deixou uns papéis lá em casa e mandou recado para eu ir fazer lá no posto de saúde fazer o pré-natal. Até peguei para ver os tais papéis, mas não entendi nadinha. Explicavam sobre uma doença chamada sífilis. Nem sei o que é! Haja saco!

- **gestante 2:** ele é chato mesmo! Comigo foi a mesma coisa. Quando não é ele que aparece lá em casa, é a enfermeira do posto de saúde. Ficam indo lá todo mês. Mas quer saber, melhor a gente ir fazer logo o pré-natal. Pelo menos eles irão parar de perturbar a gente! Vou marcar a tal da consulta que eles falaram.

Decorridas três semanas, elas se encontram novamente, desta vez no mercadinho do bairro.

- **gestante 2:** bom te ver amiga! Tua barriga cresceu!!! Não deu para te procurar antes porque fiquei muito “pra baixo” com uma coisa que descobri.

- **gestante 1:** conta aí. O que aconteceu?????

- **gestante 2:** então... fui lá no posto conforme te falei aquele dia. Comecei o pré-natal. E tive que fazer um montão de exame para saber da minha saúde e do bebê. E não é que deu positivo para tal da doença que o agente de saúde tinha dito: a tal da sífilis!!! Fiquei pasma!

- **gestante 1:** sério? E agora?

- **gestante 2:** sério. Agora é fazer o tratamento. Já comecei. “Tá fácil não miga!” Vou te dar uma dica: melhor você ir logo ver se você não tem a danada desta doença. O médico me explicou porque é importante fazer o pré-natal. Tô fazendo direitinho. Se eu não apareço lá no posto, a enfermeira vai lá em casa ver porque faltei. Aff Maria!

- **gestante 1:** será? Acho que você tem razão. Vou dar um jeito de ir lá marcar consulta. Mas como você pegou a doença?

- **gestante 2:** o médico me explicou. Disse que a gente é contaminada na “transa” por uma bactéria quando faz sexo sem camisinha. E que posso transmitir ao meu bebê na gravidez ou até mesmo no parto. Não tem como a gente ter certeza se o bebê “pegou” a doença. Mas se ele apresentar rachaduras nas palmas das mãos e nas solas dos pés é um sinal que pegou de mim.

- **gestante 1:** caramba! Que bobeadas a nossa não ter usado a camisinha! E o que você sente?

- **gestante 2:** por enquanto nada, graças a Deus! Mas ele me explicou que a doença tem 3 estágios. No primeiro podem aparecer feridas que não doem. Mas este estágio acontece de 2 a 3 semanas depois da transa. Já passei deste estágio! Nem contei para ele que tive estas feridas. Já sumiram mesmo! Tive vergonha!

- **gestante 1:** ai meu Deus! E o que mais?

- **gestante 2:** ele me disse que de 2 a 8 semanas após, já no estágio secundário, a pessoa pode ter dores musculares, febre, dor de garganta, dificuldade para engolir, língua debaixo do braço e mais outras coisas que não me lembro...

- **gestante 1:** e você está se tratando?

- **gestante 2:** sim. Ele me indicou antibióticos. E pediu para avisar o meu namorado. E estou fazendo exames de acompanhamento.

- **gestante 1:** e que sirva de lição para nós! Depois disto tudo, só transo de camisinha!
Obs: as voluntárias podem, ao falar dos sinais da sífilis, mostrarem cartazes com imagens das mesmas.



- **Objetivos:** compartilhar conhecimentos sobre prevenção, transmissão e tratamento da sífilis congênita, assim como a importância de realizar o sexo seguro e realizar o pré-natal.
- **Local:** Unidade Estratégia Saúde da Família e espaços coletivos do território, incluindo as instituições de ensino.
- **Público-alvo:** usuários da Unidade Estratégia Saúde da Família, em especial, população sexualmente ativa.
- **Duração:** 40 minutos.
- **Recursos necessários:** 2 participantes para teatralização e imagens de lesões decorrentes da sífilis.
- **Resultados esperados:** usuários sensibilizados sobre a importância da prática de sexo seguro e da realização do pré natal.

AValiação PELOS PARTICIPANTES:

Título da atividade: _____

Data: ____/____/____

Coloque o número correspondente à sua avaliação da atividade de acordo com a legenda: 1- péssima 2 - ruim 3- regular 4- boa 5- excelente

-] Minha compreensão sobre o tema
-] Utilidade do tema
-] Criatividade na abordagem do tema
-] Meu interesse pelo tema
-] Na minha opinião a atividade foi

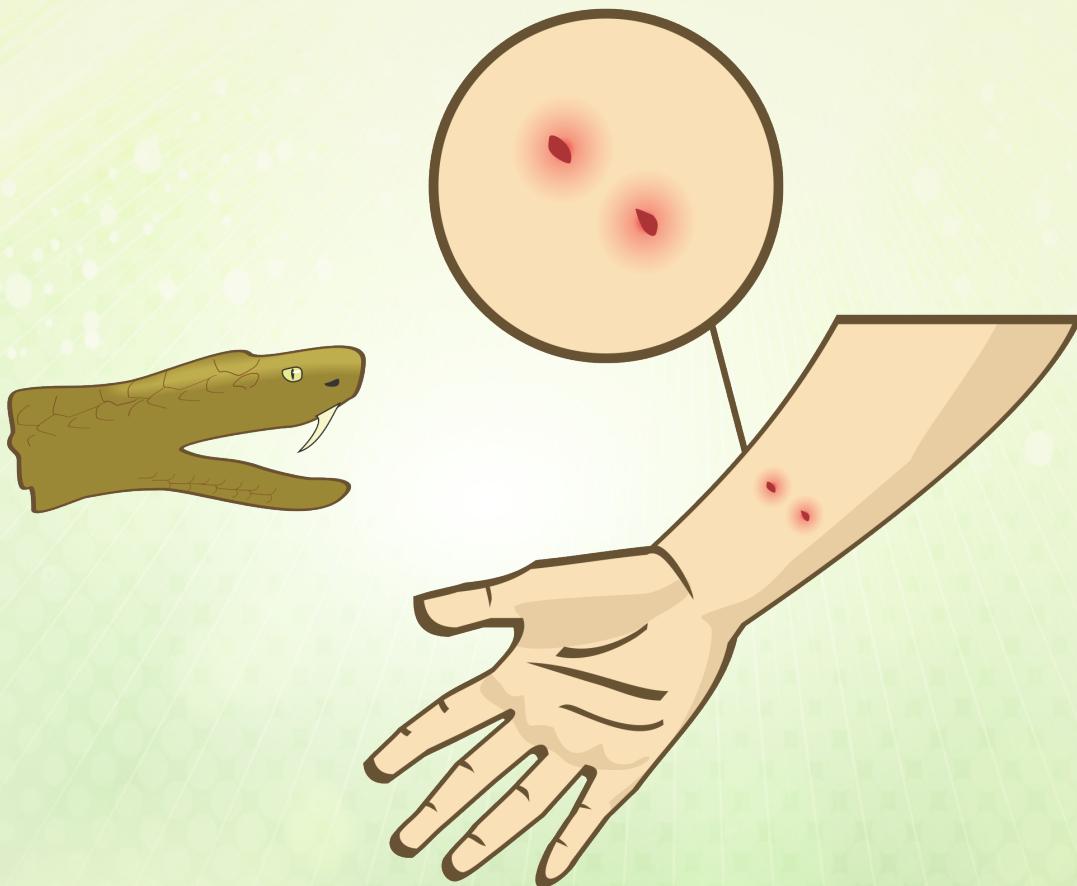
Após, a equipe coordenadora recolherá os formulários para análise e interpretação das respostas e verificará a necessidade de adequações para atividades futuras.

REFERÊNCIAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf Acesso em 18 de novembro de 2017.
2. Andrade ACV, Schwalm MT, Ceretta LB, Dagostin VS. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. O Mundo da Saúde 2013; 37(4): 439-449. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/planejamento_acoes_educativas_equipe_multiprofissional.pdf> Acesso em 17 de novembro de 2017.
3. Serviço de Vigilância Epidemiológica Coordenação do Programa Estadual DST/Aids-SP Coordenadoria de Controle de Doenças – CCD Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública 2008;42(4):768-72. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf> > Acesso em 22 de novembro de 2017.



FUI PICADO POR UMA COBRA!



ACIDENTE OFÍDICO

- Diego Costa Ferreira
- Gabriel Porto Soares

Tema: Acidente Ofídico

- **Justificativa:** no Brasil, os acidentes por cobras ainda são frequentes. É importante saber quais são as cobras mais comuns na região, se são venenosas e se existe disponibilidade do soro específico. A gravidade do quadro depende do tipo de cobra, da idade e do peso da vítima. A identificação do animal e a indicação do uso de soro específico são fundamentais para a abordagem correta da vítima. Os acidentes por picada de cobra são de notificação obrigatória no formulário do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

- **Tipo:** palestra dialogada.

- **Roteiro:** após as apresentações, o coordenador fará uso de recursos de multimídia para projeção ou, se preferir, poderá usar cartazes com figuras previamente selecionadas. Abordará as principais medidas a serem adotadas pelo leigo diante de uma vítima de picada de cobra.

Sugestão de informações a serem compartilhadas:

1 - Os tipos de cobras mais comuns na região, suas características e principal habitat;

2 - Como identificar se o animal é venenoso:

Para que você possa decidir se a serpente é venenosa ou não, é importante identificar o orifício entre o olho e a narina (fosseta loreal), que está presente nas peçonhentas (figura 1):

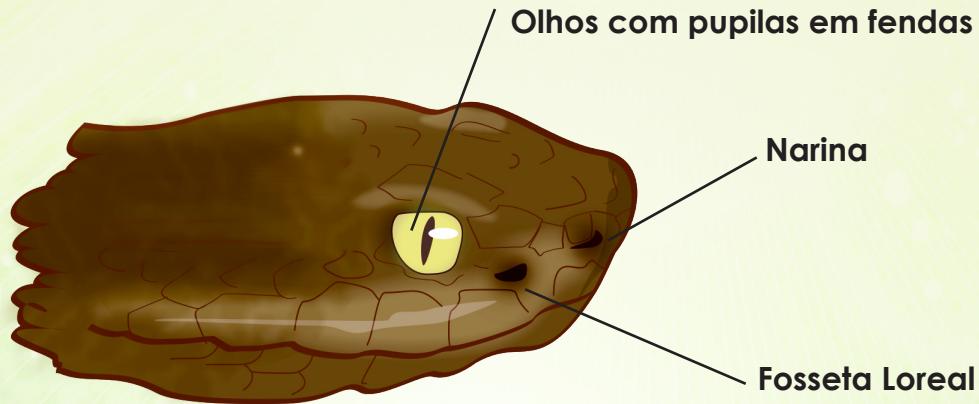


Figura 1- fosseta lateral nas serpentes peçonhentas.

3- Principais medidas a serem adotadas até o atendimento da vítima por equipe de saúde:

3.1- não usar torniquetes ou compressa de gelo no local, pois são ineficazes e aumentam o risco de complicações.

3.2- limpar a ferida;

4- levar a vítima até o serviço de saúde para atendimento.

O fechamento da ação de educação em saúde pode acontecer por meio da abordagem das medidas preventivas, como não colocar a mão em buracos ou objetos sem a prévia observação, não andar descalço em locais suspeitos, evitar entulhos em lotes vazios, entre outras.

- **Objetivos:** capacitar as pessoas para adoção das condutas diante de um acidente por ofídio até o atendimento da vítima por profissional de saúde.

- **Local:** usuários e equipe das unidades Estratégias Saúde da Família, população do território e educadores.

- **Público-alvo:** usuários da Unidade Estratégia Saúde da Família, população adscrita à unidade, escolares.

- **Duração:** 40 minutos.

- **Recursos necessários:** cartazes (ou projeção de slides) com os principais tipos de cobras da região e figuras das principais condutas a serem adotadas em caso de acidente por ofídio.

- **Resultados esperados:** capacitação dos participantes para adoção de medidas preventivas aos acidentes por ofídios, e também para a identificação das cobras venenosas e de medidas imediatas de primeiros socorros às vítimas.

- **Avaliação pelos participantes:** no início da atividade, os participantes receberão 2 cartões de papel (com aproximadamente 20 x 15 centímetros): um verde e outro vermelho. Ao término da atividade, serão solicitados a avaliar a atividade por meio da exibição do cartão, de acordo com a legenda:

- cartão verde: a atividade foi útil e esclarecedora;
- cartão vermelho: a atividade em nada contribuiu;

Será então realizada a contagem dos cartões de acordo com a cor. O resultado deverá ser discutido e analisado pela equipe facilitadora/executora. Eventuais ajustes deverão ser realizados.

REFERÊNCIAS:

1. Melo MCB, Silva NLC. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3046.pdf> > Acesso em 22 de novembro de 2017.
2. Andrade Filho A, Valente JR. Acidentes provocados por animais peçonhentos. In: Nunes TA, Melo MCB, Souza C. (orgs). Urgência e Emergência Pré-hospitalar. Belo Horizonte: Folium, 2010. 2.ed. p. 302-312.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SINAN. Disponível em <<http://portalsinan.saude.gov.br/>> Acesso em 22 de novembro de 2017.

2 . Considerações Finais

Sensibilizar estudantes e profissionais para a realização de atividades de educação em saúde nem sempre é tarefa fácil! Sua execução, no entanto, se constitui em um valioso recurso para o incentivo ao autocuidado em saúde pelos usuários dos serviços, além de estratégia para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento para a tomada de decisões imprescindíveis à qualidade de vida.

Portanto, cabe aos gestores em saúde e também a nós, docentes dos cursos da área da saúde, incentivá-los a elaborarem e executarem projetos educativos, que ao utilizarem concepções pedagógicas inovadoras, problematizem situações do seu cotidiano, minimizando os agravos em saúde e auxiliando na solução de problemas. Que este manual contribua para a graduação de profissionais valorizados das atividades de educação em saúde no cotidiano dos serviços e subsidie as equipes em sua sistematização no processo de trabalho.

Ressalta-se que a execução dos projetos educativos aqui propostos, todos passíveis de adaptações e aprimoramento, está na direta dependência da situação epidemiológica local e das demandas dos usuários. Longe dos autores a idéia de que fosse um livro de receitas que dispensasse adequações ou ajustes. Ao final de cada projeto são sugeridas referências para aqueles que porventura desejarem um aprofundamento teórico no assunto.

Destarte, almeja-se que este manual, ao trazer sugestões de atividades educativas, seja academicamente relevante e, ao contribuir para a qualidade de vida dos participantes, constitua-se em um produto socialmente útil.

3. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em 25 de outubro de 2017.
2. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
3. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Rev Bras Enferm, Brasília 2010 jul-ago; 63(4): 567-73. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>> Acesso em 2 de novembro de 2017.
4. Ferreira AB.H. Miniaurélio: o dicionário da língua portuguesa. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.
5. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm, 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14. Disponível em http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/bohes_2007.pdf Acesso em 2 de novembro de 2017.
6. Costa M, López E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunicação, saúde, educação, 9(16):39-52, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> Acesso em 2 de novembro de 2017.
8. Brasil. Universidade Federal do Ceará. Núcleo de Tecnologia e Educação a Distância em Saúde. Curso Básico em Vigilância Sanitária. Informação, Educação, e Comunicação em saúde. 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/3428144/Unidade_07+-+Informa%C3%A7%C3%A3o+Educa%C3%A7%C

[3%A3o+e+Co+munica%C3%A7%C3%A3o+em+Sa%C3%BAde/42bf4413-974b-4b6b-ae64-94dd639509c1>](#) Acesso em 2 de Novembro de 2017.

9. Junqueira MAB, Santos FCS. A educação em saúde na Estratégia Saúde da Família sob a perspectiva do enfermeiro: uma revisão de literatura. Rev. Ed. Popular 2013;12(1): 66-80. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/viewFile/20301/12514>> Acesso em 2 de novembro de 2017.

10. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 858-65. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a11v61n6.pdf>> Acesso em 2 de novembro de 2017.

11. Santos RV, Penna C MM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. Texto contexto - enferm. 2009 ; 18(4): 652-660. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/06.pdf>> Acesso em 31 de outubro de 2017.

12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina. Disponível em <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>> Acesso em 4 de novembro de 2017.

13. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso M GT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva. 2007 Apr; 12(2): 335-342. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>> Acesso em 30 de outubro de 2017.

14. Educação em Saúde. Planejando as Ações Educativas. Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. 2001. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa - CIP. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf> Acesso em 2 de setembro de 2017.



15. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Educação em Saúde. Coletânea de Técnicas. Manual de Técnicas Pedagógicas e Ludopedagógicas para a Operacionalização das Ações Educativas no SUS - São Paulo. Disponível em <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/nes_livro.pdf> Acesso em 30 de outubro de 2017.

16. Barros CMS (Coord). Manual técnico de educação em saúde bucal. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manualTecnicoEducacaoSaudeBucal.pdf>> Acesso em 8 de novembro de 2017.

AUTORES

Altair Paulino de Oliveira Campos
Ana Cláudia Sayão Capute
Aparecida Carmem de Oliveira
Bruno Monteiro Tavares Pereira
Carlos Eduardo Cardoso
Diego Costa Ferreira
Edsneider Rocha Pires de Souza
Eduardo Tavares Lima Trajano
Felipe Moreira de Andrade
Gabriel Porto Soares
Girley Cordeiro de Souza
Humberto José Portella Garcia
João Carlos de Souza Côrtes Júnior
José Raphael Bigonha Ruffato
Marcela Azeredo da Rocha
Marco Antonio Orsini Neves
Marco Aurélio dos Santos Silva
Marco Felipe Bouzada Marcos
Maria Cristina Almeida de Souza
Marise Maleck de Oliveira
Marlon Mohamud Vilagra
Pietro Novellino
Renato Gomes Pereira
Ricardo Pessoa Martello de Souza
Ronaldo de Souza Silveira
Rossano Kepler Alvim Fiorelli
Saulo Roni Moraes
Stênio Karlos Alvim Fiorelli
Ulisses Cerqueira Linhares
Valéria Salazar



INTERAGIR EDITORA

www.interagireditora.com.br
facebook.com/interagireditora

