

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

SAÚDE COLETIVA:

Face a face com a interdisciplinaridade

2



Atena
Editora
Ano 2021

Isabelle Cerqueira Sousa
(Organizadora)

SAÚDE COLETIVA:

Face a face com a interdisciplinaridade

2



Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^a Dr^a Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^a Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federac do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalo de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Saúde coletiva: face a face com a interdisciplinaridade 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizadora: Isabelle Cerqueira Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde coletiva: face a face com a interdisciplinaridade 2 / Organizadora Isabelle Cerqueira Sousa. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-427-3

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.273212508>

1. Saúde pública. 2. Ciências da saúde. 3. Interdisciplinaridade. I. Sousa, Isabelle Cerqueira (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A coleção **Saúde coletiva: face a face com a interdisciplinaridade** é uma coletânea composta por dois volumes, que tem na segunda obra uma variedade de assuntos relacionados a saúde, teremos por exemplo os títulos: - PLANIFICASUS como estratégia para organização de Redes de Atenção à Saúde; - Conhecimento e habilidades dos trabalhadores do NASF para manejo das doenças ocupacionais; - O plantão psicológico como um instrumento de cuidado na Atenção Básica: práticas e desafios; - Promoção e prevenção sobre câncer do colo uterino em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência.

Nessa edição teremos também capítulos que apresentarão estudos sobre a saúde da pessoa idosa, como por exemplo: a experiência do “Consultório na rua” de Taguatinga no resgate à saúde do idoso com transtorno mental e o estudo sobre a “relação entre a força muscular e a composição corporal em idosos comunitários ativos.”

Essa obra também oportuniza leituras sobre os “Indicadores epidemiológicos de hanseníase em um Serviço Público de Saúde”; - “Perfil epidemiológico da Esporotricose humana em Pernambuco (Brasil)”; - “Uso do método de regressão linear para análise epidemiológica da progressão das notificações de infecção por Sífilis e simulação da evolução da doença no município de São Luís, no Maranhão (Brasil)”; - “Evolução dos casos de Dengue nas regiões do Brasil (2015 a 2020)”; - “Telas com inseticida protegem contra Febre Amarela”; - “Febre Amarela no Brasil: os fatores para a reemergência” situação de importante reflexão para estímulo a políticas públicas de saúde”; - “Introdução da alimentação complementar saudável para menores de dois anos”; - Vigilância sanitária orienta e certifica pequenos agricultores”; - “Centro cirúrgico: desafios da cirurgia segura e o trabalho em equipe”; - “Os benefícios do microagulhamento no tratamento das disfunções estéticas”; - “Projeto de intervenção para aumentar a adesão ao Exame Citopatológico em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família.”

Deste modo a obra “Saúde coletiva: face a face com a interdisciplinaridade” apresenta estudos, discussões, revisões, relatos de experiências obtidos pelos diversos professores e acadêmicos, que desenvolveram seus trabalhos de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Uma ótima leitura a todos!

Isabelle Cerqueira Sousa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PLANIFICASUS COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE


Aline Teles de Andrade
Ilana Eshriqui
Evelyn Lima de Souza
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Emanuela Brasileiro de Medeiros
Marcio Anderson Cardozo Paresque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125081>

CAPÍTULO 2..... 4

CONHECIMENTO E HABILIDADES DOS TRABALHADORES DO NASF PARA MANEJO DAS DOENÇAS OCUPACIONAIS


Máisa Miranda Coutinho
Lohana Guimarães Souza
Mariana Medrado Martins
Aurilecy Máira Balduino Cardoso Macêdo
Maria Luiza Caires Comper

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125082>

CAPÍTULO 3..... 14

O PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO UM INSTRUMENTO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS E DESAFIOS


Zayra Maria do Rosário Silva Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125083>

CAPÍTULO 4..... 29

PROMOÇÃO E PREVENÇÃO SOBRE CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kewinny Beltrão Tavares
Lais Gadelha Oliveira
Keylia Priscila Neves Goiabeira
Eloane Gomes da Silva
Anna Klara da Silva Teles
Hilda Silva de Assunção
Sara Reges Lucindo
Andressa Rafaela Amador Maciel Magalhães
Adria Mayara Pantoja Nogueira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125084>

CAPÍTULO 5..... 33

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE HANSENÍASE EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Kaoma Ludmila Pimenta Camargos

Kezia Danielle Leite Duarte
Vilma Silva Lima
Raynara Laurinda Nascimento Nunes
Bruna Renata Duarte Oliveira
Karine Suene Mendes Almeida Ribeiro
Andressa Prates Sá
Weidny Eduardo de Sousa Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125085>

CAPÍTULO 6..... 40

CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS DA CIRURGIA SEGURA E O TRABALHO EM EQUIPE


Rogério de Moraes Franco Júnior
Acleverson José dos Santos
Carine Ferreira Lopes
Renata de Oliveira
Emerson Gomes de Oliveira
Magda Helena Peixoto
Heliamar Vieira Bino
Juliana Sobreira da Cruz
Júnia Eustáquio Marins
Lídia Fernandes Felix
Mariana dos Santos Machado Pereira
Thays Peres Brandao

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125086>

CAPÍTULO 7..... 49

CONSULTÓRIO NA RUA DE TAGUATINGA NO RESGATE À SAÚDE DO IDOSO COM TRANSTORNO MENTAL

Ana Rosa Pessoa Peixoto Barreto
Heleura cristina de Oliveira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125087>

CAPÍTULO 8..... 52

RELAÇÃO ENTRE A FORÇA MUSCULAR E A COMPOSIÇÃO CORPORAL EM IDOSOS COMUNITÁRIOS ATIVOS

Cristianne Confessor Castilho Lopes
Marilda Moraes da Costa
Juliane Jesus dos Santos
Antonio Vinicius Soares
Elis Kolling
Gleice Reinert
Daniela dos Santos
Paulo Sérgio Silva
Tulio Gamio Dias
Eduardo Barbosa Lopes
Alessandra Novak
Láisa Zanatta


Vanessa da Silva Barros
Talitta Padilha Machado
Liamara Basso Dala Costa
Heliude de Quadros e Silva
Youssef Elias Ammar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125088>

CAPÍTULO 9..... 61

EVOLUÇÃO DOS CASOS DE DENGUE NAS REGIÃO DO BRASIL NO PERÍODO DE 2015 A 2020


Elisa Kalil
Gabriela Accampora Fortes
Valmir Dal Mass Junior
Pedro Augusto Horbach Salzano
Jussara Alves Pinheiro Sommer
Eliane Fraga da Silveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732125089>

CAPÍTULO 10..... 72

TELAS COM INSETICIDA PROTEGEM CONTRA FEBRE AMARELA


Romario Gabriel Aquino
Eliezer Estevam de Barros Junior
Filipe Pereira Borges
Mário Sérgio Ribeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250810>

CAPÍTULO 11..... 78

FEBRE AMARELA NO BRASIL: OS FATORES PARA A REEMERGÊNCIA

Elysa Alencar Pinto
Júlia Regis Rodrigues Vaz Teixeira
Zelinda Maria Braga Hirano
Luísa Regis Rodrigues Vaz Teixeira
Elizabeth Schwegler
Juliano Santos Gueretz






 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250811>

CAPÍTULO 12..... 90

INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL PARA MENORES DE DOIS ANOS

Bruna Melo Amador
Ana Paula Lobo Trindade
Mário Ribeiro da Silva Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250812>

CAPÍTULO 13.....	96
VIGILÂNCIA SANITÁRIA ORIENTA E CERTIFICA PEQUENOS AGRICULTORES	
Vanessa Sampaio Fonseca	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250813	
CAPÍTULO 14.....	99
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ESPOROTRICOSE HUMANA EM PERNAMBUCO	
Mayke Felipp de Araújo Martins	
Cristiane de Albuquerque Silva Ratis	
Emmily Fabiana Galindo de França	
Leila Karina de Novaes Pires Ribeiro	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250814	
CAPÍTULO 15.....	110
USO DO MÉTODO DE REGRESSÃO LINEAR PARA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA PROGRESSÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE INFECÇÃO POR SÍFILIS E SIMULAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA DOENÇA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS – MA	
Caroline Vanessa Santos Torres	
Maria Lucia Lima Cardoso	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250815	
CAPÍTULO 16.....	117
PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO EXAME CITOPATOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
Maria Paula Santos Domingues	
Camila Lemler Cani	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250816	
CAPÍTULO 17.....	122
OS BENEFÍCIOS DO MICROAGULHAMENTO NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES ESTÉTICAS	
Maria de Lourdes de Sousa Frederico	
Isabelle Cerqueira Sousa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.27321250817	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	133
ÍNDICE REMISSIVO.....	134

CAPÍTULO 3

O PLANTÃO PSICOLÓGICO COMO UM INSTRUMENTO DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS E DESAFIOS

Data de aceite: 23/08/2021

Data de submissão: 15/07/2021

Zayra Maria do Rosário Silva Lima

UNIME

ITABUNA-BA

https://www.cnpq.br/cvlattesweb/PKG_MENU.menu?f_cod=DA432691BDED4B757DA1483595FF6C28

RESUMO: O presente trabalho põe em questão o diferencial da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) frente a outras abordagens no cuidado às famílias na Atenção Básica. Seu objetivo buscou compreender sobre o atendimento psicológico baseado na ACP para indivíduos de baixa renda em outros ambientes além dos consultórios tradicionais. Para tanto, investigou o funcionamento da Atenção Básica e os primeiros cuidados às famílias, bem como o vínculo cliente-terapeuta na relação de ajuda, além dos princípios facilitadores que norteiam o Plantão Psicológico e suas práticas e desafios na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa foi realizada através de revisão de literatura sobre a Atenção Básica, os modelos de atenção à Saúde da Família, a escuta de famílias em domicílio, o Plantão Psicológico e a Abordagem Centrada na Pessoa. O resultado final destacou a abordagem como eficaz no atendimento aos clientes na AB, compreendendo que, em sua simplicidade, as pessoas necessitam de uma relação na qual elas sejam aceitas por meio de habilidades como a

empatia, a consideração positiva incondicional e a congruência e que lhes sejam proporcionadas o amadurecimento pessoal por meio da tendência de auto-atualização. Alcança o seu objetivo quando define que o plantão psicológico constitui um importante instrumento de cuidado para o sistema familiar ao facilitar à pessoa uma melhor compreensão de sua situação imediata, clareando aquilo que necessita, se situando, organizando e evitando o acúmulo de ansiedade, pensando que cada pessoa acolhida e cuidada em sua urgência implica em núcleos familiares saudáveis, considerando o principal objetivo da atenção primária que é a promoção da saúde, e corroborando este pensamento com o conceito de saúde como um perfeito bem estar físico, mental e social.

PALAVRAS-CHAVE: Plantão Psicológico; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Abordagem Centrada na Pessoa.

ON CALL PSYCHOLOGICAL LIKE CARE INSTRUMENT IN PRIMARY CARE: PRACTICES AND CHALLENGES

ABSTRACT: The present work calls into question the differential of the Person-Centered Approach compared to other approaches in the care of families in Primary Care. Its objective sought to understand about psychological care based on ACP for low-income individuals in environments other than traditional clinics. For that, it investigated the functioning of Primary Care and the first care to families and the client-therapist bond in the help relationship, in addition to the facilitating principles that guide the Psychological Duty and their practices and challenges in the

Family Health Strategy. The research was carried out through a literature review on Primary Care, Family Health care models and listening to families at home, as well as on Psychological Duty and Person-Centered Approach. The final result highlighted the approach as effective in serving customers in AB, understanding that, in its simplicity, people need a relationship in which they are accepted through skills such as empathy, unconditional positive consideration and congruence and that they are provided with personal maturity through the trend of self-actualization. It achieves its objective when it defines that the psychological duty is an important care instrument for the family system by facilitating the person a better understanding of his immediate situation, clarifying what he needs, situating himself, organizing and avoiding the accumulation of anxiety, thinking that each person welcomed and cared for in their urgency implies healthy family nuclei, considering the main objective of primary care which is the promotion of health, and corroborating this thought with the concept of health as a perfect physical, mental and social well-being.

KEYWORDS: On call Psychological; Primary Care; Family Health Strategy; Person-Centered Approach.

1 | INTRODUÇÃO

As equipes de Saúde da Família constituem o primeiro passo para a atenção voltada às famílias em seus domicílios. Elas são equipes multiprofissionais que em conjunto com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) trabalham tendo em vista a aproximação dos usuários da Atenção Básica (AB), principalmente por meio das visitas domiciliares. Juntas, elas discutem estratégias e traçam caminhos necessários para o melhor acompanhamento e cuidado das famílias.

O público-alvo é composto, em sua maioria, pela população de baixa renda que busca no serviço o atendimento para todas as especialidades, por isso, a proposta do plantão psicológico na Atenção Básica é oportunizar a esta população o acesso democrático ao serviço de forma gratuita, considerando que enquanto enfrenta a longa espera por uma consulta psicológica sem a certeza do atendimento a mesma submete-se à intensificação do sofrimento psíquico.

Mas, de que forma a Abordagem Centrada na Pessoa pode trabalhar o atendimento terapêutico com a população carente na Atenção Básica? A presente pesquisa parte do pressuposto que a primeira escuta realizada às famílias acontece dentro de seus domicílios pelos Agentes Comunitários de Saúde e produz vínculo não só com estes profissionais, mas com toda a equipe da Estratégia de Saúde da Família. Este vínculo constitui uma ferramenta fundamental para a inserção do atendimento psicológico às famílias, bem como para a relação de ajuda proposta pela ACP.

O objetivo primário desta pesquisa buscou compreender sobre o atendimento psicológico baseado na Abordagem Centrada na Pessoa para indivíduos de baixa renda em outros ambientes além dos consultórios tradicionais. Especificamente, investigou o funcionamento da Atenção Básica e os primeiros cuidados às famílias, bem como os

princípios da ACP e o vínculo cliente-terapeuta na relação de ajuda e, por fim, investigou os princípios facilitadores que norteiam o Plantão Psicológico e suas práticas e desafios na Estratégia de Saúde da Família.

Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura sobre a Atenção Básica, os modelos de atenção à Saúde da Família e a escuta de famílias em domicílio, bem como sobre o Plantão Psicológico e a Abordagem Centrada na Pessoa. O primeiro capítulo apresenta a AB desde a sua fundação até a criação dos Agentes Comunitários de Saúde e, posteriormente, das equipes de Saúde da Família, do NASF e do Programa Mais Médicos. Destaca a Lei Orgânica da Saúde, o processo de regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a evolução do modelo biomédico para o biopsicossocial. O capítulo segundo trata da relação de ajuda na ACP proposta por Carl Rogers, percorrendo do surgimento da abordagem até o Plantão Psicológico. Já o capítulo terceiro discorre sobre as práticas e desafios de se fazer Plantão Psicológico na Estratégia de Saúde da Família, destacando-o como um instrumento de cuidado.

2 | ATENÇÃO BÁSICA E OS CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE

A Atenção Básica compõe um conjunto de ações que visam a promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A nomenclatura foi adotada pelo Ministério da Saúde para definir Atenção Primária à Saúde (APS), um modelo assistencial que surge na década de 1960, seguido por diversos países e que tira o enfoque da medicina curativa e hospitalar tradicional para um trabalho preventivo e coletivo, cujo centro das ações é o próprio território, onde se dá a vida do sujeito (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde surgem a partir da Conferência de Alma-Ata ocorrida em doze de setembro de 1978, na República do Cazaquistão. A Conferência foi realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e manifestou a necessidade de ação urgente de todos os governos e de toda a comunidade mundial para promover saúde aos povos do mundo inteiro. O evento resultou na Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários, destacando-os como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento [...]. (BRASIL, 2002, p.01).

Com base no documento, os cuidados primários em saúde “têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades” (BRASIL, 2002, p.02). A partir daí, o modelo da AB constitui-se de uma rede de ações, políticas e estratégias desenvolvidas para a oferta de atendimento à população, buscando promover a qualidade de vida das pessoas,

bem como intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, baseando-se nos princípios da universalidade – que determina que todo cidadão brasileiro tem direito ao acesso aos serviços de saúde e é dever do Estado assegurar isso, da equidade – cujo objetivo é diminuir as desigualdades, investindo mais onde a carência é maior, partindo do próprio significado da palavra que é tratar desigualmente os desiguais e, por fim, o princípio da integralidade que “pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos” (MATTA, 2007, p. 66).

Além destes princípios, o SUS possui ainda outros organizativos que são: regionalização e hierarquização – que organiza os serviços em níveis crescentes de complexidade conforme os recursos disponíveis de cada região, descentralização e comando único - que descentraliza e redistribui as responsabilidades entre os três níveis de governo e o princípio da participação popular – que garante a participação da sociedade no dia a dia do sistema por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (MATTA, 2007).

Um serviço anterior semelhante foi o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desenvolvido a partir dos anos 40, que era influenciado pela medicina preventiva norte americana e desenvolvia, dentre outros serviços, campanhas sanitárias e assistência domiciliar (FONSECA, 2001). Agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos compunham as equipes.

A partir dos anos 60, a medicina comunitária começa a fazer parte dos programas de formação médica e o foco sobre os processos de adoecimento vai, aos poucos, sendo transferido para a relação entre o estado de saúde e as condições de vida do sujeito.

Estas primeiras experiências ganham visibilidade e em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, que estabeleceu o lema “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo de assistência pública implantado no início dos anos 90, que tem por base os princípios da universalidade, equidade e integralidade (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

Em 1994 cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), baseado no Programa de Médicos de Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (RJ), influenciado pelo modelo cubano de medicina familiar.

O Programa de Médicos de Família sofreu influência direta do modelo cubano de medicina familiar, que foi efetivada por meio de um processo de colaboração entre técnicos cubanos e fluminenses visando a adaptação da experiência daquele país à realidade sócio-político-cultural do município brasileiro, considerando também os princípios e as diretrizes do SUS (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p. 82).

As equipes constituíam-se de um médico generalista e um auxiliar de enfermagem. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não foram integrados a essa experiência (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). Eles surgem no início dos anos 90 com o Programa

de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído e regulamentado em 1997.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local (Brasil, 2002, p. 01).

As principais atribuições do ACS são: cadastrar e manter atualizado o cadastro de todas as pessoas de sua microárea; acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e dos agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente em relação àquelas em situação de risco (BRASIL, 2012).

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como aquelas associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes etc. (BRASIL, 2009, p. 24).

A partir da criação das equipes de Saúde da Família, posteriormente criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 e regulamentado em 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com o objetivo de “oferecer apoio às ações desenvolvidas pelas ESFs, além de ampliar a abrangência dessas ações segundo os princípios da territorialização e da regionalização” (GONSALVES et al, 2015, p. 61).

Estes primeiros passos para a atenção voltada às famílias em seus domicílios somaram-se ao Programa Mais Médicos (PMM), criado em julho de 2013 por meio de Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013, convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, após intenso debate junto à sociedade. À época, a proporção de médicos por habitante no Brasil era significativamente inferior à necessidade da população e do SUS (BRASIL, 2013).

Todos estes programas trabalham em conjunto, tendo em vista a aproximação dos usuários da Atenção Básica, principalmente por meio das visitas domiciliares e juntas discutem estratégias e traçam caminhos necessário para o melhor acompanhamento e cuidado das famílias (FAUSTO; MATTA, 2007).

Segundo Corbo *et al* (2013), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e a aproximação da equipe de saúde com o usuário e sua família configura seu principal distintivo, um vínculo de confiança que garante com que muitos problemas sejam resolvidos na Atenção Básica, sem a necessidade de intervenção da média e alta complexidade (CORBO, 2007).

A equipe multiprofissional é formada por: médico generalista ou especialista em

saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes compostas por Saúde Bucal, contém ainda o cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e o auxiliar ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Cada equipe é responsável pelo cuidado de, em média, 4.000 pessoas cadastradas em sua área de abrangência e dentre suas principais atividades constam a territorialização e planejamento local de saúde, as visitas domiciliares e as ações de educação permanente. A equipe precisa conhecer a realidade das famílias e identificar os problemas de saúde e as situações de risco às quais estão expostas para, a partir daí, prestar assistência integral e promover saúde por meio da educação sanitária (BRASIL, 2011).

Em 19 de setembro de 1990 o Congresso Nacional decreta e sanciona a Lei 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (BRASIL, 1990, p.01) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Em 10 de outubro de 2016 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de saúde:

Vai além da mera ausência de doenças. Na verdade, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa. Diversos fatores podem colocar em risco a saúde mental dos indivíduos; entre eles, rápidas mudanças sociais, condições de trabalho estressantes, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, violência e violação dos direitos humanos (OPAS, 2016, p. 01).

Com base neste conceito, a saúde é determinada por fatores diversos, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação e lazer. Esta concepção parte da teoria desenvolvida por Hipócrates que entende a saúde como homeostase, isto é, resulta do equilíbrio entre o homem e seu meio. (BATISTELLA, 2003).

Hipócrates chamará de 'endêmicas' aquelas doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre os habitantes de uma comunidade, e de 'epidemia' o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população. Ele atribui como fatores responsáveis pela endemicidade local o clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação terá um importante aspecto prático, conduzindo e orientando as atitudes e a organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças por ocasião da conquista de novos territórios ao Leste e Oeste. Datam daí os primeiros contratos de médicos municipais, que em comunidades maiores deixavam de exercer seu ofício de forma itinerante. Além das práticas curativas, esses médicos já atuavam no sentido da preservação da harmonia e do equilíbrio entre os elementos constituintes do corpo humano. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo ideal de vida, em que nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais (BATISTELLA, 2003, p. 32).

Portanto, verifica-se uma nova forma de fazer saúde que ressignifica o modelo biomédico, cujo método era saúde-doença-cura, para o modelo biopsicossocial, com a visão do tratar-cuidar, cujas propostas rompem com a medicina curativa e passam a cuidar do sujeito mediante sua integridade com o ambiente em que vive.

Neste capítulo, foi apresentada a Atenção Básica, perpassando pela criação da Estratégia de Saúde da Família, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e do Programa Mais Médico, pontuando as ações de cuidados primários à saúde. O capítulo seguinte discorrerá sobre como acontece a relação de ajuda na Abordagem Centrada na Pessoa.

3 I A RELAÇÃO DE AJUDA NA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA (ACP)

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) nasce a partir das ideias do psicólogo norte americano Carl Rogers (1902-1987) na década de 1940, com o nome de Psicoterapia Não Diretiva ou Aconselhamento Não Diretivo. Posteriormente, com os novos olhares que Rogers direciona ao seu trabalho, passa a denominá-la de Terapia Centrada no Cliente, Ensino Centrado no Aluno, Liderança Centrada no Grupo e, por fim, Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), que se estabelece apenas em 1977, com a publicação de Sobre o poder pessoal., tornando, para ele, a denominação mais adequada para designar a sua teoria (MOREIRA, 2010).

A ideia parte do seu trabalho clínico com crianças, quando observa nelas um potencial positivo de desenvolvimento. Esta observação torna-se o centro de todo o seu pensamento e ganha notoriedade quando em 1961 publica Tornar-se pessoa, obra que lhe trouxe reconhecimento. Para o autor, o trabalho havia sido direcionado a psicoterapeutas, mas descobre com a receptividade e milhões de cópias vendidas que escrevia para pessoas: “estava escrevendo para pessoas — enfermeiras, donas de casa, pessoas do mundo dos negócios, padres, ministros, professores, juventude” (ROGERS, 2001, p.3).

Até aquele momento, prevalecia o modelo da psicanálise freudiana onde a cura se dava por meio de uma relação que frustrava o paciente e este é quem deveria aceitar as verdades do analista. Em contraposição, Rogers defende que as pessoas necessitam de uma relação na qual elas são aceitas por meio de habilidades como a empatia e a consideração positiva incondicional (ROGERS, 2001).

Antes da década de 30, a prática da psicoterapia era atribuição exclusiva dos médicos psicanalistas. Neste momento, Rogers inicia seu trabalho como psicoterapeuta, denominando-o de Aconselhamento Não-Diretivo. Tassinari utiliza a concepção de Schmidt (1987) para explicar o Aconselhamento como “a relação de duas ou mais pessoas voltadas para a consideração atenta, respeitosa e prudente de algo que é vital para uma ou várias delas” (TASSINARI, 2003, p. 44). O psicodiagnóstico constituiu o instrumento determinante da prática de Aconselhamento até meados do século XX. Schmidt (1987) afirma que:

[...] os psicólogos contavam com um “poderoso” arsenal de instrumentos de medida e avaliação de aspectos intelectuais, cognitivos e emocionais da personalidade, porém careciam de instrumentos efetivos para tratamento psicológico. Sabiam do que se tratava, mas não sabiam como tratar (SCHMIDT, 1987, p. 16).

Para Pinto (2010), o principal distintivo entre a ACP e as demais abordagens é justamente a ausência de técnicas. A ACP apoia na visão de que a melhor maneira de ajudar alguém é acreditar na sua condição natural de se direcionar no caminho de sua própria necessidade e que todo organismo é movido por uma tendência inerente para desenvolver todas as suas potencialidades facilitando assim, condições ideais às pessoas, fazendo com que elas entrem em contato consigo mesmas e encontrem suas próprias respostas, ao terapeuta cabe apenas facilitar através de determinada postura para que a pessoa possa buscar em si própria o seu caminho e suas respostas (PINTO, 2010).

A essa tendência, a ACP denomina tendência de atualização e, juntamente com a compreensão empática, a congruência e a consideração incondicional positiva forma os princípios facilitadores da abordagem. Conforme explica Pinto (2010), toda pessoa possui uma capacidade natural de se autodirigir porque todo organismo tem a tendência de atualização.

No decorrer da vida, motivos diversos fazem com que as pessoas se distanciam daquilo que é o melhor para si, ainda assim, a tendência atualizante continua o seu ciclo. A tendência inata para desenvolver todas as capacidades destinadas a manter ou melhorar seu organismo é postulado básico da terapia centrada no cliente. Quando é propiciado às pessoas as condições facilitadoras para que elas se autodirijam, tendem a buscar a harmonia interna e, conseqüentemente, com o seu meio (PINTO, 2010).

A compreensão empática consiste na capacidade do psicoterapeuta se colocar no lugar do outro, se aproximando ao máximo da forma como o outro se enxerga ou se sente a partir do seu contexto e olhar a pessoa através do seu olhar sem, no entanto, ser a pessoa (PINTO, 2010).

Quando consigo ter de fato a compreensão empática, naturalmente coloco os meus valores de lado para estar focado no mundo interior do outro, livre dos meus conceitos, preconceitos, valores e crenças pessoais. É nessa pessoa, única, diferente de mim e de todas as outras, que eu consigo me sintonizar, compreendo-a a partir dela, para e com ela (PINTO, 2010, p. 70).

Sobre a congruência, Rogers descobriu em seus experimentos que tão importante quanto compreender o outro é ter a capacidade de se expressar de forma verdadeira na relação. Congruência nesse sentido significa a capacidade do psicoterapeuta ser autêntico em relação aos seus sentimentos. Para Pinto (2010), é importante que o psicoterapeuta diga o que sente, deixando claro, contudo, que é a sua percepção e não a verdade absoluta ou inconsciente do outro (PINTO, 2010).

Quanto à consideração incondicional positiva, Pinto (2010) a define como a

capacidade de considerar e aceitar o outro com seus pensamentos, sentimentos e atitudes, independentes de quais sejam. Para o autor, as verdades são relativas e as minhas verdades servem apenas para mim (PINTO, 2010).

Quando o terapeuta está experienciando uma atitude calorosa, positiva e de aceitação para com aquilo que está no seu cliente, isto facilita a mudança. Isto implica que o terapeuta esteja realmente pronto para aceitar o cliente, seja o que for que esteja sentindo no momento – medo, confusão, desgosto, orgulho, cólera, ódio, amor, coragem, admiração. Isto quer dizer que o terapeuta se preocupa com o seu cliente de uma forma não possessiva, que o aprecia mais na sua totalidade do que de uma forma condicional, que não se contenta com aceitar simplesmente o seu cliente quando este segue determinados caminhos e desaprová-lo quando segue outros (ROGERS, 1961, p.21).

Pinto (2010) afirma que para estar na relação de ajuda, o psicoterapeuta centrado na pessoa não utiliza estes princípios de forma separada ou pensada, mas de forma natural. Isto se dá quando o terapeuta entra na relação por inteiro, sem se preocupar com a teoria. Por sua vez, Rogers classifica a relação de ajuda como:

[...] uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. O outro, nesse sentido, pode ser quer um indivíduo, quer um grupo (ROGERS, 2001, p. 26).

Nesta relação de ajuda, Tassinari sustenta que o maior desafio da ACP é deixar o mapa, que são as teorias, lá fora e andar no terreno desconhecido do mundo do outro sem mapa nenhum para não o dirigir, embora estes mapas sejam fundamentais e devemos tê-los à disposição para estudar e compreender o processo, sendo prejudicial apenas quando fica entre terapeuta e cliente, pois torna-se uma barreira que atrapalha o processo (TASSINARI, 2003).

Este capítulo discorreu sobre a relação de ajuda na ACP, compreendendo que o Aconselhamento sob a perspectiva não diretiva se caracteriza por ter uma concepção do potencial positivo do ser humano, pelo conselheiro dar apenas as condições para que o cliente possa desenvolver este potencial, visto que ele é um facilitador do processo de exploração e crescimento pessoal do cliente e por entender que o ser humano possui tendência para reorganização, considerando que somente o olhar do outro sem valorizar as próprias experiências leva o sujeito à alienação e desadaptação.

Portanto, na abordagem não diretiva, a maior responsabilidade no direcionamento do processo é do cliente e neste processo, a pessoa está acima do problema e seus conteúdos emocionais são mais importantes que os factuais ou intelectuais, pois o objetivo é proporcionar amadurecimento pessoal. No capítulo seguinte, serão discutidas as práticas e desafios do Plantão Psicológico na Estratégia de Saúde da Família.

4 | PRÁTICAS E DESAFIOS DO PLANTÃO PSICOLÓGICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O capítulo anterior destacou que a ACP parte do princípio de que a pessoa possui potencialidades para se desenvolver como um indivíduo pleno e propõe uma relação de ajuda entre terapeuta e sujeito. Esta relação é indispensável no atendimento às famílias, conforme apresenta este capítulo, que trata do Plantão Psicológico considerando a relação paciente-terapeuta com base na ACP e, dentro deste processo, compreende a conduta do terapeuta frente aos desafios expostos pela singularidade de cada sujeito, como propunha Carl Rogers, no contexto da ESF.

O Plantão Psicológico chegou a ser pronunciado em documento oficial do Conselho Federal de Psicologia, que o classificou como uma técnica alternativa emergente e distinta, uma proposta inovadora que de certa forma rompe com parâmetros já estabelecidos (MAHFOUD, 1999). Na tese *A Clínica da Urgência Psicológica: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos*, Márcia Tassinari apresenta o serviço como:

[...] um tipo de atendimento psicológico que se completa em si mesmo, realizado em uma ou mais consultas sem duração predeterminada, objetivando receber qualquer pessoa no momento exato (ou quase exato) de sua necessidade, para ajudá-la a compreender melhor sua emergência e, se necessário, encaminhá-la a outros Serviços (TASSINARI, 2003, p. 11).

A proposta inicial para o Plantão Psicológico no Brasil surge em 1969 pelo Serviço de Acolhimento Psicológico da Universidade de São Paulo, tendo a obra *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa* como a primeira publicação que ocorre no final da década de oitenta por Rachel Lea Rosenberg (TASSINARI, 2003).

Este serviço chega ao país no momento de inserção da Psicologia Humanista, um movimento que surgiu nos Estados Unidos, nos anos quarenta, liderado por teóricos, pensadores e filósofos e teve como principal representante o norte americano Carl Ransom Rogers, em cujas ideias o Plantão Psicológico se baseia para o seu pensar e fazer (TASSINARI, 2003).

A principal obra que repercutiu o trabalho de Rogers para além dos Estados Unidos foi *Terapia Centrada no Cliente*, escrita entre os anos quarenta e cinquenta. Baseando-se nesta teoria, o plantão psicológico se consolida no Brasil nas universidades e em clínicas escolas, onde estagiários supervisionados por professores orientadores atendem à população (TASSINARI, 2003).

A palavra Plantão está associada ao termo francês *planton*, utilizado para designar uma planta jovem, bem como do verbo latino *plantare*, que significa plantar e ficar aguardando. Enquanto serviço, Plantão foi referido como um soldado que fica plantado em um lugar, ao que Tassinari (2003) remete a estar disponível, aguardando. Para a autora, a ideia do Plantão Psicológico lembra uma planta que quando bem plantada se desenvolve e cresce. Rosélia Paparelli (2005) conceitua o Plantão Psicológico da seguinte forma:

O termo Plantão está associado a alguns tipos de serviço nos quais profissionais colocam-se em disponibilidade para receber qualquer tipo de demanda, em períodos de tempo determinado e sem interrupções. Estar em plantão psicológico significa estar preparado para receber a demanda não conhecida, não controlada, às vezes inusitada, e deste pedido, orientado por um corpo teórico que instrumentaliza uma técnica, acolher a demanda e proceder sua compreensão (PAPARELLI, 2005, p. 51).

Fundamentado na ACP, o Plantão Psicológico é uma aplicação dessa abordagem, conforme afirma Tassinari (2003). O serviço é “exercido por psicólogos que ficam à disposição das pessoas que procuram espontaneamente o Serviço, em local, dias e horários preestabelecidos” (TASSINARI, 2003, p.11).

Inspirado nas experiências da Dra. Rosemberg, Henriette Morato (1999) escreve “Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios”, onde destaca o Plantão como “uma sombra para o caminhante do deserto da vida, para que ele possa se recuperar, encontrar abrigo e continuar a sua viagem” (MORATO, 1999, p. 13). Além das universidades, o serviço foi, aos poucos, sendo inserido em diversas outras instituições como escolas e hospitais.

O objetivo do Plantão é que as pessoas que procuram o serviço sejam prontamente atendidas, sem a necessidade de triagem ou entrar em fila de espera, podendo retornar até três vezes, conforme a demanda. O tempo da sessão também depende do sujeito, sendo uma média de cinquenta minutos. Estas características o definem como um serviço de urgência psicológica (TASSINARI, 2003).

Tassinari explica que a expressão urgência psicológica foi escolhida para “minimizar o viés psicopatologizante, orientando essa clínica para a promoção da saúde sob qualquer circunstância” (TASSINARI, 2003, p.12). Por isso, ao estimular o cuidado da pessoa consigo mesma, o Plantão Psicológico promove saúde por meio da prevenção primária.

Tassinari (2003) defende que o encaminhamento da pessoa para a psicoterapia, para outros Serviços ou especialidades são objetivos secundários e não deve ocupar a atenção principal do plantonista. De acordo com a autora, o propósito principal da modalidade é facilitar à pessoa uma melhor compreensão de sua situação imediata, clareando aquilo que necessita, se situando, organizando e evitando, assim, o acúmulo de ansiedade (TASSINARI, 2002).

A tese de Tassinari convida seus leitores a repensarem outras modalidades de acompanhamento psicológico para além do consultório e oferece a clínica da urgência psicológica como possibilidade de inserção da Psicologia na comunidade, sugerindo que seus profissionais sejam agentes sociais de mudança e promoção da saúde (TASSINARI, 2003).

A partir dos anos 2000 o Plantão foi, aos poucos, sendo inserido na Atenção Básica e de acordo com Aline Vilhena Lisboa et al (2011), esta importante ferramenta compreende uma via para o tratamento e cura das doenças mentais e somáticas. Lisboa afirma que o

domicílio é um lugar de conflitos e situações de risco e que a escuta e o acolhimento neste ambiente representam uma ação eficaz na Atenção Básica (LISBOA, 2011).

Predominantemente exercida em consultórios particulares, a Psicoterapia foi por muito tempo um serviço distante das demandas sociais, somente a partir da década de setenta a Psicologia começa a abrir espaço e ofertar atuação profissional em ambulatórios sociais, contribuindo, assim, com a população carente. Sobre o Plantão Psicológico na Atenção Primária, Tassinari (2003) afirma que:

Nesse sentido, entendemos o Serviço de Plantão Psicológico como uma atividade de promoção da saúde [...] Acreditamos que ser atendida no momento de sua necessidade, por iniciativa própria, estimula o cuidado consigo mesma, atingindo, assim, os objetivos da prevenção primária (TASSINARI, 2003, p.12).

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, em 2008 significa um importante passo para a inserção do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. Ele constitui parte de uma equipe multiprofissional cujo principal desafio é promover diálogos necessários à melhoria do acolhimento e acompanhamento dos usuários (LISBOA, 2011).

As formas de organização do cuidado à saúde na Atenção Básica referem que o estado de saúde das pessoas expressa uma relação direta com suas condições de vida, caracterizando saúde como um perfeito bem-estar físico, mental e social, assim, ao prestar os primeiros cuidados ao sujeito, a Atenção Básica não se limita a olhar para a patologia (FIOCRUZ, 2012).

Neste capítulo compreendemos que o Plantão Psicológico no contexto da Estratégia de Saúde da Família representa uma importante ferramenta de cuidado não somente para o usuário, mas para todo o núcleo familiar, considerando a convivência entre os membros no processo de adoecimento e cura do sujeito. Os desafios apontados para a prática podem ser organizados a partir dos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, em conformidade com as diretrizes da Atenção Primária à Saúde e o cuidado da população no ambiente em que ela vive.

Para a ESF (2012) importa um processo de escuta em que o sistema familiar seja considerado, entendendo que em grande parte dos casos de doenças psicossomáticas ou outros transtornos é na família que se dá pontos importantes de origem das patologias. Portanto, uma atenção psicossocial voltada para este núcleo compreende a prevenção de fatores que colaboram com o desencadeamento de doenças do grupo.

A psicoterapia ainda é considerada um serviço utilizado onde apenas as pessoas de classes sociais média alta e alta tem acesso, enquanto a população pobre depende unicamente do serviço público com a ausência de profissionais suficiente para atender a todas as demandas. Desta forma, a classe pobre, enquanto enfrenta a longa espera por uma consulta psicológica, sem a certeza do atendimento, submete-se à intensificação do sofrimento psíquico. O Plantão Psicológico na ESF também propõe desmistificar essa

ideia, enquanto oportuniza à referida população o acesso democrático ao serviço de forma gratuita.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a Atenção Básica como a porta de entrada para os serviços de saúde e o vínculo estabelecido entre as famílias e as equipes multiprofissionais, considerando, principalmente, a relação de confiança entre eles e apresentando também o conceito de saúde como um perfeito bem-estar físico, mental e social, esta pesquisa alcança o seu principal objetivo que buscou compreender o atendimento psicológico baseado na Abordagem Centrada na Pessoa como um instrumento de cuidado na AB.

Investigando o seu funcionamento e os primeiros cuidados às famílias, referindo-os à relação de ajuda e aos princípios da ACP bem como o vínculo cliente-terapeuta, a presente pesquisa destacou a abordagem como eficaz no atendimento aos clientes na AB, compreendendo que, em sua simplicidade, as pessoas necessitam de uma relação na qual elas sejam aceitas por meio de habilidades como a empatia, a consideração positiva incondicional e a congruência e que lhes sejam proporcionadas o amadurecimento pessoal por meio da tendência de auto atualização.

Desta forma, considerando o principal objetivo da atenção primária que é a promoção da saúde, o plantão psicológico constitui um importante instrumento de cuidado para o sistema familiar ao facilitar à pessoa uma melhor compreensão de sua situação imediata, clareando aquilo que necessita, se situando, organizando e evitando o acúmulo de ansiedade, pensando que cada pessoa cuidada implica em núcleos familiares saudáveis.

REFERÊNCIAS

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Constituição (2012). **Política Nacional de Atenção Básica**. v. 159. 2009.

..... Constituição (2009). **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília DF, 2009.

..... Constituição (2013). **Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013**. Brasília, DF, out. 2013.

..... Constituição (2011). **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Brasília DF, out. 2011.

CORBO, Anamaria *D'Andrea*; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONSECA, Cristina Oliveira. **As campanhas sanitárias e o ministério da saúde (1953-1990)**. Rio de Janeiro: Bio-Manguinhos, Editora Fiocruz, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a 188ª prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GONSALVE, Rita Maria de Abreu; LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal; CORNONE, Nicole Guimarães; BARROS, Juliana de Oliveira. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 40 n.131. p. 59-74, 2015.

LISBOA, Aline Vilhena. Escuta de Famílias em Domicílio: Ação do Psicólogo na Estratégia de Saúde. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília. vol.31 no.4. p.1-8. agosto. 2011.

MAHFOUD, Miguel. **Plantão Psicológico**: novos horizontes. São Paulo, Companhia Ilimitada, 1999.

MATTA, Gustavo Corrêa; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Atenção Primária à Saúde**: histórico e perspectivas. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

..... **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados**. 06/02/2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acessado em 07.set.2020.

MORATO, Henriette Tognetti Penha. **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**: novos desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

MOREIRA, Virgínia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Revista Estudos em Psicologia**. Campinas. V 27. n.4. p.1-13. dez. 2010.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. **OPAS/OMS apoia governo no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**, 10 de outubro de 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839. Acessado em 07.set.2020.

PAPARELLI, Rosélia Bezerra. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília. v.27 n.1. p.1-128. mar. 2007.

PINTO, Marcos Alberto da Silva. **Praticando a abordagem centrada na pessoa**: dúvidas e perguntas mais frequentes. São Paulo: Carrenho Editorial, 2010.

ROGERS, Carl Ransom. **Terapia centrada no cliente**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

..... **Tornar-se pessoa**. São Paulo: ed Martins Fontes, 2001.

ROSENBERG, Rachel Lea. **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**. São Paulo, E.P.U. 1987.

SCHMIDT, Maria Luiza Sandoval; ROSEMBERG, Léa Rachel. **Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa**. Temas Básicos de Psicologia. São Paulo: EPU. 1987.

TASSINARI, Marcia Alves. **A clínica da urgência psicológica**: contribuições da Abordagem Centrada na Pessoa e da Teoria do Caos. 2003. 243 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem centrada na pessoa 14, 15, 16, 20, 23, 25, 26, 27, 28

Alimentação complementar saudável 90, 91, 93

C

Câncer do colo uterino 29, 32

Centro cirúrgico 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47

Cirurgia segura 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47

Consultório na rua 49, 50, 51

D

Dengue 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 89

Disfunções estéticas 122, 125, 126, 127, 132

Doenças ocupacionais 4, 6, 7, 10, 11

E

Epidemiologia 33, 70, 71, 78, 79, 80, 85, 99, 107, 110, 112, 121

Esporotricose humana 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109

Exame citopatológico 13, 30, 117, 118, 119

F

Febre amarela 72, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 87, 88

H

Hanseníase 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

M

Medicina preventiva 17, 78

Método de regressão linear 110, 112, 115

Microagulhamento 122, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132

N

NASF 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 25, 27, 92

Notificações de infecção por sífilis 110

P

Pequenos agricultores 96, 97

Perfil epidemiológico 99, 101, 109

Planificação da atenção à saúde 1, 2

PlanificaSUS 1, 2, 3

Plantão psicológico 14, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Promoção à saúde 4, 10, 101

R

Redes de atenção à saúde 1, 2

S

Saúde coletiva 12, 13, 60, 122, 133

Saúde do idoso 2, 49, 53, 58

Saúde do trabalhador 4, 5, 7, 11, 12, 13

Saúde pública 1, 9, 12, 13, 17, 33, 35, 38, 39, 43, 61, 64, 70, 71, 77, 78, 87, 88, 89, 91, 99, 100, 101, 103, 108, 109, 116, 117, 133

Sistema Único de Saúde 2, 5, 16, 17, 18, 27, 61, 64, 91, 103, 118

T

Transtorno mental 49

V





Vigilância sanitária 47, 96, 97, 98, 107

Z

Zoonoses 78, 99, 100

SAÚDE COLETIVA:

Face a face com a interdisciplinaridade

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br





2

 **Atena**
Editora
Ano 2021

SAÚDE COLETIVA:

Face a face com a interdisciplinaridade

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Atena
Editora
Ano 2021