



Análise Crítica das Ciências da Saúde 2

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2019

60
B/MIN

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Análise Crítica das Ciências da Saúde 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. 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.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof.^a Dr.^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Dr.^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof.^a Dr.^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof.^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A532	Análise crítica das ciências da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Análise Crítica das Ciências da Saúde; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-338-5 DOI 10.22533/at.ed.385192305 1. Farmacologia – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 615.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O segundo volume da coleção “Análise Crítica das Ciências da Saúde” possui vinte e oito capítulos estruturados em dois contextos diferentes, mas que são intrínsecos e se correlacionam diretamente. Os mecanismos de saúde pública e seus estudos jamais estarão desconectados da área do ensino em saúde, assim congregamos neste volume temáticas que transitam nessas duas grandes áreas, analisando com perspicácia e de forma crítica cada trabalho.

Com enfoque direcionado ao processo saúde-doença, ensino desenvolvimental, primeiros socorros, validação e desenvolvimento de protocolos, práticas integrativas, saúde do trabalhador, aleitamento materno, saneamento básico, fatores sócio-econômicos, divulgação e ensino em saúde a obra apresenta dados substanciais de informações que ampliarão o conhecimento do leitor e que contribuirão com a formação e possíveis avanços nos estudos correlacionados às temáticas abordadas.

Pelas novas diretrizes curriculares, os cursos na área da saúde têm como finalidade geral: “Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades”. Visando Alcançar esse contexto essa obra se torna relevante e fundamental no sentido de discutir saúde pública e suas diversas ramificações atuais.

Finalmente destacamos que tanto este segundo volume quanto o primeiro desta obra intitulada “Análise Crítica das Ciências da Saúde” é significativa e atua, mérito de inúmeros profissionais que estimulam a ciência no nosso país assim como da Atena Editora que fomenta a cada novo livro a possibilidade de produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Desejamos que este contexto possa ser transformado a cada dia, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	
Maria Alice Gadelha Maciel da Nóbrega Camila Rayana Ângelo de Figueiredo Luanna Helena Baracuhly Sodré de Mello Maria Tereza Dantas de Oliveira Moreira Layza de Souza Chaves Deininger	
DOI 10.22533/at.ed.3851923051	
CAPÍTULO 2	7
BREVE ESTUDO ACERCA DA SOCIOLOGIA DE PIERRE BOURDIEU E SUAS IMPLICAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE E NO ENSINO DE GRADUAÇÃO	
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues Edilce Menezes dos Anjos Nascimento Roseane Braga Lobo Raimunda Nery Marques Holanda. Shellsy Anne Aquino Gabriel Vieira de Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.3851923052	
CAPÍTULO 3	21
ATIVIDADE DE JOGO NA EDUCAÇÃO FÍSICA SOB UMA PERSPECTIVA DE ENSINO DESENVOLVIMENTAL	
Giseli Paes Rech Matuchaki Renato Porto de Borba Maria Cleusa Freitas Sérgio	
DOI 10.22533/at.ed.3851923053	
CAPÍTULO 4	24
CONHECIMENTO DOS CUIDADORES DE IDOSOS SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE QUEDA: REVISÃO DA LITERATURA	
Danielle Auxiliadora Malheiros Jocilene de Carvalho Miraveti	
DOI 10.22533/at.ed.3851923054	
CAPÍTULO 5	32
CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	
Suely Alves Fonseca Costa Allison Scholler de Castro Villas Boas Sarah Tavares Monteiro	
DOI 10.22533/at.ed.3851923055	

CAPÍTULO 6	42
VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA	
Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida Isabela Tramontini Benevenuto Greicy César do Amaral	
DOI 10.22533/at.ed.3851923056	
CAPÍTULO 7	48
DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL CARTEIRINHA DIGITAL PARA GESTÃO E CONTROLE DE VACINAS EM ADULTOS	
Bauer Danylo do Nascimento Maciel Sílvia Cristina Nunezz Mardoqueu Martins da Costa	
DOI 10.22533/at.ed.3851923057	
CAPÍTULO 8	65
DIÁLOGO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE MICHEL FOUCAULT NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL	
Naiana Alves Oliveira Viviane Ribeiro Pereira Clarissa de Souza Cardoso Valéria Cristina Christello Coimbra	
DOI 10.22533/at.ed.3851923058	
CAPÍTULO 9	73
MADRINHA QUERIDA – UMA VIDA DEDICADA AO PRÓXIMO E A FÉ	
Daniella de Souza Barbosa Sandra Fernandes Pereira de Mélo Marcella Belmont da Costa Taliny Zubisarranya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias	
DOI 10.22533/at.ed.3851923059	
CAPÍTULO 10	79
O SABER MÉDICO SOB A ÓPTICA DO CUIDADO	
Douglas Carlos Tuni Aline Martinelli Piccinini Michele Cristina Minozzo dos Anjos	
DOI 10.22533/at.ed.38519230510	
CAPÍTULO 11	85
PRIMEIRO CICLO DE EVENTOS DA LIGA ACADÊMICA INTERDISCIPLINAR DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (LIRAD) NA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (FURB)	
Isabella de Miranda Meurer Maria Eduarda Minatti Barbara Spengler Machado Heloise Buss Fernando Cezar Tiepo Filho Rodrigo Rodacki Maíra Otaviano Furlan João Guilherme Brasil Valim João Eduardo Hennings Hunzicker	

CAPÍTULO 12 89

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO RURAL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Marcio Rossato Badke
Márcia Vaz Ribeiro
Vera Lucia Freitag
Caroline Ciliane Ceretta
Indiara Massuquini Fonseca
Elisa Vanessa Heisler
Maria Denise Schimith
Sílvia Maria Alves Caldeira

DOI 10.22533/at.ed.38519230512

CAPÍTULO 13 103

**REFORMA AGRÁRIA E A LUTA PELA VIDA: VIVÊNCIAS EM UM ACAMPAMENTO
MST**

Cindy Nogueira Moura
Everton Alves Olegário
Lucineide Alves Vieira Braga
Maria Djair Dias

DOI 10.22533/at.ed.38519230513

CAPÍTULO 14 108

SABERES CIRCENSES: A ARTE NA EDUCAÇÃO FÍSICA

José Francisco Baroni Silveira
Antônio Camilo Teles Nascimento Cunha

DOI 10.22533/at.ed.38519230514

CAPÍTULO 15 114

**TRABALHO DOCENTE NO ENSINO MÉDIO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO
PROFESSOR**

Cawana da Silva do Nascimento
Grace Gotelip Cabral
Paulo Roberto de Lima Mendes

DOI 10.22533/at.ed.38519230515

CAPÍTULO 16 125

**ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS DE TRAUMA EM SIMULADO NA GRANDE
JOÃO PESSOA**

Everton Alves Olegário
Cindy Nogueira Moura
Henrique de Oliveira Ribeiro
Leonardo Guimarães da Penha
Yuri Soares Loss

DOI 10.22533/at.ed.38519230516

CAPÍTULO 17 130

CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM
UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: AGRAVOS E
IMPACTOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Bárbara Rodrigues Alves Mesquita
Raquel Soares Pedro
Mariana Crisostomo Custodio
Rômulo Frutuoso Antunes
Marcelo Nery dos Santos Junior
Magda Guimarães de Araujo Faria
Delson Silva
Cristiane Helena Gallasch

DOI 10.22533/at.ed.38519230517

CAPÍTULO 18 141

ALEITAMENTO MATERNO E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES
DE DOIS ANOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC

Vanessa Fátima Felício
Ana Paula de Abreu
Marta Nichelle do Amaral

DOI 10.22533/at.ed.38519230518

CAPÍTULO 19 154

SENTIMENTOS SÃO SEMPRE UMA SURPRESA: RELATO DE TRANSEXUAIS
ACERCA DO PROCESSO DE TRANSEXUALIZAÇÃO

Helena Ribeiro Hammes
Mariana Fonseca Laroque

DOI 10.22533/at.ed.38519230519

CAPÍTULO 20 159

DIFICULDADES NO SANEAMENTO BÁSICO EM CIDADES DESENVOLVIDAS
SOBRE ÁREAS DE VÁRZEAS: ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE AFUÁ - PA

Ana Patrícia Dias da Cunha Nepomuceno
Luiz Sergio Vanzela
Joésio Rodrigues da Silva

DOI 10.22533/at.ed.38519230520

CAPÍTULO 21 176

ERROS DE PRECRIAÇÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE

Álef Lamark Alves Bezerra
Ednan Cardoso de Sousa
Gabriel Mendonça Diniz Lima
David Henrique Vieira Vilaca
Ricardo Montenegro Nóbrega De Pontes
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.38519230521

CAPÍTULO 22 182

SITUAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FRENTE AS LEIS TRABALHISTAS

Álef Lamark Alves Bezerra
Ariel Patrick Alves Bezerra
Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes
Francisco Ramos de Brito

DOI 10.22533/at.ed.38519230522

CAPÍTULO 23 188

**MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA NO CENÁRIO DAS EMERGÊNCIAS
PSIQUIÁTRICAS**

Maria Juliana de Arruda Queiroga
Débora Costa Marques
Ianny de Almeida Santiago
Eveline de Almeida Silva Abrantes

DOI 10.22533/at.ed.38519230523

CAPÍTULO 24 200

**ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: OFICINAS DE ORIENTAÇÃO
EM DISPOSITIVOS SOCIAIS EM MUNICÍPIO DE REGIÃO FRONTEIRIZA
BRASILEIRA**

Gladys Amélia Velez Benito
Roberth Steven Gutiérrez Murillo
Derlis Gustavo Adolfo Duarte Zoilán
Michael Alberto Gutiérrez Sánchez

DOI 10.22533/at.ed.38519230524

CAPÍTULO 25 213

**OS FATORES SOCIOECONÔMICOS DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO
DE CHAPECÓ (SC), NO PERÍODO DE 1996 A 2013**

Jéssica Tozatti
Patrícia Pereira de Oliveira
Lucimare Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.38519230525

CAPÍTULO 26 220

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS E FATORES ASSOCIADOS EM
MULHERES RESIDENTES EM CHAPECÓ-SC**

Mariana Martins De Moraes
Patrícia Pereira De Oliveira
Lucimare Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.38519230526

CAPÍTULO 27 233

REGISTROS DE ENFERMAGEM NO FATURAMENTO HOSPITALAR PÚBLICO

Ellen Souza Ribeiro
Ana Lígia Barbosa Messias
Fernando Roberto Dörnte
Flávia Rosana Rodrigues Siqueira
Mônia Alves Mendes de Souza
Minoru German Higa Júnior

DOI 10.22533/at.ed.38519230527

CAPÍTULO 28 240

**SAÚDE DO TRABALHADOR: ORGANIZAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES DE
AGRAVOS DE SAÚDE EVIDENTES NO DECORRER DO TRABALHO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE**

Rafaela de Oliveira da Silva
Magda Guimarães de Araujo Faria
Donizete Vago Daher
Regina Lucia Monteiro Henriques
Alex Simões de Mello
Delson Silva

DOI 10.22533/at.ed.38519230528

SOBRE O ORGANIZADOR 251

A IMPORTÂNCIA DO TERRITÓRIO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Maria Alice Gadelha Maciel da Nóbrega

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Camila Rayana Ângelo de Figueiredo

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Luanna Helena Baracuhny Sodré de Mello

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Maria Tereza Dantas de Oliveira Moreira

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

Layza de Souza Chaves Deininger

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa-PB

RESUMO: **Objetivo:** Apresentar as experiências vivenciadas por acadêmicas do curso de Medicina relacionadas à importância do território em saúde na compreensão do processo de saúde-doença. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir de visitas à Unidade de Saúde da Família da Penha em João Pessoa-PB no ano de 2015. **Discussão:** Nas visitas ao território área da Penha, delimitou-se sete microáreas, as quais são marcadas por forte desigualdade social. Percebeu-se a coexistência de condomínios de

luxo, mas também, na sua maioria, de casas com condições inadequadas de moradia, como ausência de saneamento básico, abastecimento irregular de água e energia, e contaminação do rio que abastece a região. Pode-se afirmar que o contraste social e as condições ambientais impróprias são agravantes à saúde e influenciam no acesso ao cuidado e no processo de adoecimento. **Conclusão:** A caracterização do território permite conhecer o contexto socioeconômico, cultural, ambiental e hábitos de vida da comunidade, de modo que é possível identificar grupos vulneráveis e intervir de forma multifatorial no processo de saúde e doença.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública; saúde ambiental; atenção à saúde.

ABSTRACT: **Objective:** To present the experiences undergone by medical students related to the importance of the health area in understanding the health-disease process. **Methodology:** This is a descriptive study, an experience report based on the visits to the Penha Family Unity Health in the city of João Pessoa in the year of 2015. **Discussion:** In the visits to the Penha area, it was delimited seven microareas, which are characterized by strong social inequality. It was noted the coexistence of luxury residences, but also mostly the existence of houses with inappropriate living

conditions, such as lack of basic sanitation, irregular water, and power supplies and the contamination of the river that supplies the region. It can be affirmed that the social divergence and the inappropriate environment conditions are an aggravating factor to the health and affect the care approach and the sickness process. **Conclusion:** The area characterization allows to know the cultural, environmental and socioeconomic context as well as the community living habits in a way that is possible to identify vulnerable groups and interfere in a multifactorial way in the health and sickness process.

KEYWORDS: public health; environmental health; health care

INTRODUÇÃO

A saúde ambiental deve ser prioridade social para a promoção da saúde, sendo de extrema importância o combate às moléstias contagiosas, a proteção de grupos vulneráveis, como crianças, jovens, mulheres e população indígena, bem como a redução dos riscos para a saúde decorrentes da poluição e dos perigos ambientais. Dessa forma, é indispensável implementar o desenvolvimento sustentável e destacar a necessidade da ciência no processo (FREITAS, 2005). O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os seus níveis de saúde, além disso, permite o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade. Utilizam-se práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico e a reorientação dos sistemas de saúde na direção de se afirmar como “espaço da saúde” – e não exclusivamente da atenção à doença –, exigindo um processo de construção social de mudanças que se darão, concomitante e dialeticamente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária (GUSSO e LOPES, 2012). O fortalecimento da base científica de uma ciência orientada para o desenvolvimento sustentável não pode prescindir do fortalecimento da base científica de uma ciência para a saúde coletiva, devendo, combinadas, conformar uma ciência orientada para o desenvolvimento sustentável do ambiente e da saúde coletiva, que deve não só se restringir para busca de soluções para o controle e prevenção de doenças, mas também – principalmente – para a promoção da saúde (FREITAS, 2005). Diante do exposto, é imperioso ressaltar a importância do reconhecimento do território adscrito para o profissional de saúde e, por meio deste, avaliar a influência dos fatores ambientais no processo saúde-doença do usuário, permitindo melhoria nas práticas de saúde, da relação médico-paciente, confirmação e validação de diagnósticos, criação de medidas para a prevenção e promoção da saúde individual e coletiva e o estímulo à participação popular. Diante do exposto, o estudo objetivou apresentar as experiências vivenciadas por acadêmicas do curso de Medicina relacionadas à importância do território em saúde na compreensão do processo de saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado pelas discentes do primeiro período do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, durante o módulo horizontal de Atenção à Saúde I, de agosto a novembro de 2015. As alunas realizaram visitas à Unidade de Saúde da Família (USF) da Penha em João Pessoa, Paraíba, com o intuito de conhecer o território em saúde, as microáreas e o acompanhamento da rotina dos profissionais da USF. Foram observados dentre outros aspectos a caracterização das microáreas, as barreiras de acessibilidade ao atendimento de saúde, a vulnerabilidade de grupos sociais e a influência do estado ambiental do território no processo saúde-doença.

DISCUSSÃO

Nas visitas realizadas ao território-área da Penha, junto com a professora e agente comunitário de saúde (ACS), conseguimos delimitar o território-área da USF Penha em 7 microáreas. A primeira tem 70 famílias, localiza-se no entorno da unidade de saúde, conhecida como 'Penha de cima', tem algumas ruas calçadas, comércios e a maior parte dos equipamentos sociais do território. A microárea 2 possui 79 famílias e acesso pela escadaria da Penha, conhecida como 'Penha de baixo', não tem ruas calçadas, apresenta casas mais simples, lixo espalhado na rua e esgoto a céu aberto. A microárea 3 é a mais populosa, com 150 famílias, localiza-se em Jacarapé, a 7,5km de distância da USF, não tem ruas calçadas, apresenta falta de planejamento das casas, fossas sépticas, abastecimento irregular de água e energia. A microárea 4 possui cerca de 100 famílias, algumas ruas calçadas, está localizada próximo à USF e à escola, possui casas maiores e mais confortáveis. A microárea 5 tem 66 famílias, localiza-se no Seixas, apresenta grande desigualdade social, pois há casas de luxo e casas de taipa, há presença de muitos bares, utilizados como fonte de renda para a maioria da população, que é predominantemente pescadora, a maioria das ruas é calçada, contudo é possível observar lixo acumulado e esgoto a céu aberto em alguns pontos. A microárea 6 tem 112 famílias, localiza-se na Vila do Sol, Vila dos Pescadores e Rio do Cabelo, não possui ruas calçadas, apresenta muitos animais nas ruas e esgoto a céu aberto; em alguns pontos, utilizam a água do Rio do Cabelo, contaminada, para utilização doméstica, visto que não há água encanada, há também casos de etilismo e violência. A microárea 7 tem 75 famílias, agrupa um condomínio de luxo na Praia do Seixas e algumas casas em Jacarapé praia, com poucos moradores e infraestrutura, na maior parte, são pescadores e donos de pequenos bares à beira-mar. Todas essas microáreas apresentam grande contraste social. A desigualdade em saúde pode ser entendida como a diferença no acesso a recursos e a fatores que influenciam a saúde, os quais podem se alterar por circunstâncias e contextos sociais ou por meio de políticas públicas; esse tipo de desigualdade é pensado sob o prisma de grupos sociais em desvantagens, e não indivíduos, sendo a saúde uma

desvantagem adicional a esses grupos menos favorecidos socialmente. Também se pode focalizar a desigualdade em saúde sob a ótica das diferenças na condição de saúde ou na distribuição de seus determinantes entre diferentes grupos populacionais: algumas diferenças são atribuíveis a variações biológicas ou de livre escolha, e outras são atribuíveis ao ambiente externo e condições em geral alheias ao controle dos grupos em questão (SIQUEIRA, 2011). Podemos observar uma enorme carência no tocante ao saneamento básico, pois as microáreas utilizam as fossas sépticas ou tem o esgoto despejado a céu aberto, ou ainda, diretamente no rio, mangue ou mar. Embora se ressalte que, nas microáreas 1, 4, 5 e parte da 6, já houve a instalação da rede de esgoto, entretanto ainda não está em funcionamento. Essa privação de saneamento é o real motivo da preponderante poluição do Rio do Cabelo, pois, além disso, há uma intensa deposição de resíduos de natureza sólida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Saúde Ambiental como “as consequências na saúde da interação entre a população humana e o meio ambiente físico natural e o transformado pelo homem - o social” (RIBEIRO, 2004). Entretanto, é preciso explicitar mais essa área de estudos que tem relação entre saúde e meio ambiente como objeto principal. Saúde ambiental também pode ser entendida como os agravos à saúde devidos a fatores físicos, químicos e biológicos diretamente relacionados à poluição, falta de saneamento básico, esgoto a céu aberto, o que atribui um caráter eminentemente ecológico ao processo saúde-doença. Populações inteiras, em geral as mais pobres, que residem na periferia dos grandes centros urbanos e em outras áreas menos privilegiadas das cidades, vivem em condições inadequadas de moradia, sem acesso aos serviços básicos e expostos a diversos contaminantes ambientais típicos do desenvolvimento, como poluição por produtos químicos e poluição atmosférica. Os problemas ambientais associados ao desenvolvimento econômico e aos problemas sanitários são típicos dos países subdesenvolvidos (MARIOT, 2007). Pode-se afirmar que a relação entre saúde e saneamento não só foi uma das principais precursoras, como atualmente ainda reside no cerne da discussão sobre saúde e meio ambiente (COIMBRA, 2013) Todo território-área da Penha possui rede elétrica. Além disso, foi relatado que os lotes de terra de cada morador foi conquistado por meio de usucapião, ou seja, os residentes ocuparam lotes de outro proprietário há bastante tempo. Foi relatado que a maior parte do destino do lixo é feito por meio de coleta de lixo público com certa frequência. Apesar disso, ainda há uma grande concentração e acúmulo de lixo a céu aberto em todas as microáreas é um agravante, pois, na microárea 6, ocorre queima de lixo em alguns locais. A disposição final e o tratamento adequado dos resíduos sólidos continuam sendo um dos mais importantes problemas ambientais de qualquer centro urbano na atualidade. Sua magnitude se explica não só pelas enormes quantidades produzidas, como pelo constante aumento na produção e destino impróprio para o lixo doméstico e industrial. Outro fator de risco observado é a criação de animais, que podem ser hospedeiros de diversas doenças, como ancilostomíase, toxoplasmose, raiva entre muitas outras. Com a mesma nuance, o cuidado com a água parada é de

extrema importância, pois tal situação pode propiciar um desenvolvimento acelerado de doenças de alta incidência na região, como dengue, chikungunya e zika. Um fator natural que pode colaborar para o risco da população é o aumento do nível do mar, o que oferece uma instabilidade para a segurança dos moradores que residem em regiões à beira-mar e adjacentes a barreiras e encostas. Assim, deve-se analisar o perfil das construções nessas localidades para se entender o medo e a insegurança da população. O perfil epidemiológico do território-área da Penha é caracterizado por muitos casos de verminoses e diarreias, devido ao problema do saneamento básico, característica marcante de todas as microáreas. Além disso, observa-se um grande número de etilismo, hipertensos e grávidas adolescentes, demonstrando uma falta de planejamento familiar nesse território. Assim, a crise do meio ambiente urbano está tendo um impacto na saúde, maior e mais imediato que o esperado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as visitas, podemos constatar os problemas de saúde relacionados às condições e hábitos de vida, contexto socioeconômico e cultural da comunidade, o que permitiu uma aproximação das necessidades da população. Reconhecer o território e suas particularidades é de fundamental relevância para a caracterização da população e dos seus agravos de saúde, bem como reconhecer a importância dos fatores ambientais no processo saúde-doença da população. Assim, é de extrema importância para o futuro profissional de saúde pesquisar e aprofundar sobre a multifatorialidade do processo saúde-doença. O território em saúde e sua relação com os fatores condicionantes e determinantes presentes no meio ambiente devem ser analisados no intuito de alcançar o desenvolvimento sustentável, prevenindo doenças futuras e realizando promoção à saúde. Diante do exposto, é necessário que sejam efetivadas atividades educativas com foco nos principais grupos vulneráveis do território e obras de saneamento básico em toda a área da USF Penha.

REFERÊNCIAS

COIMBRA, J. B. **Avaliação de impactos na saúde ocasionados pela disposição de resíduos sólidos: o lixão e a unidade de triagem e compostagem como cenários de exposição.** Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, 2013.

FREITAS, C. M. **A produção científica sobre ambiente na saúde coletiva.** Caderno de Saúde Pública, v.21, n.3. Rio de Janeiro, 2005.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e de comunidade: princípios, formação e prática.** Florianópolis: Artmed, 2012. P-29.

LAGE, A. C. **Administração pública orientada para o desenvolvimento sustentável.** Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2001.

MARIOT, C. A. **Programa Saúde da Família: o discurso educativo das Equipes na promoção da saúde ambiental**. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

RIBEIRO, H. **Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática: alguns aspectos éticos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, 2004.

SIQUEIRA, N. S. **Desigualdade social e acesso à saúde no Brasil**. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2011.

BREVE ESTUDO ACERCA DA SOCIOLOGIA DE PIERRE BOURDIEU E SUAS IMPLICAÇÕES NA ÁREA DA SAÚDE E NO ENSINO DE GRADUAÇÃO

Emillia Conceição Gonçalves dos Santos

Professora da disciplina de Enfermagem em Unidades de Maior Complexidade. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói, RJ. Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde (EEAAC-UFF)

Gabryella Vencionek Barbosa Rodrigues

Enfermeira do Hospital Geral de Arraial do Cabo. Supervisora de estágios na Faculdade Araruama de Ensino (UNILAGOS)

Edilce Menezes dos Anjos Nascimento

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Martha Falcão - De Vry, Manaus, Amazonas. Pós-graduação (especialização) em Gerontologia Social pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Roseane Braga Lobo

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Martha Falcão - De Vry, Manaus, Amazonas. Pós-graduação (especialização) em Gerontologia Social pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

Raimunda Nery Marques Holanda.

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Martha Falcão De Vry, Manaus, Amazonas.

Shellsy Anne Aquino

Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Martha Falcão De Vry, Manaus, Amazonas. Bacharel em Direito pelo Centro Universitário de Ensino Superior do Amazonas (CIESA), Manaus, Amazonas. Pós graduação (especialização) em Direito Penal e Processual Penal pelo CIESA, Manaus, Amazonas

Gabriel Vieira de Araújo

Graduação em Enfermagem pela Universidade Estácio de Sá (UNESA), Niterói, Rio de Janeiro

RESUMO: INTRODUÇÃO: Pierre Bourdieu foi um sociólogo contemporâneo o qual cunhou termos como ‘poder e violência simbólica’, ‘*habitus*’ e ‘campo de poder’. As subjetividades inerentes a estes termos são comentadas nesse estudo tendo em vista os processos de trabalho intrínsecos a área da saúde e o ensino nas graduações de saúde. Tem como objetivo explicitar os principais termos da sociologia de Pierre Bourdieu supracitados, no que tange à sua aplicabilidade nas áreas de saúde e ensino nas graduações. **METODOLOGIA.** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, se tratando de um recorte de projeto de dissertação de mestrado. Foi realizada ampla busca sem recorte temporal na ferramenta de pesquisa Scholar Google tendo em vista artigos de periódicos nacionais em Ciências Humanas e Sociais. Foram selecionadas pesquisas do próprio sociólogo e referentes às suas idéias com produção de estudos sobre poder e relações de poder cujas investigações apresentassem características didáticas de cunho descritivo e explicativo acerca dessas relações no ensino e na saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** *Habitus* enquanto sistemas e

princípios incorporados por atores sociais a partir das estruturas sociais que vão orientá-los em suas ações. Campo de poder refere-se às relações de força entre posições sociais. Poder simbólico é um poder de construção da realidade, que determina que a verdade produzida no campo seja produzida e aceita como verdade natural, o que permite aos agentes obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica, constituindo-se um poder de violência simbólica. A violência simbólica se funda na fabricação contínua de crenças no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso dominante. **CONCLUSÕES.** Entende-se o *habitus* como relacionado ao cenário social e na área da saúde onde o sujeito coletivo percebe a Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e outras disciplinas com saber e prática subsidiários e complementares à prática médica, sendo o hospital um campo de poder notadamente organizado e estruturado para garantir a fluidez da prática médica muitas vezes em detrimento do bem-estar do cliente. O poder/violência simbólicos oriundos do profissional médico podem frequentemente ser percebidos pela equipe multidisciplinar e por professores médicos sobre as demais graduações da área de saúde.

DESCRITORES: sociologia, saúde, ensino.

A BRIEF STUDY ON PIERRE BOURDIEU'S SOCIOLOGY AND ITS IMPLICATIONS IN HEALTH AND GRADUATE EDUCATION

ABSTRACT: INTRODUCTION: Pierre Bourdieu was a contemporary sociologist who coined terms such as 'symbolic power and symbolic violence', '*habitus*' and 'field's theory'. The subjectivities to these terms are commented on in this study looking at the intrinsic work processes in the health area and the teaching in health graduations. It aims to make explicit the main terms of sociology of Pierre Bourdieu mentioned above, regarding its applicability in the areas of health and education in graduations. **METHODOLOGY.** It was a qualitative, exploratory and descriptive study, dealing with a dissertation project cut-off. It was carried out an ample search without temporal cut in the research tool Scholar Google taking into account articles of national journals in Human and Social Sciences. Researches were selected from the sociologist himself and related to his ideas with the production of studies on power and power relations. The investigations chosen presented didactic descriptive and explanatory characteristics of these relationships in teaching and health. **RESULTS AND DISCUSSION.** *Habitus* as systems and principles incorporated by social actors from the social structures that will guide them in their actions. Field of power refers to the relations of force between social positions. Symbolic power is a power of construction of reality, which determines that the truth produced in the field is produced and accepted as a natural truth, which allows agents to obtain the equivalent of what is obtained by physical or economic force, constituting a power of symbolic violence. Symbolic violence is based on the continuous fabrication of beliefs in the process of socialization, which induce the individual to position himself in the social space following criteria and patterns of the dominant discourse. **CONCLUSIONS.** *Habitus* is understood as related to the social

scene and in the health area where the collective subject sees Nursing, Psychology, Physiotherapy and other disciplines with subsidiary knowledge and practice and complementary to the medical practice, being the hospital a field of power notably organized and structured to ensure the fluidity of medical practice often to the detriment of the client's well-being. Symbolic power / violence from the medical professional can often be perceived by the multidisciplinary team and by medical teachers about the other graduations in the health area.

DESCRIPTORS: sociology, health, teaching.

1 | INTRODUÇÃO

Pierre Bourdieu, sociólogo francês contemporâneo de Michel Foucault, a 40 anos iniciou a discussão acerca da participação do sistema de ensino na reprodução de condições econômicas e políticas determinadas por classes dominantes. Contribuiu para a renovação do questionamento científico. Fundador de um paradigma sociológico, sua obra oferece múltiplas facetas. Suas análises estão amplamente difundidas; certos trabalhos marcaram gerações de intelectuais (BONNEWITZ, 2003).

Michel Foucault e Pierre Bourdieu trespassaram a fronteira tradicional do pensamento político, a percepção do poder pelas vias das instituições estatais. A contribuição destes filósofos é relacionada à visão das relações de poder para além das relações vinculadas à economia e ao Estado.

Ambos foram professores do *Collège de France*, e se encontravam regularmente. Partilhavam interesses em relação ao campo em que trabalhavam e sobre questões políticas. Todavia, eram bastante distintos em termos de experiência, antecedentes, contextos e circunstâncias. A posição que ocupavam no campo, do estilo de vida intelectual, do posicionamento epistemológico era diferente (FURTADO, 2013).

Pierre Bourdieu é reconhecido como um dos pensadores que mais se destacaram em sua época, o que se deve a proposta de reflexões acerca do mundo e de conceitos e características imbuídas na sociedade. A isso se deve, em grande parte, a ressonância das suas percepções nos estudos sociológicos da atualidade.

A influência de P. Bourdieu também se deve às funções que ele atribui à sociologia. De acordo com a tradição marxista, Bourdieu pensa a sociedade por meio do conceito de dominação. Esta é observada, segundo ele, nas práticas mais insignificantes, como a escolha de uma bebida ou a expressão

de um gosto na indumentária. Mas a dominação também se manifesta pelas estratégias que os agentes sociais mobilizam nos diferentes campos em que ocupam posições desiguais. Assim sendo, cabe à sociologia objetivar essas relações de dominação, desvelar-lhes os mecanismos, fornecendo ao mesmo tempo as ferramentas intelectuais e práticas que permitam aos dominados contestar a legitimidade dessas relações. A sociologia reveste então um caráter eminentemente político, que se prolonga no engajamento de P. Bourdieu, intelectual combativo, empenhado nas causas mais urgentes. Esses elementos permitem compreender as reações hostis que ele não deixa de suscitar. BONNEWITZ, 2003

Relativamente as suas raízes epistemológicas, Pierre Bourdieu faz algumas considerações abrangendo os pensamentos de Émile Durkheim, o pai da Sociologia Moderna que combinava a pesquisa empírica com a teoria sociológica, e igualmente de Erwin Panofsky, crítico da arte alemã e um dos principais representantes do método iconológico. Pierre Bourdieu utiliza-se de expressões de Weber, como “domesticação dos dominados” e amplia a concepção marxista de “capital”, pois entende esse termo não apenas o acúmulo de bens e riquezas econômicas, mas todo recurso ou poder que se manifesta em uma atividade social. Desta maneira, para além do *capital econômico* (renda, salários, imóveis), é fulcral a compreensão de *capital cultural* (saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos), *capital social* (relações sociais que podem ser convertidas em recursos de dominação). Refere-se a um *capital simbólico* (aquilo que chamamos prestígio ou honra e que permite identificar os agentes no espaço social). Ou seja, desigualdades sociais não decorreriam somente de desigualdades econômicas, mas também dos entraves causados, por exemplo, pelo déficit de capital cultural no acesso a bens simbólicos. Bourdieu refere que em toda sociedade há uma luta constante entre classes sociais para ocupar o lugar de *poder* e, deste modo, para garanti-lo, os detentores desse poder procurariam mostrar os interesses particulares como se fossem o interesse de toda comunidade, utilizando-se assim de uma *violência* simbólica - um poder que se encontra oculto, dissimulado, que visaria garantir a dominação. Esses interesses particulares tomados como coletivos corresponderiam ao embasamento de formulação de *ideologias*.

2 | METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Para Triviños (2015, p.25-26) “o estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade”, de modo que o estudo descritivo é utilizado quando a intenção do pesquisador é conhecer determinada comunidade, suas características, valores e problemas relacionados à cultura. De forma semelhante, Gil (2008) considera que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Segundo o autor, estes tipos de pesquisas são os que apresentam menor rigidez no planejamento, pois são planejadas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato.

Trata-se de um recorte de projeto de dissertação de mestrado desenvolvido na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Para delineamento de um referencial teórico a ser utilizado em pesquisas relacionadas a relações de poder no processo educativo, foi indispensável investigar teorias de poder de diferentes estudiosos em busca de conceitos que viessem ao encontro das necessidades de análise. Nesse percurso, deparou-se com os estudos de Pierre

Bourdieu e chamou atenção particularmente o excerto que refere que “a universidade, assim como todo sistema de ensino institucionalizado, caracteriza-se pela função de proposição e reprodução da cultura dominante, a qual contribui à reprodução das relações entre grupos e classes sociais.” (BOURDIEU E PASSERON, 2014).

Ao longo do levantamento preliminar da referida investigação, durante a fase de primeiras lições da sociologia de Bourdieu, foi realizada ampla busca sem recorte temporal na ferramenta de pesquisa Scholar Google tendo em vista artigos de periódicos nacionais em Ciências Humanas e Sociais.

Foram selecionadas pesquisas do autor e referentes a ele com produção de estudos sobre poder e relações de poder cujas investigações apresentassem características didáticas de cunho descritivo e explicativo acerca dessas relações no ensino e na saúde. Assim, tendo em vista a sociologia de Pierre Bourdieu, este estudo possui como objetivo explicitar os principais termos da sociologia de Pierre Bourdieu, como *habitus*, campo de poder e poder simbólico, tendo em vista sua aplicabilidade nas áreas de saúde e no ensino nas graduações de saúde.

3 | RESULTADOS/DISCUSSÃO

Utilizando-se de conceitos de Pierre Bourdieu e considerando-se o contexto histórico sobre a cultura educacional brasileira, pode-se refletir sobre *habitus* e violência simbólica na educação brasileira de origem econômica. Com efeito, tais condições são capazes de afetar a qualidade do ensino, das instituições educacionais e da identidade dos professores no processo de transmissão do capital cultural.

Para refletir-se sobre a especificidade do processo de socialização no mundo contemporâneo e empreender essa análise, faz-se necessária uma interpretação da teoria do *habitus* de Pierre Bourdieu, considerando uma nova configuração no panorama institucional entre as instâncias tradicionais e informais da socialização.

Habitus é o produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural, capaz de perpetuar, nas práticas, os princípios do arbitrário interiorizado. (BOURDIEU e PASSERON, 2014).

Traduz dessa forma, estilos de vida, julgamentos políticos, morais, estéticos. As primeiras experiências vividas pelas pessoas na relação com seus familiares, relações estas que são determinadas pelas condições materiais de sua classe, (*habitus* primário), por sua vez orientam suas experiências futuras. Entretanto, por meio do confronto desses atores sociais com novos contextos situacionais, espaços ou campos, o indivíduo, assimilando as mensagens novas emitidas pelo sistema, pode alterar suas práticas e assim desenvolver outras modalidades de conduta, que levam a gênese de um novo *habitus*. É resultado de um processo de aprendizagem cuja apreensão faz se pelas vivências nos campos sociais, os quais se configuram como verdadeiras ações pedagógicas, sendo um sistema aberto de disposições, ações e percepções que os

indivíduos adquirem com o tempo em suas experiências sociais (tanto na dimensão material, corpórea, quanto simbólica, cultural, entre outras). O *habitus* vai, no entanto, além do indivíduo, diz respeito às estruturas relacionais nas quais tem estado inserido, possibilitando a compreensão tanto de sua posição num campo quanto seu conjunto de capitais. Esse conjunto de práticas e disposições duráveis e transferíveis permite às pessoas a formação de um sistema de orientação social. (BOURDIEU e PASSERON, 2014).

A coexistência instâncias distintas e interdependentes de socialização configuram um campo híbrido e diversificado de referências e padrões identitários, caracterizando a socialização da modernidade com base em múltiplos modelos de referência. Assim, é possível identificar a tendência de forjar outro *habitus*, é possível pensar na construção de um novo agente social portador de um *habitus* alinhado às pressões modernas. No caso específico dos indivíduos da atualidade, grande parte deles precocemente socializados pela mídia, a realidade da cultura de massa parece ser inexorável. Pulverizando e tornando visível uma série de experiências biográficas, modelos identitários distintos dos apreendidos nos contextos locais da família e da escola, a mídia opera como agente socializador descontextualizado (SETTON, 2002).

Habitus é uma noção primordial na sociologia de Bourdieu (2015), que diz respeito aos sistemas de percepção, de apreciação, de gosto, ou como princípios de classificação incorporados pelos agentes a partir das estruturas sociais presentes em um momento específico, em um lugar dado, que vão orientá-los em suas ações. Essas estratégias também dependem do espaço de possibilidades herdado de lutas anteriores (história do campo) que tende a definir os espaços de tomadas de posição possíveis e orientar assim a busca de soluções e, conseqüentemente, a evolução da produção do campo. Vemos que a relação entre as posições e as tomadas de posição nada tem de uma determinação mecânica: cada produtor, artista, psicanalista, cientista, constrói seu próprio projeto criador em função da sua percepção das possibilidades disponíveis, oferecidas pelas categorias de percepção e apreciação inscritas em seu *habitus*. (LIMA, 2010).

*"Habitus surge então como um conceito capaz de conciliar a oposição aparente entre realidade exterior e as realidades individuais. Capaz de expressar o diálogo, a troca constante e recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades. Habitus é então concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientado para funções e ações do agir cotidiano. Pensar a relação entre indivíduo e sociedade com base na categoria *habitus* implica afirmar que o individual, o pessoal e o subjetivo são simultaneamente sociais e coletivamente orquestrados. O *habitus* é uma subjetividade socializada (Bourdieu, 1992, p. 101). Dessa forma, deve ser visto como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação que é experimentado e posto em prática, tendo em vista que as conjunturas de um campo o estimulam."* (SETTON, 2002)

Outro termo comumente utilizado por Bourdieu é **campo de poder**.

Campo de poder são as relações de força entre posições sociais que garantem aos seus ocupantes uma quantidade suficiente de força social (ou de capital) de modo que tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder. Assim, cada campo social apresenta uma estrutura própria e com certa autonomia, em relação aos demais campos e deles é diferenciado pelo tipo de capital que o caracteriza: econômico, cultural, social. (BOURDIEU, 2015).

Conceito básico na obra de Bourdieu, o campo é o espaço de práticas específicas, relativamente autônomo, dotado de uma história própria; caracterizado por um espaço de possíveis, que tende a orientar a busca dos agentes, definindo um universo de problemas, de referências, de marcas intelectuais - todo um sistema de coordenadas, relacionadas umas com as outras, que é preciso ter em mente (não quer dizer na consciência) para se entrar no jogo. Entrar no jogo é manejar esse sistema de coordenadas. O campo é estruturado pelas relações objetivas entre as posições ocupadas pelos agentes e instituições, que determinam a forma de suas interações; o que configura um campo são as posições, as lutas concorrenciais e os interesses. (LIMA, 2010).

É no horizonte particular dessas relações de força específicas e de lutas que tem por objetivo conservá-las ou transformá-las, que se engendram as estratégias dos produtores, a forma de arte que defendem, as alianças que estabelecem, as escolas que fundam e isso por meio dos interesses específicos que aí são determinados (BOURDIEU, 1996, *apud* LIMA, 2010).

Um campo faz parte do espaço social - e, portanto, toma dele as suas características - conceito que Bourdieu (2015) descreve como espaço de posições dos agentes e das instituições que nele estão situados, que, a depender do peso e do volume global dos capitais que possuem, são distribuídas em posições dominadas e dominantes. Os mais importantes em nossa cultura: o capital econômico, o capital simbólico e o capital cultural. O capital cultural constitui o elemento da herança familiar que teria o maior impacto na definição do destino escolar. Seria uma espécie de rentabilização pedagógica, na medida em que a posse do capital cultural favorece o desempenho escolar, uma vez que facilita a aprendizagem de conteúdos e códigos que a escola veicula e sanciona. (CUNHA, 2007).

A par das propriedades específicas de cada campo - da literatura, da filosofia, da ciência (...) existe também uma homologia, tanto estrutural quanto de funcionamento, no sentido de invariantes, de lógicas de constituição e de transformação comuns a todos os campos. O campo é sempre caracterizado pelas lutas concorrenciais entre os agentes, em torno de interesses específicos. Por exemplo, no campo da ciência as lutas concorrenciais acontecem em torno da autoridade científica; no campo da arte, em torno da legitimidade (ou autenticidade) dos produtos artísticos (...). Essas lutas concorrenciais ocorrem tanto no interior de cada campo como externamente, em relação a outros campos. Quando se fala de luta, de divisão em campos antagônicos, de jogo, quer-se dizer a relação a um poder. O campo é estruturado a partir das relações de poder, que se traduz em uma oposição de

forças, distribuídas entre posições dominantes e posições dominadas, segundo o capital simbólico, econômico e cultural dos agentes e instituições. O campo de poder, que não se confunde com o campo político, é o espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou entre os agentes providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo. (LIMA, 2010).

O capital econômico refere-se aos bens materiais e às posses de um dado grupo ou indivíduo, os quais podem facilitar ou dificultar o acesso a uma educação de qualidade e aos bens culturais de modo geral. Não se confunde com o capital cultural, mas o primeiro pode garantir aos indivíduos mais meios de acesso ao segundo. Já o capital social define-se em torno das relações interpessoais e institucionais que o indivíduo, direta ou indiretamente, dispõe e que podem facilitar ampliar ou interditar o acesso ao capital cultural e econômico. O capital social é considerado a propriedade mais relevante por abrir as portas de acessibilidade aos demais. A convivência com pessoas que expressam os comportamentos próprios da cultura dominante favorece a identificação com seus códigos culturais e como efeito, a aproximação ao capital econômico. (CUNHA, 2007).

A depender da posição que ocupam na estrutura do campo, ou seja, na distribuição do capital simbólico específico, os agentes usam de estratégias, que são tomadas de posição, que podem ser de legitimação (conservação) ou de subversão, estas em confronto permanente com as forças de conservação - o que não implica em mudanças dos princípios de poder que estruturam um campo. Perpetuar ou subverter as regras do jogo, através das estratégias dos agentes, é uma tendência que passa pela mediação de seus *habitus*.

Em síntese, cada autor, enquanto ocupa uma posição no espaço, isto é, em um campo de forças [...] só existe e subsiste sob as limitações estruturadas do campo; mas ele também afirma a distância diferencial constitutiva de sua posição, seu ponto de vista, entendido como vista a partir de um ponto (BOURDIEU, 2013)

Bourdieu (2015) definiu um novo conceito de poder; o **poder simbólico**, que é um poder de construção da realidade, que ao dissimular as relações de força a ele subjacentes, faz com que a verdade aí produzida (no campo) seja produzida e aceita como verdade natural, o que permite aos agentes obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica, constituindo-se um poder de **violência simbólica** (BOURDIEU, 2015). Este tipo de violência torna-se patente nos relacionamentos como se fosse um direito de imposição legítima que reforça o poder arbitrário que a estabelece e que também o dissimula. (BOURDIEU e PASSERON, 2014). Isso pode ocorrer quando alguns cursos de graduação das áreas de saúde são considerados mais importantes que outros.

O poder simbólico, segundo Pierre Bourdieu, é “o poder invisível o qual pode ser exercido com cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2015, p. 8). Reconhece que os sistemas simbólicos - como arte, religião e língua - só podem exercer um poder estruturante

porque são estruturados. Essa estrutura a qual se refere diz respeito à símbolos capazes de efetivar maior integração social e de contribuir para a formação de um consenso sobre a realidade, facilitando assim a reprodução da ordem social. (BOURDIEU, 2012, p. 10)

Essa reprodução da ordem por influência das produções simbólicas configura a existência de *ideologias*, que são, para o autor, formações capazes de apresentar interesses particulares como se fossem universais e que deste modo influem sobre a função política do sistema simbólico: “de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica) (...) contribuindo, segundo Weber, para a ‘domesticação dos dominados’” (BOURDIEU, 2013, p. 11). A legitimação do valor elevado de saberes e conhecimentos de determinadas áreas em detrimento a outras é retrato social do poder simbólico.

Violência simbólica é um conceito social de Pierre Bourdieu no qual aborda uma forma de violência exercida pelo corpo sem coação física, em que causa danos morais e psicológicos. É uma forma de coação que se apóia no reconhecimento de uma imposição determinada, seja esta econômica, social ou simbólica. A violência simbólica se funda na fabricação contínua de crenças no processo de socialização, que induzem o indivíduo a se posicionar no espaço social seguindo critérios e padrões do discurso dominante. Devido a esse conhecimento do discurso dominante, a violência simbólica é manifestação desse conhecimento através do reconhecimento da legitimidade desse discurso dominante. (CUNHA, 2007). Como exemplo, o conhecimento biomédico hegemônico supra-valorizado nas unidades hospitalares que determina o tratamento da doença em detrimento ao cuidado da pessoa, bem como relega ao segundo plano as demais disciplinas de cuidados em saúde, considerando-as periféricas.

P. Bourdieu (2015) refere que o poder simbólico é esse poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que estão sujeitos a esse poder ou mesmo daqueles que o exercem. Bourdieu (2015) se concentra nas situações em que esse poder é normalmente ignorado, o que nos permite inferir que esse poder é plenamente reconhecido pelos agentes envolvidos. O poder simbólico é um poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica e só se exerce se for reconhecido, o que significa que acaba sendo ignorado, passa despercebido. (BOURDIEU, 2015).

Bourdieu (2015) considera a arte, a religião, a língua, como estruturas estruturantes, citadas algumas vezes como *modus operandi*, que significa modo de operação. Utilizada para designar uma maneira de agir, operar ou executar uma determinada atividade seguindo sempre os mesmos procedimentos, seguindo sempre os mesmos padrões nos processos. Descreve da mesma forma os sistemas simbólicos como estruturas estruturadas ou *opus operatum* e trata das produções simbólicas como instrumentos de dominação bem como trata dos sistemas ideológicos legítimos.

O Poder Simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer

uma ordem gnosiológica, ou seja, o sentido do mundo supõe um conformismo lógico, uma concepção homogênea que torna possível a concordância entre as inteligências. Destarte, os símbolos são instrumentos de integração social. Enquanto instrumentos de conhecimento e comunicação tornam possível o consenso acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social. (BOURDIEU, 2015).

Para descrever as produções simbólicas como instrumentos de dominação, Bourdieu (2015) baseia-se na tradição marxista que privilegia as funções políticas dos sistemas simbólicos em detrimento da sua estrutura lógica e da sua função epistemológica. Este funcionalismo explica as produções simbólicas relacionando-as com os interesses das classes dominantes. A cultura dominante contribui para a integração real da classe dominante, assegurando uma integração e uma comunicação entre os membros dessa classe e ao mesmo tempo os distingue de outras classes. Daí surge um importante conceito desenvolvido posteriormente por Bourdieu: a distinção. Pois a mesma cultura que une por intermédio da comunicação é a mesma cultura que separa como instrumento de distinção, que legitima a diferença das culturas exatamente pela distância da cultura em questão em relação à cultura dominante.

Bourdieu (2015) considera que as relações de comunicação são sempre relações de poder que dependem do capital material ou simbólico acumulado pelos agentes. Os sistemas simbólicos, enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento cumprem sua função política de imposição e de legitimação da dominação de uma classe sobre a outra, agindo como uma forma de violência simbólica. Defende que as produções simbólicas são como instrumentos de dominação da seguinte maneira: o campo de produção simbólica é um microcosmo da luta simbólica entre as classes. Assim, a classe dominante, cujo poder está pautado no capital econômico, tem em vista impor a legitimidade da sua dominação por meio da própria produção simbólica.

Durante a luta simbólica pela imposição da verdade natural, os indivíduos apresentam a tendência de impor, por meio de relações de força objetivas, o seu modo particular de perceber as divisões sociais do mundo e da sua posição neste terreno, mediante a reprodução de comportamentos adquiridos em experiências prévias. Este fato deve-se aos princípios que estruturam as visões de sociedade e porque as relações de força estão sempre presentes nas consciências, em forma de categorias de percepção dessas relações. (BOURDIEU, 2015).

Tal reprodução é mediada por preconceito social, que por sua vez se forma no comportamento e pensamentos cotidianos, a partir de pré-juízos acerca de pessoas e situações, que tendem a se cristalizar. (HELLER, 2008). Com objetivo de compreendermos experiências novas, utilizamos percepções que tomamos posse no passado, em vivências diárias: produzimos mentalmente analogias, precedentes, mimeses. A analogia refere-se a classificação por meio de semelhanças no que tange a pessoas e situações. A mimese é um fazer imitativo e quando realizado de modo

permanente e coletivo determina a transmissão de usos e costumes que podem atuar como força conservadora. A partir do momento em que adotamos um modelo determinado de pessoas ou grupos de referência, fazemos os seus valores e normas como nossos e reproduzimos suas atitudes e comportamentos. (HELLER, 2008).

Não obstante, essas estratégias devem ser superadas posteriormente de forma que se possa perceber uma pessoa ou situação concreta na sua totalidade, captar o novo e desenvolver novas atitudes. Se isso não ocorre, tais juízos provisórios solidificam-se caracterizando-se como preconceitos. A maioria destes é fruto das classes dominantes pois estas desejam uma coesão estrutural social que lhes seja benéfica. Em caso de o preconceito se expressar explicitamente por meio comportamental, temos a discriminação. É uma forma de controle social com finalidade de manter a distância social entre categorias ou grupos, por meio de práticas sistematizadas. Essas práticas atribuem arbitrariamente traços de inferioridade com base em razões que pouco têm a ver com o comportamento factual dos indivíduos que são sujeitos da discriminação. Esses resultados são possíveis por meio da manipulação exercida pela classe dominante sobre a classe dominada de acordo com seus interesses e utilizando o expediente de atitudes conformistas, conservadoras e comodistas dos próprios subjugados. (HELLER, 2008).

4 | CONCLUSÕES

Alterar forma de redação:

A Sociologia *bourdieusiana* determina uma plêiade de conceitos essenciais entre os quais: *habitus*, campo, capital e poder simbólico. Articulados entre si, são utilizados amplamente em campos do conhecimento distintos, como saúde e educação, sendo os termos supracitados conceitos centrais de sua teoria. Esta investigação possibilitou uma melhor compreensão sobre questões inerentes aos subcampos das profissões de Saúde, como a aquisição de capital cultural. Este, contribui para se definir a posição ocupada pelos profissionais de saúde não médicos. As relações de poder entre os agentes que compõem o campo da saúde e aspectos evolutivos das profissões, no que tange às lutas distintivas para se ocupar uma posição de destaque neste campo, são inferidas nesse *continuum*.

A guisa de considerações finais, para sintetizar, a seguir um quadro sinóptico que fala por si:

Termos oriundos do Referencial Teórico	Conceitos Fundamentais Explicitados	Relação preliminar com as Ciências da Saúde / Ensino nas graduações de Saúde.

<i>Habitus</i>	<p>Resultado de um processo de aprendizagem cuja apreensão faz-se pelas vivências nos campos sociais, que configuram como ações pedagógicas, sendo um sistema aberto de disposições, ações e percepções que os indivíduos adquirem com o tempo em suas experiências sociais.</p> <p>Diz respeito aos sistemas de percepção, de apreciação, de gosto, ou como princípios de classificação incorporados pelos agentes a partir das estruturas sociais presentes em um momento dado, em um lugar dado, que vão orientá-los em suas ações. (BOURDIEU E PASSERON, 2014).</p>	Relacionado com cenário social e da área da saúde os quais percebem a Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e outros como saber e prática subsidiários e complementares à prática médica.
Campo de poder	<p>É o espaço de práticas específicas, relativamente autônomo, dotado de uma história própria; caracterizado por um espaço de possíveis, que tende a orientar a busca dos agentes, definindo um universo de problemas, de referências, de marcas intelectuais.</p> <p>São as relações de força entre posições sociais que garantem aos seus ocupantes uma quantidade suficiente de força social (ou de capital) de modo que tenham a possibilidade de entrar nas lutas pelo monopólio do poder. (Bourdieu, 2015)</p>	O hospital é um campo de poder notadamente organizado e estruturado para garantir a fluidez da prática médica muitas vezes em detrimento do bem-estar do cliente.
Poder simbólico	<p>Poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que estão sujeitos a esse poder ou mesmo daqueles que o exercem.</p> <p>É um poder de construção da realidade, que ao dissimular as relações de força a ele subjacentes, faz com que a verdade aí produzida (no campo) seja produzida e aceita como verdade natural, o que permite aos agentes obter o equivalente daquilo que é obtido pela força física ou econômica, constituindo-se um poder de violência simbólica (Bourdieu, 2015).</p>	Poder exercido pela profissão médica sobre a equipe multidisciplinar. Poder exercido pelos professores médicos sobre as demais graduações da área de saúde.
Violência simbólica	Este tipo de violência torna-se patente nos relacionamentos como se fosse um direito de imposição legítima que reforça o poder arbitrário que a estabelece e que também o dissimula. (BOURDIEU E PASSERON, 2014).	Determinação de algumas "ordens" ao paciente e à equipe multidisciplinar
Sistemas simbólicos	<p>São instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento.</p> <p>Função política de imposição e de legitimação da dominação de uma classe sobre a outra, agindo como uma forma de violência simbólica.</p>	Processos de trabalho entre profissionais de saúde médicos e não médicos.

Produções simbólicas.	São instrumentos de dominação, relacionados com os interesses das classes dominantes. O campo de produção simbólica é um microcosmo da luta simbólica entre as classes. A classe dominante, cujo poder está pautado no capital econômico, tem em vista impor a legitimidade da sua dominação por meio da própria produção simbólica.	Processos de trabalho entre profissionais de saúde médicos e não médicos.
Luta simbólica.	É o que ocorre para imposição da cosmovisão de divisões sociais do mundo oriunda do grupo dominante, por meio de relações de força objetivas, mediante a reprodução de comportamentos adquiridos em experiências prévias. (BOURDIEU, 2015).	Luta pela isonomia profissional e reconhecimento social das profissões de Saúde não-médicas.

Tabela 1. Quadro sinóptico. Fonte: projeto dissertação Emília C G Santos (2016).

REFERÊNCIAS

BONNEWITZ, Patrice. Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu II.; tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Portugal: Edições 70, 2015.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**, org. Sergio Miceli, 424 págs, Ed. Perspectiva, 7 edição, 2013.

CUNHA, M. A. A. O conceito “capital cultural” em Pierre Bourdieu e a herança etnográfica. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 503-524, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/1820>>. Acesso em 19 dez. 2018.

FURTADO, L. **As diferentes abordagens do conceito de poder: um estudo comparativo entre Weber, Hanna Arendt, Habermas, Foucault e Bourdieu**. In: VI Congresso de Estudantes de Pós-Graduação em Comunicação, 6., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2013. p. 1-11.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HELLER, A. (2008). O cotidiano e a história (8a ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

LIMA, Denise Maria de Oliveira. **Campo do poder, segundo Pierre Bourdieu**. Cogito, Salvador, v. 11, p. 14-19, out. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792010000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 mar. 2018.

NOGUEIRA, Maria Alice ; CATANI, Afrânio. **Escritos de Educação: Pierre Bourdieu**, 256 págs., Ed. Vozes, Rio de Janeiro, RJ.

NOGUEIRA, Maria Alice; NOGUEIRA, Cláudio M. Martins. **Bourdieu e a Educação**, 152 págs., Ed. Autêntica, Belo Horizonte, MG.

PASSERON, Jean-Claude ; BOURDIEU, Pierre. **A Reprodução: Elementos para uma Teoria do**

Sistema de Ensino. 312 págs, Ed. Francisco Alves. RJ. 2014.

SETTON, M.G.J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu. Revista Brasileira de Educação. Maio/Jun/Jul/Ago 2002 N° 20

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2015.

ATIVIDADE DE JOGO NA EDUCAÇÃO FÍSICA SOB UMA PERSPECTIVA DE ENSINO DESENVOLVIMENTAL

Giseli Paes Rech Matuchaki

PPGE – UNESC

Criciúma-SC

Renato Porto de Borba

PPGE – UNESC

Criciúma-SC¹

Maria Cleusa Freitas Sérgio

PPGE – UNESC

Criciúma-SC

as a basic element for changing needs and awareness (COLETIVO DE AUTORES, 1992). The objective of this work is to articulate the theoretical basis with an example of game, understood as a didactic possibility, in a Historical-cultural perspective, articulated to the theory of Developmental Teaching.

KEYWORDS: Game. Historical-cultural theory. Developmental teaching.

RESUMO: A Educação Física é uma disciplina que trata, pedagogicamente, do conhecimento de um objeto: cultura corporal. Tem como um de seus conteúdos o jogo, que, apresenta-se como elemento básico para a mudança das necessidades e da consciência (COLETIVO DE AUTORES, 1992). O objetivo desse trabalho é articular a base teórica com um exemplo de jogo, entendido como uma possibilidade didática, numa perspectiva Histórico-cultural, articulada à teoria do Ensino Desenvolvimental.

PALAVRAS-CHAVE: Jogo. Teoria histórico-cultural. Ensino desenvolvimental.

ABSTRACT: Physical Education is a discipline that deals, pedagogically, with the knowledge of an object: body culture. It has as one of its contents the game, which presents itself

1 | INTRODUÇÃO

Trata-se de estudo teórico/propositivo que articula a base teórica com uma proposição de situação de estudo, a ser desenvolvida com estudantes da educação básica, numa aula de Educação Física escolar. Essa situação é organizada de um modo tal que os estudantes evidenciam e se apropriam das relações essenciais do conceito de *jogo*. O estudo se apresenta em duas etapas: base teórica e proposição da situação de estudo.

2 | O JOGO NO ENSINO DESENVOLVIMENTAL

Na Educação Física, o jogo pode ser tratado de três modos: conteúdo curricular, uma atividade principal no processo de

desenvolvimento humano e como recurso pedagógico. Como conteúdo escolar, a organização de seu ensino é de maneira que forme no estudante aquilo que ainda não está formado, elevando-a a níveis superiores de desenvolvimento (DAVÍDOV, 1988). Vygotsky (1988, p.114) declara que “o único bom ensino é o que se adianta ao desenvolvimento”. Cabe, ao ensino orientado, produzir na criança neoformações psíquicas, isto é, novas necessidades e motivos que modificam a atividade principal dos alunos e reestrutura os processos psíquicos particulares (DAVÍDOV, 1988). Todavia, a significação social da atividade pedagógica é garantir que os alunos se apropriem do conhecimento teórico. Para tanto, cabe ao professor planejar atividades orientadoras de ensino. Uma das formas de se alcançar tal finalidade, é o jogo. O jogo, na perspectiva histórico-cultural, remete à problematização do seu contexto social. Ele sempre esteve presente como atividade inerente ao ser humano. Desde os povos primitivos, “a lógica do brincar” já era praticada nas atividades diárias: a caça, a pesca, a dança, as lutas. Muitas vezes, eram formas curiosas de divertimento e prazer. Crianças e adultos participavam dessa cultura, pois faziam parte de um só mundo, um só tipo de educação, essenciais à vida (COLETIVO DE AUTORES, 1992).

Vygotsky (1998) diz que a criança, em atividade, se coloca frente à possibilidade constituição de “Zona de Desenvolvimento Proximal”. Esta manifesta a diferença entre o nível atual que a criança alcança com a solução de problemas independentes, nível de desenvolvimento potencial marcado pela presença de um adulto mais capaz.

O jogo se apresenta como possibilidade de constituição de desenvolvimento de zona proximal. No jogo, a criança aprende, verbaliza, comunica-se com pessoas. Nas brincadeiras, as crianças vêem o mundo e como gostariam que ele fosse. Também expressam o pensamento, organizam e interpretam o mundo. Ela se relaciona, experimenta, investiga e amplia seus conhecimentos sobre si mesma e sobre o mundo que está ao seu redor.

3 | A SITUAÇÃO DE ESTUDO

Propomos, a seguir, uma situação de estudo pertinente ao conceito de jogo, que pode ser desenvolvida com os estudantes da Educação Básica, em aulas de Educação Física. O pressuposto é de que essa situação se contrapõe aos princípios da educação tradicional em que, aos estudantes, compete apenas repetir determinados jogos sem o entendimento dos elementos essenciais que constituem o referido conceito.

Dividir os estudantes em grupos de 5 componentes. A proposta é criar um jogo, seguindo as orientações: o jogo deve ser coletivo; equipes mistas; possuir uma forma de pontuação; criar um nome para o jogo; definir o espaço, o tempo e o material a ser utilizado. Após a elaboração do jogo, os grupos compartilham e cada qual é colocado em prática. Essa reprodução, torna-se momento de reflexão, diálogo para: adaptação de regras, modificação das propostas iniciais e, sobretudo, para evidenciar

os componentes essenciais que constituem o conceito de jogo entendido como *controle da ação corporal do outro*.

Evidenciar e se apropriar, na atividade de estudo, dos componentes conceituais científicas e de sua relação essencial, é a condição essencial para o desenvolvimento do pensamento teórico. Isso pode ser evidenciado nas constatações referentes às contribuições das equipes entre si. O foco da aprendizagem, nesse processo, não é resultado dos jogos, mas a essência, o geral, manifestada em ações específicas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de estudo apresentada traz a compreensão de que, no jogo, a criança se desenvolve, expressa suas emoções e sentimento, desenvolve as funções psicológicas superiores e, conseqüentemente, a imaginação, a confiança, a autoestima, o autocontrole, a cooperação. Além disso, desenvolve o companheirismo, a criatividade, a linguagem, pensamento analítico, criticidade e capacidade de abstração. Nesse sentido, jogo, não é apenas mero passatempo, mas um meio de apropriação conceitual que não dicotomiza conhecimento teórico e cotidiano, como se manifesta na organização do ensino tradicional, fundamentado na lógica formal. Na perspectiva histórico-cultural, o ensino supera o princípio do caráter visual para o princípio do caráter objetal; do princípio do caráter consciente da aprendizagem para o princípio da atividade; do princípio da acessibilidade para o princípio da educação que desenvolve (DAVÝDOV, 1988).

REFERÊNCIAS

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992.

DAVÝDOV, V.V. Análise dos Princípios Didáticos da Escola Tradicional e Possíveis Princípios do Ensino em Um Futuro Próximo. In: LONGAREZI, A. M.; PUENTES, R.V. (Org.). **Ensino Desenvolvimental. Antologia**. Livro 1. 1. ed. Uberlândia: Edufu, 2017. v. 1. 240p. Tradução: Josélia Euzébio da Rosa e Ademir Damazio.

VYGOTSKY, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Icone, 1998.

CONHECIMENTO DOS CUIDADORES DE IDOSOS SOBRE PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE QUEDA: REVISÃO DA LITERATURA

Danielle Auxiliadora Malheiros

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Cuiabá – MT

Jocilene de Carvalho Miraveti

Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT

Cuiabá – MT

RESUMO: Envelhecimento é uma realidade natural, irreversível e mundial. Os idosos são o grupo populacional mais vulnerável as quedas e os cuidadores desconhecem os cuidados em primeiros socorros em caso de quedas. Assim, este estudo pretendeu-se realizar uma revisão bibliográfica sobre quedas em idosos, práticas de prevenção e atendimento de primeiros socorros á quedas de idosos no âmbito domiciliar. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS utilizando as bases de dados: LILACS, Scielo e Google acadêmico. A busca ocorreu entre fevereiro a maio de 2016. Foram lidos 65 artigos lidos na integra e elegidos 43 artigos após releitura e refinamento, resultando em 02 artigos com Nível de Evidência 05 segundo as Práticas Baseadas em Evidências – PBE em que se observou a importância de ter uma capacitação, o que possibilita troca de conhecimentos e estímulo a transmissão. Os cuidadores necessitam de uma capacitação, visando à redução de casos de quedas como

também os primeiros atendimentos em sua ocorrência.

PALAVRAS-CHAVE: Queda. Idosos. Cuidadores

ABSTRACT: Aging is a natural, irreversible and worldwide reality. The elderly are the population group most vulnerable to falls and caregivers are unaware of first-aid care in the event of falls. Thus, this study was intended to carry out a literature review on falls in the elderly, practices of prevention and first aid care for falls of elderly in the home. This is a bibliographical review carried out in the Virtual Health Library - VHL using the databases: LILACS, Scielo and Google academic. The search occurred between February and May 2016. 65 papers were read in full and 43 articles were selected after re-reading and refinement, resulting in 02 articles with Level of Evidence 05 according to Evidence Based Practices (EBP), in which the importance of have a capacity, which allows the exchange of knowledge and stimulation of transmission. Caregivers need training, aiming to reduce cases of falls as well as the first care in their occurrence.

KEYWORDS: Fall. Seniors. Caregivers.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade natural, irreversível e que acontece mundialmente (DICK; PINTO, 2015). E no Brasil, bem como nos países desenvolvidos houve um aumento da expectativa de vida, verificada ao longo das últimas décadas, decorrente da melhora na qualidade de vida (SOUZA et al., 2014).

Essa fase da vida pode ser caracterizada de várias formas, dentre elas, está envelhecimento mal sucedido, que envolve o idoso frágil ou dependente (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015).

O idoso frágil está mais exposto a risco de dependência, institucionalização, doenças agudas, hospitalização, recuperação lenta e mortalidade (CHERNICHARO; FERREIRA, 2015). Além disso, o crescimento da população de idosos fez com que esse grupo populacional se torna mais vulnerável as quedas (FABRICIO; RODRIGUES, 2006).

A queda pode ser conceituada como um acidente que faz com que o indivíduo inesperadamente caia no chão, do seu nível ou de um nível inferior (LOPES et al., 2007). Ela pode representar um problema que compromete a capacidade funcional do idoso, diminuindo sua autonomia e independência (FABRICIO; RODRIGUES, 2006).

Segundo Freitas et al. (2011), a queda é um evento que consiste em elementos de causas classificadas como extrínsecas, ou seja, depende do ambiente, mas existe também os de causas intrínsecas, de ordem interna, devido a alterações fisiológicas da pessoa.

A queda pode fazer com que esse indivíduo necessite de cuidado permanente para o adequado manejo clínico de seu problema (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011). Nesse contexto, surge o cuidador, o qual é a pessoa, membro da família ou não, que cuida da pessoa idosa dependente de outros para realizar atividades diárias, como se alimentar, fazer higiene pessoal, ingerir a medicação de rotina entre outros, assistindo dessa forma na recuperação e na qualidade de vida desse idoso (BRASIL, 2006).

Segundo Souza et al. (2014), nestas circunstâncias, há então um envolvimento de cuidadores informais ou familiares para prover as necessidades de cuidados no domicílio como tarefas que são realizadas, muitas vezes, através de conhecimentos baseados em experiência vividas, ou seja, no empirismo, inclusive improvisadas por não serem devidamente hábeis para essa função.

Esses cuidadores, por vezes, desconhecem até mesmo os cuidados básicos que precisam ser proporcionados ao paciente, como nos casos de cuidadores familiares, que sem escolhas, assumem este papel para si (TSKUNAMOTO et al., 2010).

Em consequência disso, muitos desses cuidadores não estão aptos para prestar os primeiros socorros em situações de urgência e emergência, sendo que diversos tipos de acidentes podem levar a esta ocorrência. E a forma como as pessoas reagem nestas circunstâncias geralmente determina como será a recuperação da vítima (PEREIRA et al., 2015). Em vista que os primeiros socorros são os primeiros atendimentos e urgentiais, prestados a acidentados e/ou vítimas de doença súbita, visando manter as funções vitais, diminuir a incapacidade e o sofrimento, assim

como não agravar a condição da pessoa, para que depois ela receba o atendimento adequado (REIS, 2010).

Diante do exposto é de extrema importância que haja um ensinamento sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros ao público leigo, pois atualmente isto está restrito aos profissionais da área da saúde ou àqueles que estão nas universidades, para que se possa garantir um atendimento mais adequado frente às situações que carecem de cuidados imediatos (PEREIRA et al., 2015).

Acredita-se que parte da população, realiza os primeiros socorros sem uma capacitação para tal prática, auxiliando apenas pelo impulso da solidariedade, o que pode comprometer a reabilitação (PERGOLA; ARAÚJO, 2008). E o preparo para essas pessoas nessas situações, colabora para uma melhor recuperação (TSKUNAMOTO et al., 2010). Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as produções bibliográficas existentes sobre quedas em idosos, práticas de prevenção e atendimento de primeiros socorros á quedas de idosos no âmbito domiciliar.

2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica a fim de identificar e analisar as produções bibliográficas existentes sobre quedas em idosos, práticas de prevenção e atendimento de primeiros socorros á quedas de idosos no âmbito domiciliar pelos cuidadores.

A revisão de literatura é uma técnica que ainda está iniciando na enfermagem nacional, mas a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Pompeo, Rósseo e Galvão (2008), a revisão integrativa tem como objetivo reunir e sintetizar os estudos feitos sobre um estabelecido tema, construindo uma conclusão, com base nos resultados evidentes em cada estudo, mas que pesquisam problemas idênticos ou semelhantes. É um método de pesquisa que possibilita produzir uma fonte de conhecimento atual sobre um problema e determinar se esse conhecimento é válido para ser transferido para a prática.

A revisão é classificada dentro da Prática Baseada em Evidências (PBE), que se centraliza em sistemas de classificação de evidências. Esses sistemas, frequentemente, são caracterizados de forma hierárquica, dependendo da delimitação da pesquisa, ou seja, da metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo (GALVÃO, 2006). Essa prática tem como um dos seus objetivos estimular o uso de resultados de alguma pesquisa juntamente com a assistência à saúde prestada nos vários níveis de atenção, fortalecendo a importância que a pesquisa possui para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE classifica hierarquicamente as evidências que os estudos trazem em sete níveis, segundo o delineamento da pesquisa, norteamento da abordagem metodológica,

e de acordo com Melnyk, Fineout-Overholt (2011) elas são categorizadas em sete níveis:

- Nível 1: evidencia advinda de uma revisão sistemática ou metanálise de vários estudos clínicos controlados.
- Nível 2: evidencia resultante de estudos controlados bem delineados;
- Nível 3: evidencia originada de estudos clínicos sem randomização;
- Nível 4: evidencia procedida de caso-controle e estudos de coorte;
- Nível 5: evidencia produzida a partir de estudos de revisão descritivo e qualitativo;
- Nível 6: evidencia proveniente apenas um estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7: evidencia vinda da opinião de especialista das áreas e/ou de relatórios de comitês de especialistas.

As evidências devem ser buscadas para que sustentem as decisões clínicas de diagnóstico, intervenções e resultados, elas devem fornecer provas e contribuir para a acurácia diagnóstica, em vista que prevê que se busquem resultados de pesquisas que indiquem validade (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Para a elaboração desta revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento dos objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; confirmação da existência dos descritores no Descritores em Ciências da Saúde- DeCS; coleta de dados; organização dos dados; análise dos dados; redação dos resultados e discussão; apresentação da revisão.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados na revisão de literatura são:

- Artigos publicados em português e espanhol;
- Artigos que avaliam o conhecimento e prática de cuidadores na prevenção e atendimento de primeiros socorros á quedas de idosos;
- Período estabelecido: os últimos 10 anos.

E as buscas dos artigos foram na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS utilizando as seguintes bases de dados: LILACS, a biblioteca digital Scielo e o buscador acadêmico Google acadêmico, utilizando os descritores e as palavras: primeiros socorros, cuidadores, acidentes por quedas e idoso (s) cruzando estes através dos operadores booleanos para que assim tenha uma busca mais refinada e seja obtido resultados mais precisos. Os operadores usados foram: AND, OR.

Foram feitos vários cruzamentos nas bases de dados, mas apenas no Google acadêmico foram encontrados artigos relacionados ao assunto que contemplou o objetivo do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A busca foi realizada entre os meses de fevereiro a maio de 2016. Foram encontradas 367.750 publicações e foram lidos os títulos e os resumos, sendo necessário a leituras de 65 artigos na íntegra, pois não havia informações suficiente nos títulos e os resumos. Foram elegíveis 43 estudos e relidos na íntegra. Após a leitura exaustiva, foram elegíveis 2 artigos que atenderam aos critérios de inclusão.

De acordo com os artigos incluídos nesta revisão, notou-se que os cuidadores têm pouco conhecimento em caso de queda e que muitas vezes, o idoso necessita presença de algum familiar, o qual acaba por se tornar cuidador mesmo sem formação. Dessa forma, o dia-a-dia faz com que as pessoas e familiares tenham um mínimo conhecimento sobre primeiros socorros com a finalidade de preservar a vida do paciente até a chegada do socorro especializado (DICK; PINTO, 2015).

E segundo um estudo feito por Pereira et al. (2015) foi detectado que 97% dos participantes acham importante ter uma capacitação sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros, para que assim possam salvar vidas e saberem o que fazer e o que não fazer nessas circunstâncias.

Atualmente, o ensino sobre essa prevenção está restrito aos profissionais de saúde ou àqueles que estão próximos das universidades. Porém, o ensino sobre essa temática deveria ser disponibilizado ao público leigo para que se possa assegurar um atendimento menos inadequado diante das situações que requerem cuidados imediatos (PEREIRA et al., 2015).

Segundo o estudo de Dick & Pinto (2015), nos resultados do relato de experiência de um curso de capacitação para cuidadores de idosos, apontou-se que este curso proporcionou um espaço de práticas, habilitando-os a cuidarem dessa população, uma vez que vem aumentando a longevidade da população.

As atividades de educação em saúde proporcionam aos participantes o desenvolvimento de um pensamento crítico reflexivo voltado para a realidade e à construção de novos conhecimentos. Em razão disso, o trabalho de educação em relação à prevenção de acidentes e aos primeiros socorros deve ser feito para todos os tipos de indivíduos da sociedade, numa concepção de educação permanente (PEREIRA et al., 2015).

No curso de capacitação feito por Pereira et al. (2015), possibilitou-se a troca de conhecimentos e atualização sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros aos participantes, e os estimulou a transmitirem os conhecimentos adquiridos. E objetivo da educação em saúde é permitir esta troca de saberes entre a população e o profissional de saúde, buscando a autonomia do indivíduo como transformador de sua própria realidade.

Corroboram ainda Avila, Pereira e Bocchi (2015) em seu estudo que é necessário também que e oriente os cuidadores quanto aos fatores que favorecem as quedas, para que estes não se decepcionem com o cuidado que estão realizando. Portanto, é

prudente que tenha educação em saúde continuamente.

É fundamental que haja medidas de intervenção por parte dos profissionais de saúde, visando à mudança de atitudes e a redução de danos ocasionados por estes acidentes e para que isso ocorra é preciso que se invista em campanhas que envolvam a prevenção destes acidentes (LOPES et al., 2007). E no que tange ao cuidado a esses indivíduos é indispensável que se resgata a autonomia deles, podendo trazer a família como um forte auxílio no cuidado (FLORES et al., 2011).

Assim, é de extrema importância que haja mais pesquisas na área a fim de sensibilizar a população para que potencializem a constituição de novos horizontes do processo educativo (PEREIRA et al., 2015). Segundo o estudo de Dick e Pinto (2015) ao realizarem essa educação e treinamento de leigos e cuidadores contribui-se para um maior conhecimento da comunidade, com o objetivo de minimizar a repercussão desses eventos na vida do idoso.

4 | CONCLUSÕES

A presente pesquisa concluiu-se com apenas dois artigos na revisão de literatura sobre o tema proposto, sendo estes, pesquisas com nível de evidência 5 dentro da Classificação da PBE.

As produções bibliográficas existentes sobre quedas em idosos, práticas de prevenção e atendimento de primeiros socorros á quedas de idosos no âmbito domiciliar pelos cuidadores, compreendeu a busca em de dados eletrônicas das publicações de artigos na íntegra, na língua portuguesa.

Os resultados encontrados nos estudos apontam que os cuidadores necessitam de uma capacitação para oferecer um cuidado de qualidade para os idosos, visando à redução de casos de quedas.

Diante do exposto, é de extrema importância que haja mais estudos nesta área para que se possa ter uma real noção do conhecimento dos cuidadores de idosos, em vista de que as quedas representam um relevante agravante na saúde dos idosos, podendo causar graves consequências inclusive morte. Consequentemente, se faz necessário que haja uma capacitação dos cuidadores objetivando mudança de atitudes por parte destes e a redução de danos que estes acidentes geram.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 192. Disponível em: <bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=013> Acesso em: 20/02/16.

CHERNICHARO, I. M.; FERREIRA, M. A. **Cuidado com o idoso hospitalizado na perspectiva dos acompanhantes**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, RJ, v.19, n.1, p. 80-85,

jan./mar. 2015. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100080> Acesso em: 20/02/16.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A.M. **Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 3, p.415-22, maio-junho, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>.> Acesso em: 09/04/16.

DUCA, G. F. D.; THUMÉ, E. H.; HALLAL, P. C. **Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idoso.** Revista da Saúde Pública da USP, São Paulo, SP, v.45, n.1, p. 113-20, oct. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100013> Acesso em: 13/02/16.

DICK, N. M.; PINTO, J. N. **Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos: Relato de experiência.** Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, RS, v, 3, n. 2, p. 119-128, nov. 2015. Disponível em:< http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito__7bef7035d146ca7c554c345a91f0e773.pdf.> Acesso em: 13/02/16.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. **Percepção de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, RJ, v, 14, n. 4, p. 531-7, out/dez. 2006.Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a07.pdf>.> Acesso em: 13/02/16.

FLORES et al. **A dívida do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso.** Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, PR, v. 10, n. 3, p. 533-540, Jul/Set 2011. Disponível em:< <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683/pdf>.> Acesso em: 13/02/16.

FREITAS, et al. **Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para ação.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 478-55, mai-jun. 2011. Disponível em:< <http://repositorio.furg.br/handle/1/1670>> Acesso em:13/02/16.

GALVÃO, C. M. **Níveis de Evidência.** Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, v. 19, n. 2, p. 1, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.> Acesso em:09/04/16.

LOPES, M. C. L et al. **Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos.** Revista Cogitare Enfermagem, Curitiba, PR, v. 12, n. 4, p. 472-7,Out/Dez. 2007. Disponível em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitar_e/article/view/10073> Acesso em:13/02/16.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C; M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p 758-64, out-dez; 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018.> Acesso em:08/04/16.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice.** 2. ed. Philadelphia: WoltersKluwer Health/ PippincottWilliams & Wilkins, 2011.

PEREIRA et al. **A construção de conhecimentos sobre prevenção de acidentes e primeiros socorros por parte do público leigo.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João del-Rei, MG, v. 5, n. 1, p 1478-487, jan/abr. 2015. Disponível em:< <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/456/837>.> Acesso em:20/02/16.

PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. **O leigo em situação de emergência.** Revista da Escola de Enfermagem das USP, São Paulo, SP, v, 42, n. 4, p. 769-7, 2008.Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a20.pdf>.> Acesso em:20/02/16.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo**

de validação de diagnóstico de enfermagem. Revista Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400014&script=sci_abstract&lng=pt.> Acesso em:09/04/16.

REIS, I. **Manual de Primeiros Socorros:Situações de Urgência nas Escolas, Jardins de Infância e Campos de Férias.** Portugal: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2010. 80 p. Disponível em:< [http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/primeirosocorros.pdf.](http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/primeirosocorros.pdf)> Acesso em: 24/02/16.

SOUZA, I. C. P. et al. **Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar.** Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, v. 18, n.1, p. 164-172, jan/mar. 2014. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/916>> Acesso em: 20/02/16.

TSUKAMOTO, H. F. et al. **A Problemática do Cuidador Familiar: os Desafios de Cuidar no Domicílio.** Revista Saúde e Pesquisa, Maringá, PR, v. 3, n. 1, p. 53-58, jan./abr. 2010. Disponível em:<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1315>> Acesso em: 20/02/16.

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA E NEONATOLOGIA

Suely Alves Fonseca Costa

Mestre e Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Docente do curso de enfermagem na Universidade Nove de Julho. Enfermeira do Departamento de Pediatria na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo São Paulo- São Paulo

Allison Scholler de Castro Villas Boas

Mestre e Especialista em Enfermagem Pediátrica. Docente do curso de enfermagem na Universidade Nove de Julho. São Paulo-São Paulo.

Sarah Tavares Monteiro

Enfermeira. Graduada em Enfermagem na Universidade Nove de Julho. São Paulo-São Paulo

RESUMO: Introdução: O atendimento a parada cardiorrespiratória (PCR) infantil requer conhecimento e execução eficiente de condutas padronizadas para a melhora do prognóstico de vida livre de sequelas. Objetivo: Identificar e comparar o conhecimento dos enfermeiros matriculados no curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica que atuam na prática profissional e dos que ainda não atuam sobre PCR infantil. Método: Pesquisa quantitativa. Foram entrevistados 69 enfermeiros atuantes em unidades pediátricas, e 31 não atuantes, matriculados no mesmo curso de especialização. Resultados: Os dados mostram que não houve

diferença significativa entre os dois grupos de profissionais a respeito do conhecimento sobre a PCR; a maioria dos enfermeiros demonstrou ter conhecimento suficiente sobre esse assunto; no entanto, alguns ainda têm dificuldade em aspectos que envolvem esse atendimento. Conclusão: Os enfermeiros têm o conhecimento teórico necessário para realizar o atendimento em PCR, mas a falta de atualizações contínuas pode interferir em sua atuação.

PALAVRAS CHAVE: Parada Cardíaca. Enfermagem Pediátrica. Conhecimento

NURSES' KNOWLEDGE ABOUT CARDIORESPIRATORY ARREST IN PEDIATRICS AND NEONATOLOGY

ABSTRACT: INTRODUCTION: Treating infant cardiorespiratory arrest (CRA) requires knowledge and efficient execution of standardized procedures so as to improve the prognosis of a life free of aftereffects. Objective: To identify and compare the knowledge of nurses who are enrolled in the Pediatric Nursing Specialization Course who are currently practicing professionals to that of those who are enrolled but have not yet worked with infant CRA. Method: Quantitative research, 69 nurses currently working in pediatric units and 31 non-practicing nurses, all of whom are enrolled in the same specialization course. Results: The data

show that there was no significant difference between the two interviewed groups; the majority of the nurses demonstrated sufficient knowledge of the topic. However, some professionals still struggled with some of the aspects involved in this type of treatment. Conclusions: Nurses have the theoretical knowledge necessary to treat CRA, but the lack of continuing education can interfere with their performance.

KEYWORDS: Heart Arrest. Pediatric Nursing. Knowledge

1 | INTRODUÇÃO

Entende-se por parada cardiorrespiratória (PCR) a cessação súbita e inesperada da atividade mecânica cardíaca, associada à ausência da respiração (AHA, 2015). Estimativas realizadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia revelam que, apesar dos avanços decorridos na saúde, muitas vidas ainda são perdidas anualmente no Brasil. Contudo, não se tem uma dimensão exata do problema pela falta de estudos e estatísticas a esse respeito. Sabe-se que os avanços ocorridos se estendem à legislação vigente sobre o acesso público à desfibrilação, e também a respeito do treinamento em ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Nesse cenário, acredita-se que ocorrem no país cerca de 200.000 PCRs por ano, sendo a metade no próprio ambiente hospitalar (GONZALEZ, 2013).

Durante o atendimento da PCR o tempo é variável importante, estimando-se que para cada minuto em que a vítima fica sem RCP, cerca de 10% de sua chance de sobrevivência fica diminuída, motivo pelo qual a maior parte das vítimas morre fora do hospital sem intervenção da equipe de saúde (AEHLERT, 2007).

O sucesso da reanimação, além de ser tempo dependente, pois a melhora do índice de sobrevivência está diretamente ligada ao tempo entre a ocorrência da PCR e o início das manobras de RCP, também está relacionado à harmonia, sincronismo, capacitação da equipe para o atendimento e estrutura organizada. Assim, a falta de uniformidade das condutas e a assistência inadequada concorrem para falhas que podem colocar em risco o sucesso da reanimação e, conseqüentemente, a vida do paciente (GUILHERME et al, 2017).

A parada cardíaca infantil frequentemente representa um evento terminal de um choque progressivo ou da falência respiratória, esta última é responsável pela maior parte dos casos registrados (AHA, 2015). Outras complicações também podem ser classificadas como emergências pediátricas, dentre elas, as mais comuns são: convulsões e febre; obstrução da via aérea superior por corpo estranho; estridor laríngeo; patologia respiratória, mal asmática e bronquite aguda; diarreia; desidratação; intoxicações (INEM, 2012).

Em todas essas situações requer pessoas treinadas para atuar com conhecimento, seriedade e respeito. Daí a importância atribuída aos enfermeiros, em especial, de conhecer os principais aspectos que envolvem esse atendimento, visto que, ele é o profissional da saúde que permanece mais tempo em contato com o paciente.

Além disso, ele é quem coordena a equipe de enfermagem durante esse processo, tem encargo contínuo nos procedimentos, por exemplo, dar início às manobras de ressuscitação, monitorização do ritmo cardíaco, os sinais vitais, a desfibrilação, a administração de medicamentos, as anotações, o controle do posicionamento das pessoas e a notificação ao médico, assim como apoio à família (GUILHERME et al, 2017). A partir dessas reflexões surgiu a seguinte indagação: Qual o conhecimento do enfermeiro sobre o atendimento em situação de emergência cardiorrespiratória em pediatria e neonatologia?

O presente trabalho visa a identificar e comparar o conhecimento dos enfermeiros que atuam e dos que ainda não atuam em unidades de atendimento pediátrico e/ou neonatal sobre parada cardiorrespiratória em neonatos e crianças; e dar oportunidades a reflexões sobre aspectos diretamente ligados ao atendimento de emergência pediátrico e neonatal.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Buscando atingir os objetivos propostos no estudo, optou-se por delinear caminhos que pudessem guiar aos resultados almejados. Então, fez-se necessário uma pesquisa de campo de abordagem quantitativa que incluiu decisões sobre quando e com que frequência os dados foram coletados em um estudo (POLIT, 2004). Tal metodologia justifica-se no mesmo, pois se propõem analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre parada cardiorrespiratória pediátrica e neonatal.

O estudo foi realizado no campus de pós-graduação de uma universidade privada, localizada na região centro-oeste na cidade de São Paulo.

Os participantes foram 69 enfermeiros matriculados no curso de especialização nesta área, que atuam na unidade intensiva pediátrica e neonatal, e 31 enfermeiros também matriculados no mesmo curso que ainda não atuam nessas unidades. Os quais foram convidados para realizar um teste contendo 08 questões objetivas abordando o conhecimento sobre PCR como: causas, sinais, tratamento e assistência trans e pós-parada cardíaca em neonatologia e pediatria.

A entrevista ocorreu no campus da universidade em horário de aula, autorizado pelos professores presentes. Foram entrevistadas 03 turmas, sendo 02 do período da manhã e 01 do período noturno. Critérios de inclusão: Ser graduado em enfermagem, estar cursando o curso de pós-graduação em enfermagem neonatal/pediátrica, estar ciente e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ser graduado em enfermagem, não estar cursando o curso de pós-graduação em enfermagem neonatal/pediátrica, não aceitar participar da pesquisa, não ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados durante o período de 2015 a 2017, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade Nove de Julho Parecer

número 1281739 e assinatura do TCLE pelos participantes; conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, Lei 196/96.

Os dados foram analisados descritivamente, com indicação de frequência absoluta e relativa sendo apresentados sob a forma de tabelas. A criteriosa leitura das respostas permitiu o agrupamento de percepções similares, podendo ser quantificadas pela frequência em que se aparecem as respostas. Foram tabulados separadamente os acertos e erros das questões sobre o atendimento em Parada Cardiorrespiratória pediátrica e neonatal.

3 | RESULTADOS

Os resultados da análise de dados foram apresentados seguindo a ordem dos enfermeiros que atuam na área de pediatria/neonatal e após os que não estão atuando, apontando as maiores dificuldades de cada grupo e ressaltando as similaridades e diferenças entre eles. Os dados foram apresentados em forma de tabela conforme apresentado a seguir:

Tipos de Questões	N=69 Respostas (%)		
	Acertos	Erros	Total
1. Causas mais frequentes de PCR em pediatria/neonatalogia	93,0	7,0	100,0
2. Sinais indicativos de presença de PCR em crianças/neonatos	75,0	25,0	100,0
3. Sinais clínicos que antecipam a PCR em crianças/neonatos	61,0	39,0	100,0
4. Dose de adrenalina na PCR em pediatria/neonatalogia	84,0	16,0	100,0
5. Relação compressão/ventilação	64,0	36,0	100,0
6. Etapas a seguir na PCR.	51,0	49,0	100,0
7. Joule/kg utilizada no início da desfibrilação pediatria/neonatal	55,0	45,0	100,0
8. Cuidados de enfermagem pós RCE.	77,0	23,0	100,0

Tabela 1. Conhecimentos dos enfermeiros que atuam na área de pediatria/neonatal sobre PCR

Dos 100% (N= 69) dos entrevistados que atuam na área de pediatria/neonatal, observa-se que 93% (64,17) têm algum conhecimento relacionado às causas mais frequentes de PCR em pediatria/neonatalogia no que se refere à falha do sistema respiratório. Igualmente pode-se dizer que 84% (57,96) destes enfermeiros sabem fazer uso de adrenalina na PCR para uma terapia medicamentosa adequada. Em contrapartida, também se observa dificuldades destes mesmos profissionais em identificar a sequência correta nesse atendimento, tais como: A = via aérea; B = respirações; C = compressões torácicas – circulação, quando em neonatologia ou CAB em pediatria; a serem seguidas nesse procedimento somando 49% (33,81) de erros nesse quesito. Quanto aos sinais indicativos de presença de parada cardiorespiratória em crianças e neonatos tais como: Apnéia, inconsciência e ausência de pulso central palpável, houve 75% (51,75) de acertos.

Apenas 61% (42,09) dos entrevistados acertaram a questão sobre a avaliação

dos sinais clínicos que antecipam a PCR em crianças/neonatos tais como: frequência cardíaca diminuída, uso da musculatura acessória e estado de oxigenação.

Em relação à assistência de enfermagem após o restabelecimento da circulação espontânea como cateterismo orogástrico e vesical, posicionamento adequado, administração de drogas de manutenção, entre outros; identificou-se 77% (53,13) de acertos.

Como também estes profissionais mostraram um déficit no conhecimento sobre a medida Joule carga/kg ao iniciar a desfibrilação cardíaca nas crianças/neonatos atingindo uma taxa de erros de 55% (37,95). No que diz respeito à relação compressão/ventilação ao atender uma vítima em pediatria/neonatalogia na presença de um ou dois socorristas conforme as diretrizes da American Heart Association 64% (44,16) dos entrevistados acertaram a questão.

A tabela 2 mostra a frequência relativa de acertos e erros dos enfermeiros entrevistados que não atuam na área de pediatria/neonatal.

Tipos de Questões	N= 31 Respostas (%)		
	Acertos	Erros	Total
1. Causas mais frequentes de PCR em pediatria/neonatalogia	84,0	16,0	100,0
2. Sinais indicativos de presença de PCR em crianças/neonatos	65,0	35,0	100,0
3. Sinais clínicos que antecipam a PCR em crianças/neonatos	13,0	87,0	100,0
4. Dose de adrenalina na PCR em pediatria/neonatalogia	74,0	26,0	100,0
5. Relação compressão/ventilação	71,0	29,0	100,0
6. Etapas a seguir na PCR.	61,0	39,0	100,0
7. Joule/kg utilizada no início da desfibrilação pediatria/neonatal	68,0	32,0	100,0
8. Cuidados de enfermagem pós RCE.	77,0	23,0	100,0

Tabela 2. Conhecimentos dos enfermeiros que não atuam na área de pediatria/neonatal sobre PCR

Já em relação ao conhecimento dos enfermeiros que ainda não atuam na área de pediatria/neonatal sobre PCR em crianças/neonatos, dos 100% (N=31) ao serem questionados sobre os cuidados de enfermagem em pacientes pós-parada cardiorrespiratória infantil, observou-se 77% (23,87) de respostas corretas, mesma margem de acertos que tiveram os profissionais que já atuam nessas unidades. Quanto aos sinais indicativos de presença de PCR houve 35% de erros (10,85), o que revela desvantagem em relação ao grupo anterior que foi de 25% (17,25).

Porém ao questionarmos sobre a avaliação dos sinais que antecipam a PCR estes profissionais demonstraram certa dificuldade, onde apenas 13% (8,97) dos entrevistados acertaram a questão proposta. Ao comparar este resultado entre os dois grupos, observa-se que há diferença de 48% no conhecimento com vantagem para o primeiro grupo.

No entanto no que se referem à terapia medicamentosa, mais precisamente ao uso de adrenalina na PCR obteve-se 74% (22,94) de respostas corretas; e sobre a medida Joule carga/kg ao iniciar a desfibrilação cardíaca nas crianças/neonatos houve

68% (21,08) de acertos. Margens de acertos muito próximos do grupo de enfermeiros que já atuam na prática como demonstrado anteriormente.

No quesito restabelecimento da circulação espontânea eficaz houve 39% de erros (12,09), ou seja, uma grande parte dos entrevistados dos que ainda não trabalham na área pediatria/neonatal assim como, os enfermeiros atuantes nas unidades pediátricas 49% (57,96) demonstraram não ter conhecimento sobre o método de CAB ou ABC ao iniciar as manobras de RCP.

A quantidade das compressões/ventilações também elege uma RCP de qualidade, destes entrevistados nota-se que 71% (22,01) as realizariam em quantidade suficiente para o sucesso da reanimação demonstrando vantagem em relação ao grupo dos enfermeiros atuantes em áreas pediátricas/neonatal que foi de 64% (44,16).

4 | DISCUSSÃO

A pesquisa em enfermagem com enfoque na atuação da equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória, na criança e no recém-nascido, é uma estratégia que visa diminuir a mortalidade infantil em nível mundial.

Embora a equipe de enfermagem tenha importância significativa no que se refere ao atendimento em parada cardiorrespiratória pediátrica e neonatal, os estudos afirmam que há uma falta de conhecimento teórico acerca desse procedimento, e a minoria dos enfermeiros frequentam cursos de capacitação de relevância com esse enfoque (ALMEIDA, 2011; SILVA, SANTOS & GONÇALVES, 2012; ABRANTES, 2015; NEVE, 2014). Concordamos com Abrantes (2015) que a insegurança, a falta de habilidade técnica, inexperiência profissional, falta de atenção, além do desconhecimento técnico científico são fatores determinantes para o insucesso de um atendimento de emergência pediátrica e neonatal.

Em crianças, a RCP é indicada na bradicardia com hipoperfusão, frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto com sinais de choque sem melhora com oxigenação adequada. Seus resultados poderão levar à lesão cerebral irreversível e morte, uma vez que não sejam estabelecidas as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a respiração (AHA, 2015).

De acordo com a AMERICAN HEART ASSOCIATION (2015) o sucesso na assistência dependerá basicamente dos seguintes passos: Prevenir a PCR, identificando e intervindo prontamente nas situações de dificuldade respiratória e/ou instabilidade circulatória com risco de deterioração para insuficiência respiratória; choque e, finalmente, PCR; Tratar a PCR imediatamente, principalmente antes de ocorrer assistolia; Manter uma adequada pressão de perfusão coronariana durante as manobras de RCP, através de compressões torácicas efetivas e do uso de potente vasoconstritor; Identificar os casos de fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso e desfibrilar prontamente; Tratar a miocardiopatia pós-parada;

Estabilizar o paciente no período pós-PCR antes de transportá-lo para uma unidade de cuidados terciários.

O treinamento frequente e repetitivo de todos estes passos, mediante cursos teórico-práticos com divulgação dos protocolos e recomendações mais atualizadas da ressuscitação cardiopulmonar como acontece nos Cursos de Suporte Básico e Avançado de Vida em Pediatria padronizado pela Associação Americana de Cardiologia é de fundamental importância (AHA, 2015).

A simulação de situações e a execução repetida das condutas e das manobras padronizadas de maneira eficiente e organizada levarão, sem dúvida, ao melhor atendimento das crianças em situações de alto risco, com melhora do prognóstico de vida sem sequelas.

Bertolo (2014) enfatizou que os enfermeiros são capazes de reconhecer sinais e sintomas de uma PCR em pediatria, porém durante o atendimento relatam ter algumas dificuldades no atendimento, dentre as quais a inexistência de uma padronização no atendimento, levando os enfermeiros a terem dúvidas e dificuldades no momento da diluição e administração de fármacos e no reconhecimento das manobras de ressuscitação específicas para crianças. O que pode justificar a forma heterogênea de agir dos enfermeiros durante a reanimação pediátrica e neonatal.

Em geral, os enfermeiros são os primeiros profissionais a presenciar uma vítima em PCR no hospital. Por esse motivo precisam ter conhecimento técnico atualizado, como também habilidades práticas para contribuir de forma efetiva e decisiva na conduta da RCP e na assistência à criança (INEM, 2012; ALMEIDA, 2011; SILVA, SANTOS & GONÇALVES, 2012; ABRANTES, 2015). Sendo assim, corroboramos com outros autores, nos quais referem que os profissionais de enfermagem necessitam de capacitação técnica e científica voltada para o atendimento pediátrico em parada cardiorrespiratória (ALMEIDA, 2011; SILVA, SANTOS & GONÇALVES, 2012; ABRANTES, 2015; NEVE, 2014).

Ao refletirmos mais profundamente sobre esse assunto, percebemos que o enfermeiro apresenta déficit de conhecimento sobre essa temática desde a sua formação, embora estudos mais recentes mostrem índices mais favoráveis.

Estudo, realizado por Peterlini (1996), mostra que alunos do último período do curso de enfermagem não apresentam nível de conhecimento adequado para atuar na assistência à criança em PCR, principalmente, em relação ao tamanho da cânula endotraqueal, dosagem da epinefrina e necessidade de avaliação das radiografias da criança politraumatizada.

Já em estudo mais recente realizado com alunos do 8º semestre da graduação em enfermagem, de uma universidade privada de São Paulo, que buscou conhecer o preparo dos graduandos para atender corretamente uma ocorrência de parada cardiorrespiratória, os dados mostraram que o índice médio obtido de respostas certas sobre o total de questionários aplicados foi superior aos erros, ou seja, os estudantes têm conhecimento suficiente para atender uma pessoa vítima de PCR (REIS & FERREIRA,

2007). Estudos realizados por Silva (2016) e Menezes (2009), nessa mesma temática, realizado com enfermeiros que atuam em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência revelaram que, embora os resultados demonstrassem que esses profissionais têm conhecimento a respeito de reanimação cardiopulmonar, eles necessitam de cursos de capacitação e atualização para melhor desempenho no atendimento, como também demonstraram os resultados no presente estudo.

É importante ressaltar que a adequada reanimação cardiorrespiratória básica, assim como o rápido acesso ao sistema de emergência, associados à oferta de um suporte de vida avançado com prevenção de sequelas é essencial para se obter um bom prognóstico no atendimento à criança (ZORZELA, GARROS & CAEN, 2007).

Estudo de Almeida (2011), nessa mesma temática, realizado com enfermeiros que atuam em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência revelou que, embora os resultados demonstrem que esses profissionais têm conhecimento a respeito de reanimação cardiopulmonar, eles necessitam de cursos de capacitação e atualização para melhor desempenho no atendimento, o que reforça os resultados do presente estudo.

Pesquisa realizada por Abrantes (2015) ainda revela que o tempo médio de atualização dos profissionais sobre a reanimação cardiorrespiratória são 18 meses; o que contraria as recomendações da literatura, nas quais referem que o tempo máximo ideal de reciclagem sobre esse procedimento é de seis meses (BELLAN, ARAÚJO & ARAÚJO, 2010).

Neste estudo a principal dificuldade sobre a PCR onde a vítima é uma criança apresentada pelos enfermeiros, tanto os que atuam em unidades pediátricas, como também, os que ainda não trabalham se constitui na manipulação dos fármacos e no conhecimento acerca das diluições e frações. Destaca-se que a administração do fármaco é de responsabilidade da enfermagem e, quando mal administrado, pode causar problemas à criança e piorar o quadro de saúde instalado. Por isso, é importante que o profissional esteja consciente e seguro para tal atividade e que possua os conhecimentos e acesso às informações necessárias (SILVA, 2007).

Acrescenta-se que a enfermeira se torna elemento mediador da equipe por meio de sua experiência, capacitação e liderança, exercendo funções de planejamento da unidade, de admissão e avaliação da criança em estado crítico. A sua vivência na sala de emergência da unidade de atendimento pediátrico, permite conhecer o envolvimento emocional de cada integrante da equipe na atenção a criança e sua família em situação de PCR.

Ressalta-se que conforme a Lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem (SÃO PAULO, 2007) cabe ao enfermeiro assistir o paciente em estado crítico, mas para isso é necessário que ele tenha conhecimento suficiente para tal, pois as chances de sucesso no atendimento de parada cardiopulmonar são bem maiores quando realizada por profissionais adequadamente treinados (BELLAN, ARAÚJO & ARAÚJO, 2010).

Logo, a atuação da enfermagem como elemento de integração na organização da assistência à criança na sala de emergência da Unidade de Atendimento Pediátrico é resultado da experiência profissional com a criança hospitalizada e sua família, do planejamento da unidade com relação aos recursos humanos e materiais, do relacionamento interpessoal da equipe, a criança e sua família, do conhecimento e habilidade decorrentes da capacitação em emergência pediátrica com a educação permanente da equipe de enfermagem para que se possa garantir o cuidado emergencial.

5 | CONCLUSÃO

O estudo possibilitou identificar que os enfermeiros recebem o conhecimento científico necessário para realizar o protocolo de PCR, mas a falta de experiência na prática e estudo contínuo interfere no momento de uma ocorrência.

Em geral não houve diferença significativa entre os enfermeiros que atuam em unidades pediátricas e os que ainda não têm experiência prática nessa área sobre o procedimento da PCR, exceto na questão sobre o uso da adrenalina.

Ressaltamos que é dever do enfermeiro realizar cursos de aprimoramento e estudos sobre o assunto sempre que possível; e das instituições de saúde oferecer cursos de aprimoramento e atualizações de protocolos periodicamente e sempre que necessário, para que os profissionais de saúde estejam sempre atualizados e capacitados para atender a vítima. Isso permite que o profissional atue de forma mais assertiva sem correr riscos decorrentes de condutas erradas durante a RCP.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. W. B. et al. Conhecimentos, atitudes e práticas da enfermagem sobre parada cardiorrespiratória em unidade de cuidados intermediários de neonatologia: **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 25, n. 1, p. 97-101, 2015.

AEHLERT, B. **ACLS, advanced cardiac life support**: emergências em cardiologia: suporte avançado de vida em cardiologia: um guia para estudo, 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.

AHA. AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da AHA 2015: atualização das diretrizes de RCP e ACE**. American Heart Association. Guidelines CPR, ECC. 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>, acesso em 20/12/2017.

ALMEIDA, A. O. et al. Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. mar-abr 2011 [acesso em: 29/05/2016];19(2):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_06_5.

BELLAN MC, ARAÚJO IEM, ARAÚJO S. Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 1019-27, nov-dez 2010.

BERTOLO, V. F. et al. Conhecimento sobre ressuscitação cardiopulmonar dos profissionais da saúde

da emergência pediátrica. **RevEnferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 546-50, jul/ago 2014.

GONZALEZ, M. M. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da sociedade brasileira de cardiologia: resumo executivo. **ArqBrasCardiol**, v. 100, n. 2, p. 105-13, 2011.

GUILHERME, M. I. S. et al. O atendimento de enfermagem em casos de parada cardiorrespiratória (PCR). **Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem CBCENF**. 2015. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/152368.E12>.

INEM. **Normas, emergências pediátricas e obstétricas**. Manual TAS. Versão 2.0; 2012.

MENEZES, M. G. B. et al. O conhecimento dos profissionais e enfermagem sobre atendimento de reanimação cardiopulmonar em Pará de Minas, Papagaios e Pitangui/MG. **SynThesis Revista Digital**. Pará de Minas, v.1, n. 1, p. 293-307, 2009. Disponível em: www.fapam.edu.br/revista. Acesso em: 20/12/2017.

NEVE, T.S. et al. Atualização no atendimento a vítima pediátrica em parada cardiorrespiratória. **Revista rede de cuidados em saúde**. v. 7, n. 1, 2014.

PETERLINI, M. A. S. et al. Reanimação Cárdiorrespiratória e Cerebral (RCRC) em pediatria. O conhecimento dos graduandos de enfermagem. **Acta Paul Enf**. São Paulo, v. 9, n. 2, p. 68-74, 1996.
POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, 450p.

REIS, H. H.; FERREIRA, G. M. M. Conhecimento dos graduandos de oitavo semestre do curso de enfermagem do centro universitário Nove de Julho sobre parada cardiorrespiratória. **ConScientiae Saúde**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 89-103, 2007.

SÃO PAULO. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Principais legislações para o exercício de enfermagem 2007. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, D. O. et al. Preparo e administração de medicamentos: análise de questionamentos e informações da equipe de enfermagem. **Rev Latino- AmEnferm**, v. 15, n. 5, set-out 2007.

SILVA, K. C. B. et al. Conhecimento de enfermagem na parada cardiorrespiratória em crianças. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 87-94, abr, 2016.

SILVA, P. L. N.; SANTOS, S.; GONÇALVES, R. M. D. A. Atuação da equipe de enfermagem frente a uma parada cardiorrespiratória em recém-nascido dentro de um centro obstétrico. **Revista Digital. Buenos Aires**, v. 17, n. 175, diciembre 2012. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 20/12/2017.

ZORZELA, L.; GARROS, D.; CAEN, A. R. The new guidelines for cardiopulmonary resuscitation: a critical analysis. Novas recomendações para reanimação cardiopulmonar. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2s0/a08v83n2s0.pdf>. Acesso em: 20/12/2017.

VALIDAÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA O PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Lirane Elize Defante Ferreto de Almeida

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Medicina, Francisco Beltrão, Paraná

Isabela Tramontini Benevenuto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Curso de Medicina, Francisco Beltrão, Paraná.

Greicy César do Amaral

Secretaria de Estado da Saúde, 15ª Regional de Saúde de Maringá, Paraná

RESUMO: O protocolo assistencial é um documento elaborado a partir do conhecimento científico e das observações práticas com a intenção de colaborar com os profissionais de saúde em sua prática de atenção a saúde. O objetivo foi de elaborar um protocolo assistencial para o pré-natal de risco habitual na atenção básica. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e desenvolvimento de um protocolo assistencial para gestantes de risco habitual atendidas na atenção básica, desenvolvido por nove juízes do estudo, profissionais que atuam junto ao pré-natal ou pesquisadores na área, com no mínimo cinco anos de experiência. Foi realizado em duas etapas: levantamento da literatura para a elaboração do protocolo e instrumento checklist e posterior submissão para validação de conteúdo mediante a aplicação do Índice Validade de Conteúdo (IVC) $>0,75$. O instrumento pode ser considerado válido em

seu conteúdo, com todos os itens considerados adequados, tanto separadamente, como de maneira global.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação, Protocolo, Atenção Básica.

VALIDATION OF ASSISTANCE PROTOCOL FOR HABITUAL RISK PRENATAL IN BASIC ATTENTION

ABSTRACT: A guideline is a document based on knowledge and practical observations with the intention of collaborating with health professionals in their practice of health care. The objective was to elaborate a guideline for prenatal care at usual risk in public service. A descriptive study with quantitative approach and development of a care protocol for pregnant women at usual risk, evaluated by nine study judges, prenatal professionals or researchers in the area with, at least, five years of experience. It was carried out in two stages: literature review for the elaboration of the protocol and instrument checklist and later submission for validation of content by applying the Content Validity Index (IVC > 0.75). The instrument may be considered valid in its content, with all items considered appropriate, both separately and globally.

KEYWORDS: Pregnancy; care protocol; public service.

1 | INTRODUÇÃO

Protocolos assistenciais são diretrizes elaboradas e fundamentadas na medicina baseada em evidências. Surgem a partir da união entre observações práticas e informações científicas produzidas por profissionais especialistas, úteis para orientar e auxiliar nas rotinas de cuidado e/ou de gestão em saúde (Moraes, 2013).

Tais protocolos são fruto da preocupação de um serviço em oferecer atenção de qualidade e de acordo com a necessidade e demandas de seus usuários (Tibúrcio, et al., 2014; Moraes, 2013) Assim, podem ser objetos especialmente úteis no manejo e enfrentamento de problemas de saúde importantes, como úlcera venosa, aferição da pressão arterial no pré-natal entre outros (Werneck, 2009).

O uso e emprego desses protocolos é uma maneira eficiente de colocar em prática o modelo de atenção integral à saúde da população proposto pelo Sistema Único de Saúde (Werneck, 2009).

Os protocolos assistenciais são facilmente associados a maiores graus de confiabilidade e segurança pois promovem a implementação de rotinas padronizadas e práticas adequadas à realidade local de onde foram implantados (Pimenta, et al., 2015).

2 | MÉTODOS

Estudo descritivo, o qual se destina a descrever as características relacionadas a opinião dos avaliadores a respeito da validação de um protocolo assistencial para gestantes de risco habitual atendidas na atenção básica (Gil, 1999).

A pesquisa foi conduzida em duas etapas: a) elaboração do instrumento; b) validação do conteúdo e verificação da confiabilidade do instrumento pela análise de concordância entre os peritos com maior tempo de experiência.

Para elaboração do instrumento, foi realizada uma busca sistemática na literatura em base do MEDLINE, BVS, UnA-SUS, LILACS, PAHO, SciELO e MEDCARIB com a finalidade de investigar a assistência à saúde prestada para a gestante na atenção básica da área de abrangência da 8ª Regional de Saúde. Posteriormente, com a finalidade de refinar o instrumento, ele foi encaminhado para médicos de diversas áreas, selecionados conforme os critérios de avaliar o instrumento quanto a abrangência, clareza, pertinência e configuração.

Concluída a fase de análise dos profissionais médicos, foi encaminhado para ajuizamento de profissionais que atuam a mais de cinco anos na área com gestantes, atuação na atenção básica e no caso dos doutores com produção relevante na área. Conforme a literatura, não existe um consenso em relação ao número de avaliadores para validar os itens de um instrumento, sendo sugerido que a amostra de peritos depende da amostra disponível que o pesquisador terá disponível, para garantir a experiência profissional como um indicador importante para avaliar o protocolo o

pesquisador definiu o tempo mínimo de atuação em cinco anos.

Após os ajustes o documento foi encaminhado para quatro médicos que atuam na atenção básica do município de Marmeleiro-PR, para avaliação final. Os juízes foram contatados formalmente por e-mail e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o protocolo de atenção e um instrumento de avaliação. Esse último foi elaborado a partir de uma adaptação do instrumento utilizado por Costa (Costa, 2013). As informações dos avaliadores foram coletadas e eles responderam um instrumento que continha os itens do protocolo a serem avaliados como objetivo, apresentação, estrutura e relevância.

Foi adotado para validação do protocolo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com ponto de corte igual/superior a 0,75 conforme adotado em outros estudos (Machado et al., 2012; Tibúrcio, 2014). O método empregou a utilização de escala tipo Likert com pontuação de um a quatro, conforme critério adotado em estudo semelhante de Moraes (Moraes, 2003). Adotou-se o critério de soma de concordância dos itens que foram marcados como “3” ou “4” dividido pelo número total de respostas.

O protocolo de maneira geral foi avaliado por uma das formas de cálculo em que o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento, devendo o valor ser superior a 0,75 para ser considerado validado. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, parecer n 2.087.123 de 29 de maio de 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos juízes, 66,7% eram do sexo masculino, 22%, tem formação *stricto-sensu*, 88,8% exercem atividade profissional não possuindo nenhuma relação com a docência ou pesquisa.

O tempo de experiência na atividade profissional variou de 8 a 32 anos, com média de 17,5 ($\pm 8,68$) anos. Quanto ao tempo de experiência na atividade médica variou de 8 a 18 anos, com média de 13,33 ($\pm 4,54$) anos. Em se tratando do processo de julgamento dos itens que compõem o checklist da técnica de mensuração do protocolo assistencial para o pré-natal de risco habitual na atenção básica, nenhum deles foi avaliado como inadequado. Todos obtiveram concordância dentro do nível de significância estabelecido ($IVC > 0,75$).

Conforme Tabela 1, do total de 17 itens no checklist, oito apresentaram índice de $\geq 0,90$, considerado excelente. Dos três blocos que foram avaliados pelos juízes, para os blocos referente a estrutura e apresentação os juízes sugeriram alterações como o de inclusão de figura, fluxograma e síntese das informações. Na avaliação global, o checklist para avaliação do protocolo assistencial para o pré-natal de risco habitual na atenção básica obteve IVC de 0,75.

Itens referentes ao protocolo assistencial	Totalmente adequado		Adequado		IVC
	n	%	n	%	
1 – OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização o protocolo.	n	%	n	%	
1.1 São coerentes com as necessidades do médico que atua na estratégia saúde da família durante as consultadas de pré-natal.	09	100	-	-	0,85
1.2 São coerentes do ponto de vista da assistência médica no pré-natal	09	100	-	-	0,85
1.3 Pode circular no meio científico na área da obstetrícia.	09	100	-	-	0,98
1.4 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com assistência médica no pré-natal, principalmente Estratégia Saúde da Família.	09	100	-	-	0,98
2 – ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.	n	%	n	%	
2.1 O protocolo serve como suporte de orientação aos médicos durante a realização das consultas de pré-natal.	05	55,6	04	44,4	0,85
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	07	77,8	02	22,2	0,75
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	09	100	-	-	0,75
2.4 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	09	100	-	-	0,88
2.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	07	77,8	02	22,2	0,75
2.6 Informações da capa, contracapa e apresentação são coerentes.	09	100	-	-	0,90
2.7 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	09	100	-	-	0,88
2.8 O número de páginas está adequado.	09	100	-	-	0,90
2.9 As figuras são expressivas o suficiente.	09	100	-	-	
3 – RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material apresentado.	n	%	n	%	
3.1 Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados.	09	100	-	-	0,98
3.2 O protocolo propõe ao médico adquirir mais conhecimento quanto às condutas adequadas durante as consultas do pré-natal.	09	100	-	-	0,98
3.3 O protocolo aborda assuntos necessários a serem oferecidos às gestantes em acompanhamento pré-natal.	09	100	-	-	0,98
3.4 Está adequado para ser usado por médicos durante as consultas do pré-natal.	09	100	-	-	0,98

Tabela 1 – Julgamento dos juízes (n=09) sobre itens do checklist do protocolo assistencial de risco habitual na atenção básica, 2017.

Na avaliação dos profissionais que atuam na atenção básica, todos foram favoráveis ao documento, apontando aspectos positivos como o agrupamento de informações para a condução o pré-natal, facilidade de identificar a informação e importância do documento, destacada pelos médicos que não tem formação em

ginecologia/obstetrícia.

Os itens apontados referentes à estrutura e apresentação do documento, quando avaliados pelos profissionais médicos do município de Marmeleiro, PR, ainda apontaram algumas sugestões de mudanças, principalmente referente ao fluxograma e fonte da letra. Os profissionais obstetras consideraram documento importante para auxiliar o médico que atende a gestante na atenção básica, já que esse profissional não tem formação específica na área e necessita tomar decisões frente a intercorrências, morbidades e entre outras que podem manifestar-se durante o pré-natal.

4 | CONCLUSÕES

O checklist e o instrumento protocolo assistencial mostrou-se válido quanto ao conteúdo. Todos os itens, separadamente bem como o instrumento de forma global foram avaliados como adequados para o documento de condução do pré-natal na atenção básica. Do total de 17 itens apresentados para avaliar o protocolo assistencial, todos foram considerados adequados/totalmente adequados. Na análise dos profissionais que atuam na atenção básica o instrumento é útil para o manejo e seguimento de gestantes de baixo risco, e é um instrumento de referência para a decisão da melhor conduta a ser tomada conforme a situação da paciente; além de ser uma ferramenta de segurança para o profissional médico. O instrumento pode ser considerado válido em seu conteúdo, com todos os itens considerados adequados, tanto separadamente, como de maneira global.

5 | AGRADECIMENTOS

Aos profissionais de saúde, a Prefeitura Municipal de Marmeleiro (PR), que contribuíram para a validação de conteúdo e do instrumento e ao CNPq pelo apoio a pesquisa.

REFERÊNCIAS

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HALPERN, R.; et al. **Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil**. Cad Saúde Pública, 14(3), 487-492, 1998.

MACHADO, R.C., GUERRA, G.M., BRANCO, J.R. **Validação de protocolo para assistência a pacientes com balão intra-aórtico**. Acta Paul Enferm, 25, 13-19, 2012.

MORAES, J.L.de. **Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2013.

PIMENTA, C. A. de M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**, São Paulo, COREN-SP, 2015.

RODRIGUES, E.M., Nascimento, R. G., Araújo, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades da Estratégia de Saúde da Família**. Rev Esc Enferm 45(5), 1041-1047, 2011.

TIBÚRCIO, M.P. **Validação de instrumento para avaliação da habilidade de mensuração da pressão arterial**. Rev Bras. Enferm 67(4), 581-7, 2014.

WERNECK, M. A. F. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**/ Marcos Azeredo Furkim Werneck. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL CARTEIRINHA DIGITAL PARA GESTÃO E CONTROLE DE VACINAS EM ADULTOS

Bauer Danylo do Nascimento Maciel
Sílvia Cristina Nunezz
Mardoqueu Martins da Costa

RESUMO: Podemos observar que milhares de pessoas a cada dia acabam sendo vítimas de doenças que muitas vezes já foram combatidas e/ou erradicadas em algumas regiões do mundo. Relatos ao longo da história apresentam pandemias como Peste Negra, Cólera, Tuberculose, Gripe espanhola, Febre amarela, Sarampo, Malária entre outras, em 2009 a Gripe A (ou gripe suína) foi considerada pela OMS como pandemia. A evolução da ciência possibilitou a prevenção para muitas destas doenças na forma de vacinas e campanhas de vacinação. Acoplado a evolução médica temos o avanço tecnológico com surgimento dos *smartphones* possibilitando canais de comunicação na sociedade que antes não existiam. O objetivo deste estudo foi desenvolver um aplicativo para o celular em *xamarin.forms*, uma caderneta de vacinação para adultos, um documento pouco utilizado na rotina de muitos, mas de grande importância e relevância na gestão e controle de saúde. O estudo apresenta pesquisa de mercado em artigos ou loja de aplicativos em gestão de vacinas, trazendo uma análise comparativa entre eles, permitindo observar comportamento

e funcionalidades na forma de requisitos no desenvolvimento do aplicativo “Tô Vacinado” com escopo voltado a adultos com faixa etária de 20 a 59 anos de idade. A digitalização da carteirinha de vacinação de adultos comum, possibilita um acompanhamento das vacinas já realizadas, proporcionando diminuição no atraso vacinal. A contribuição do aplicativo é estendida as UBS (Unidades básica de saúde) que podem receber seu histórico de vacinas, objetivando uma avaliação diagnóstica de cada pessoa, atuando nas atividades exercidas pelos agentes de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vacina, aplicativo, carteirinha, *xamarin.forms* e celular.

ABSTRACT: We can observe that thousands of people each day end up being victims of diseases that many times have already been combated and / or eradicated in some regions of the world. Reports throughout the history show pandemics like Black Death, Cholera, Tuberculosis, Spanish Flu, Yellow Fever, Measles, Malaria among others, in 2009 the Flu (swine flu) was considered by the WHO like pandemic. The evolution of science has made it possible to prevent many of these diseases in the form of vaccines and vaccination campaigns. Coupled with medical evolution, we have the technological advance with the advancement of smartphones enabling communication

channels in society that did not exist before. The objective of this study was to develop an application for the mobile phone in xamarin.forms, an adult vaccination booklet, a document rarely used in the routine of many, but of great importance and relevance in health management and control. The study presents a market research of applications found in articles or applications store in the area of vaccine management as in googleplay bringing a comparative analysis between them, allowing to observe their behavior and functionalities as a form of requirement in the development of the application “Tô Vacinado” with scope aimed at an audience formed by adults aged 20 to 59 years. The digitization of the common adult vaccination card makes it possible to follow up the vaccines already done, providing a reduction in the vaccine delay. The application’s contribution is extended to UBS (Basic Health Units) that can receive their history of vaccines, aiming at a diagnostic evaluation of each person, acting in the activities carried out by health agents.

KEYWORDS: Vaccine, App, vaccination chart, xamarin.forms and cellphone.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 Relevância do tema e contexto atual

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez um alerta para o aumento de casos de hepatites virais em todo o mundo. A estimativa da entidade é que 325 milhões de pessoas no planeta vivam com um quadro crônico de infecção viral por hepatite B ou hepatite C tendo um sério agravante sendo na maioria dos casos as pessoas não tem acesso a exames que confirmem a doença dificultando ainda mais seu tratamento, ocasionando milhões de pessoas com progressão lenta para um quadro de doença crônica do fígado, câncer e morte. (OMS, 2017; ZANLORENSSI; ALMEIDA, 2017)

A diretora-geral da entidade, Margaret Chan, afirmou que a hepatite viral hoje é reconhecida como um grande desafio de saúde pública, que exige uma resposta imediata por parte dos países-membros. “Vacinas e medicamentos para combater a hepatite existem e a OMS está empenhada em ajudar a garantir que essas estratégias cheguem a todos aqueles que precisam.” (OMS, 2017)

Um estudo apresentou que o Rio Grande do Sul mantém uma média de confirmação de 27 casos (19 a 39) de tétano acidental (TA) no ano de 2016. Apesar do baixo número de casos há alta letalidade, provavelmente devido ao atraso da assistência em suspeitar de tétano. A faixa etária com maior número de casos e óbitos em todos os anos são pessoas acima de 50 anos seguida de pessoas de 35-49 anos remetendo à necessidade de melhorar a cobertura vacinal da vacina antitetânica neste grupo populacional. É preconizado o reforço com a vacina dupla bacteriana (dT) a cada dez anos, sendo um desafio alcançar esta meta para o programa de vacinações. (VIGILÂNCIA DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS, 2016)

Em dezembro de 2016, a Prefeitura de Boa Vista, por meio da Superintendência

Municipal de Vigilância em Saúde, emitiu alerta sobre a difteria por conta da proximidade de Roraima com a Venezuela, ao norte do Estado, e devido à crescente migração em massa. O país vizinho está registrando vários casos da doença, há rumores de casos de difteria na Venezuela há pelos menos seis meses. Em resposta ao site Medscape o microbiologista Sergio Bokermann, responsável do diagnóstico laboratorial de difteria do Instituto Adolfo Lutz, em São Paulo disse:

“Temos muito contato com a Venezuela e muitos profissionais que viajam ao Haiti a trabalho, mas dos casos confirmados este ano, apenas um deles vinha da Venezuela, os outros contraíram a doença no Brasil. Com o agravante de que nós sofremos, como muitos outros países, o problema da queda na cobertura vacinal”, afirmou. (GUILHERME, 2017)

Uma pesquisa realizada em 2017 em cinco países, com participação de 1000 brasileiros de mais de 18 anos, revelou contradições interessantes. Os dados mostraram que 89% dos brasileiros reconheciam as vacinas para adultos como meio eficaz para prevenir doenças graves, mas 64% não tinham a caderneta de vacinação atualizada. Entre estes, 46% afirmaram que nunca foram advertidos por profissionais de saúde de que os adultos precisam tomar vacina. (TABAKMAN, 2017)(GUILHERME, 2017)

1.1.1 Calendário Vacinal Adulto

Os adultos que não tiverem comprovação de vacinação contra a hepatite B, devem receber o esquema completo, com 3 doses. A segunda e a terceira dose devem ser aplicadas, respectivamente, 30 e 180 dias após a primeira. Para os que tiverem esquema incompleto (1 ou 2 doses), completar até a terceira dose (não reiniciar o esquema). A vacina está disponível nos Centros Municipais de Saúde apenas para grupos vulneráveis: gestantes (após o primeiro trimestre), trabalhadores da área da saúde; bombeiros, policiais (militares, civis e rodoviários), caminhoneiros, carcereiros (delegacias e penitenciárias), coletores de lixo (hospitalar e domiciliar), agentes funerários, comunicantes sexuais de pessoas portadoras do vírus da hepatite B; doadores de sangue, homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo; pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas etc.), manicures, pedicures e podólogos; populações de assentamentos e acampamentos; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundido; profissionais do sexo, usuários de drogas (injetáveis, inaláveis e pipadas) e portadores de DST. Também está disponível nos CRIE (Centros de referências para imunobiológicos Especiais) para imunodeficientes, sob prescrição médica, a tabela1 apresenta o calendário vacinal para adultos. (CVA, [s.d.]

Idade	Vacinas	Número de doses
20 a 59 anos	Febre Amarela	Uma dose e um reforço em situações especiais
	Dupla Adulto	Reforço a cada 10 anos
	Hepatite B	3 doses para quem nunca tomou
	Tríplice Viral	1 dose

Tabela 1: Calendário Vacinas Adulto

Fonte: Vix e UFRJ CVA (CVA, [s.d.]; PAGAN, 2018)

1.1.2 Queda na participação nas campanhas vacinais no Brasil

Segundo Guimarães desde 2013, a cobertura de vacinação para doenças como caxumba, sarampo e rubéola vem caindo ano após ano em todo território nacional e ameaça criar bolsões de pessoas suscetíveis a doenças antigas, mas fatais. O desabastecimento de vacinas essenciais, municípios com menos recursos para gerir programas de imunização e pais que se recusam a vacinar seus filhos são alguns dos fatores que podem estar por trás da drástica queda nas taxas de vacinação do país. (GUIMARÃES, 2017)

1.1.3 Smartphone a evolução do celular

A utilização de sistemas informatizados de imunização apresenta estudos que apontam a utilização de lembrete como um dos fatores que melhoram as coberturas em crianças e adultos para todas as vacinas. As estratégias vão desde ligações telefônicas, mais efetivas, até envios de cartas e visitas domiciliares. (SATO, 2015)

Podemos observar que a presença das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é uma realidade na sociedade contemporânea. Os aparelhos celulares estão disseminados em diversas camadas da sociedade, essas tecnologias vêm moldando e mudando nossos hábitos, costumes e práticas. Com a evolução tecnológica, esses aparatos adquirem cada vez mais capacidades e recursos e incorporam sistemas e funções. (VOLTOLINI, 2016)

O aumento da capacidade do processamento de dados por microprocessadores, o barateamento das memórias digitais, o crescimento de transmissão das redes, o desenvolvimento de novas tecnologias de visualização de imagens digitais e a evolução das linguagens de programação estabeleceram condições estruturais para que a internet (web), a telefonia móvel, as redes temáticas sem fio, os displays, codecs, sensores e câmeras (fotografia e vídeo) passassem a pertencer ao cotidiano da sociedade (LIMA JUNIOR, 2013).

No dia 29 de junho de 2007, foi lançado o iPhone, pesando 135 gramas e com tecnologia *touchscreen*. O lançamento foi feito pelo visionário em tecnologia e fundador

da Apple, Steve Jobs, em um dia histórico para a revolução da tecnologia móvel. Até então, os smartphones combinavam e-mails e Internet, mas eram difíceis de serem usados, sendo até mesmo complicado para alguns. O resultado para tamanho destaque devesse ao fato do conjunto revolucionária interface entre hardware e software e possibilitou aos usuários livrarem-se dos botões apenas com um simples toque do dedo (DUTRA, 2016). O sofisticado sistema operacional do iPhone possibilitou multitarefas, como a interface de um desktop. Quatro anos mais tarde, a Samsung lançou um similar ao iPhone, o Galaxy Nexus (09), com a mesma tecnologia touchscreen e com preço de mercado mais acessível. O smartphone tem por característica reunir várias mídias em um só aparelho (Telefone, internet, jogos, agenda, recursos de edição de texto, trabalho com planilhas eletrônicas, edição de áudio e vídeo, pagamento de contas, previsão do tempo, compras, leituras de livros, entre outras atividades).

1.1.4 Ambiente de desenvolvimento Xamarin.Forms o universo multiplataforma

O Xamarin.Forms foi escrito na linguagem C#, e, permite a prototipagem rápida de aplicações que podem evoluir ao longo do tempo para aplicações complexas. Como os aplicativos Xamarin.Forms são aplicativos nativos, eles não têm as limitações de outros kits de ferramentas. A interface de usuário (UI) moderna é construída a partir de objetos visuais de vários tipos. Dependendo do sistema operacional, estes objetos visuais podem vir com nomes diferentes: Controles, elementos, views, widgets, etc., mas todos eles são dedicados aos trabalhos de apresentação ou interação com o usuário (MACORATTI, 2016).

Já o Xamarin Forms, que é uma plataforma direcionada para o desenvolvimento da camada de apresentação, permite o compartilhamento da interface com o usuário, ou seja, você pode desenhar sua tela uma única vez e ela será renderizada, de maneira nativa, em cada plataforma móvel, usando seus controles nativos. Tudo isso, codificando em C#. As interfaces com o usuário podem ser codificadas fazendo uso de C# ou do XAML (*Extensible Application Markup Language*) específico do Xamarin, que segue a mesma filosofia do XAML do WPF e Silverlight.

A utilização de dados para uma plataforma móvel é um processo que requer cuidado, uma vez que salvar ou resgatar informações muitas vezes, necessitam um tratamento especial. (SQLITE, 2018)

O *SQLite* tem uma característica de ser um produto de banco de dados multiplataforma mais estável e confiável para o desenvolvimento móvel, um projeto open source que funciona em dispositivos iOS, Android e Windows. No *Xamarin* podemos encontrar um componente *SQLite.Net* um encapsulador em C# que envolve a camada de dados proporcionando conectar-se ao banco de dados que inclui transações assíncronas, podendo criar, indexar tabelas e ler e gravar linhas.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Nessa etapa são apresentados um estudo de aplicativos voltados a vacinação, testes e técnicas de software, desenvolvimento do protótipo, fases importantes de engenharia de software, levantamento de requisitos e testes realizados do protótipo. A apresentação do desenvolvimento seguirá a ordem do desenvolvimento da pesquisa.

2.1.1 Análise de Mercado aplicativos Existentes

Em pesquisa por aplicativos gratuitos, que atendam a gestão de vacinas na *Google Play*, loja virtual da *Google*. Todas as características dos aplicativos conforme apresentado na tabela 2 foram retiradas da descrição indicada pela empresa desenvolvedora, bem como sua versão e data de atualização.

Aplicativo	Funcionalidades	Versão
Vacina em Dia	<ul style="list-style-type: none">• Catálogo de Vacinas;• Cadastro cartão de Vacina;• Opção de Lembrete Campanhas Vacinais;• Opção de envio por e-mail carteirinha;	Versão 3.9.1 Requer Android 3.0 Atualizado em 27/11/2014
Hora da Vacina	<ul style="list-style-type: none">• Cadastro de Perfil (Informações do usuário);• Lista de Perfil de Carteirinhas cadastradas;• Status das Vacinas;	Versão 1.031 Requer Android 2.2 Atualizado em 01/07/2014
Vaccine	<ul style="list-style-type: none">• Cadastro de Perfil;• Lista de Perfil de Carteirinhas cadastradas;• Catálogo de Vacinas;• Notificação de Vacinas;	Versão 4.0 Requer Android 4.0 Atualizado em 28/05/2017
Vacina Alerta	<ul style="list-style-type: none">• Cadastro de Perfil (Informações do usuário);• Lista de Perfil de Carteirinhas;• Status das Vacinas;• Utilização GPS Localização Postos de Saúde;	Versão 2.0.1 Requer Android 4.0.3 Atualizado em 05/12/2016
Minhas Vacinas	<ul style="list-style-type: none">• Cadastro de Perfil (Informações do usuário);• Lista de Perfil de Carteirinhas;• Status das Vacinas;• Informativo relacionado a Vacinas Ocupacionais;	Versão 1.0.3 Requer Android 4.0 Atualizado em 23/06/2017
Einstein Vacinas	<ul style="list-style-type: none">• Cadastro de Perfil (Informações do usuário);• Lista de Perfil de Carteirinhas;• Status das Vacinas;	Versão 1.0.16 Requer Android 4.0.3 Atualizado em 28/08/2017

Tabela 2: Aplicativos direcionados a Gestão de Vacinas

2.1.2 Testes e Técnicas de softwares

O processo de teste de software é voltado para o alcance de um nível de qualidade de produto, que durante o processo de desenvolvimento de software muda conforme o avanço das atividades – requisitos, protótipos, modelo de dados lógico, modelo de dados físico, código-fonte, módulos funcionais e finalmente um sistema. (TOZELLI, 2008). As técnicas propostas foram Teste da caixa branca e teste de caixa preta como

apresentados a seguir:

Teste de Caixa Branca: Também chamados de testes estruturais, consistem em uma abordagem de testes derivados do conhecimento da estrutura e da implementação. Busca-se testar, conhecer o código implementado, examinar o caminho lógico para que se consiga verificar o seu funcionamento. A técnica de teste de Caixa-Branca é recomendada para teste da Unidade e teste da Integração, cuja responsabilidade principal fica a cargo dos desenvolvedores do software, que por sua vez conhecem bem o código-fonte produzido (PRESSMAN, 2011).

Teste de Caixa Preta: Neste tipo de teste, o *software* é como se fosse uma caixa preta. Dessa forma, o testador não possui acesso ao código-fonte. A técnica de teste de Caixa-Preta é aplicável a todas as fases de teste. Objetivo do teste é verificar situações onde o software não se comporta como o especificado pelo cliente (PRESSMAN, 2011).

2.1.3 Tipos de testes de software

Os testes podem ser direcionados a partir dos objetivos como podemos verificar a seguir [(“Guide to the Software Engineering Body of Knowledge SWEBOK ® A Project of the IEEE Computer Society”, 2014)]:

Teste de Usabilidade: Avalia a facilidade de interação com os usuários finais em aprender e utilizar o software. Inclui a documentação do usuário, suporte ao usuário e capacidade do software de recuperação de erros dos usuários.

Teste de Desempenho: Verifica se o software satisfaz requisitos de desempenho específicos como por exemplo, tempo de resposta do software.

Os testes ainda podem ser classificados como:

Teste de Integração: Testa-se uma combinação de componentes do sistema para que se verifique seu funcionamento em conjunto. Assim, garante-se que ao integrá-los, o sistema funcione de acordo com o especificado.

Teste Unitário: Componentes unitários de software são testados isoladamente.

Teste Funcional: Análise para encontrar não-conformidades entre o programa ou módulo e seus requisitos.

Teste de configuração: Verifica se o software está capacitado a rodar em diferentes versões ou configurações de ambiente (*hardware* ou *software*).

Teste de Recuperação: Testa a capacidade e qualidade da recuperação de softwares após falhas de hardware ou outros problemas desastrosos.

2.1.4 Análise de Requisitos

Um dos principais objetivos é transformar uma carteirinha de vacinação tradicional em um modelo digital, ao acessar o site da secretaria da saúde do Estado de São Paulo temos modelo utilizado pelos municípios, caderneta de vacinação para adultos, conforme apresentado na figura 1 e figura 2.

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA	
	TIPO DE DOSE (1ª ou 2ª ou 3ª ou Reforço)
BCG - Id	
PÓLIO	
DTP	
HEPATITE B	
HEMÓFILO	
SARAMPO/CAXUMBARUBÉOLA	
FEBRE AMARELA	
OUTRAS	


	
NOME:	
R.G.:	DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS. VALIDADE EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL.	

Figura 1: frente e verso Caderneta de Vacinação Adulto

Fonte: Secretaria da Saúde Extraído de: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/impressos-fichas-folders/api-impressos/campanha/caderneta16_vac_adulto.pdf>. Acesso em: 20 Dez. 2017

DUPLA ADULTO	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HEPATITE B	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
DUPLA ADULTO	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HEPATITE B	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
DUPLA ADULTO	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HEPATITE B	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
SAR/CAX/RUB	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HPV	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HEPATITE A	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HPV	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HPV	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
HPV	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
FEBRE AMARELA	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.
FEBRE AMARELA	Lote	Cód	Nome	Reg. Prof.

Figura 2: Interior da Caderneta de Vacinação Adulto

Fonte: Secretaria da Saúde Extraído de: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/impressos-fichas-folders/api-impressos/campanha/caderneta16_vac_adulto.pdf>. Acesso em: 20 Dez. 2017

Os requisitos podem ser classificados entre funcionais e não funcionais, os não funcionais estão relacionados a características do sistema ou do ambiente aonde está inserido. Existindo os requisitos funcionais que especificam funções ao qual o sistema deve executar independente das exigências físicas ou tecnológicas que estão associadas ao modelo conceitual, isto é, o conjunto de necessidades do cliente que devem ser satisfeitas para resolução de um problema ou um objetivo de negócio (PRESSMAN, 2011). Os requisitos do aplicativo estão relacionados na tabela 3 e tabela 4.

Identificação	Nome	Descrição
RF01	Cadastrar usuário	O usuário ao tocar no botão Nova da tela lista de carteirinhas será direcionado para tela de cadastro que terá que fazer o preenchimento dos campos obrigatórios. (Nome – Sobrenome – Data de Nascimento – sexo - Foto)
RF02	Inserir foto	Faz uma verificação da disponibilidade do acesso nativo ao hardware do celular a Câmera. Processo acionado ao fazer um novo cadastro ou alteração o usuário tem a opção de inserir / alterar uma imagem de perfil.
RF03	Verificar Vacinas Vencidas	Após criação de um cadastro o usuário terá acesso a uma lista de vacinas. De acordo com a regra de negócio criada, irá carregar a lista apresentando as vacinas faltantes.

RF04	Cadastrar vacinas	Na tela de lista de vacinas o usuário terá a possibilidade de fazer uma inserção de vacina em sua lista, chamando assim a tela de cadastro.
RF05	Confirmar Vacina	O usuário poderá confirmar a vacina tomada, após ter tocado na lista de vacinas apresentando uma tela informando data da vacina, posto de atendimento e lote.
RF06	Notificar Vacina	Conforme uma vacina entrar em período de Pronto para ser tomada através da regra de negócio irá apresentar uma notificação ao usuário.

Tabela 3: Tabela de Requisitos Funcionais

Iden- tificação	Nome	Descrição
RF01	Usabilidade	A aplicação deve garantir que funcionalidades oferecidas ao usuário sejam mais acessíveis e intuitivas de forma que com poucas interações possibilite ao usuário encontrar as informações que procura rapidamente.
RF02	Compatibilidade	A aplicação deve ser compatível e suportada na plataforma e versões, com comportamento semelhante em qualquer que seja a versão.
RF03	Disponibilidade	A aplicação disponibiliza uma base de dados local com acesso ilimitado as informações inseridas. Mantém a consulta ou cadastro das UBS em webservice sendo necessário acesso à internet. Fazendo uma verificação de conexão.
RF04	Integridade	A aplicação requer cadastro de usuário solicitando <i>login</i> e senha para fazer os registros das UBS existentes.

Tabela 4: Tabela de Requisitos Não Funcionais

2.1.5 Diagrama de Caso de uso

Para modelar as funcionalidades e características do aplicativo foi utilizado diagrama de caso de uso. É representado por uma elipse conectada a símbolo de atores, com o retângulo representado o limite do sistema, contendo em seu interior o conjunto de casos de uso. (LIMA, 2013) Um ator representa uma pessoa ou um grupo de indivíduo que representa um determinado papel, qualquer um que tenha interesse no comportamento do caso de uso.

O termo “include” se refere a uma obrigatoriedade de execução de uma funcionalidade após a execução de outra. Várias funcionalidades do sistema são obrigatórias. Em alguns casos podemos encontrar o termo “extend” sendo uma extensão para um outro caso de uso como apresentado na figura 1. (LIMA, 2013).

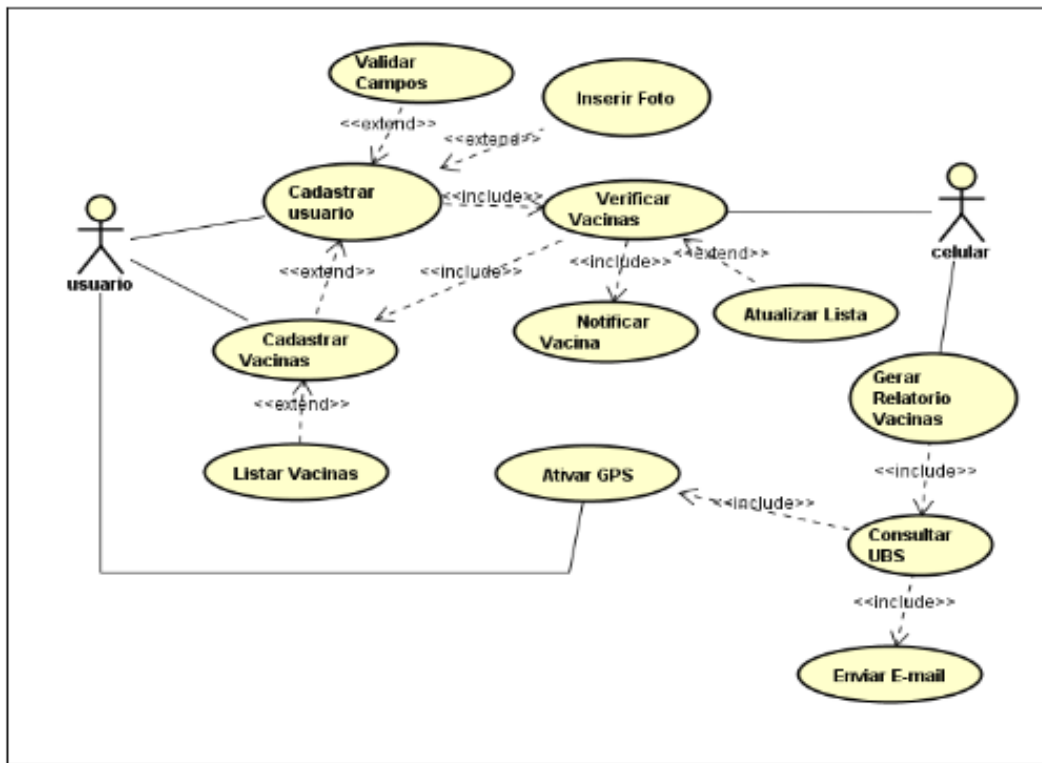


Figura SEQ Figura * ARABIC 1 - Diagrama de Caso de Uso

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises dos aplicativos testados e os resultados do desenvolvido do aplicativo proposto.

3.1 Comparativo de funcionalidades entre os aplicativos

Foram realizados diversos testes de usabilidade nos aplicativos listados conforme apresentado na Tabela , todos os aplicativos foram instalados, sendo baixados play store e testados em dispositivo móvel real equivalente ao modelo XT1069 – android 5.1.1 API 22 e modelo SM-G935F – android 7.0 API 24.

Os testes realizados nos aplicativos seguiram os preceitos de caixa preta, conforme apresentado no capítulo anterior, quando não existe o acesso ao código fonte do aplicativo. Dentre os testes aplicados utilizou-se da usabilidade que avalia a facilidade da interação do usuário com aplicativo tendo uma curva de aprendizagem muito rápida sendo capaz de utilizar de forma intuitiva, todos aplicativos passaram.

Em relação ao teste de desempenho houve uma diferença entre o tempo de resposta de algumas funcionalidades do dispositivo móvel com relação a diferença de hardware testado, como exemplo o carregamento dos mapas na utilização das coordenadas de cálculo do GPS e acesso a câmera.

Teste de recuperação avaliou a funcionalidade do GPS ao ser acionado e não ativado pelo usuário antes, causando uma falha no aplicativo que obteve como resposta ao usuário seu não funcionamento em partes, mas não houve sua parada

por completo. Assim após a ativação do GPS segue seu fluxo de processo normal com a utilização dos testes unitários e funcional foi possível descobrir as funcionalidades de cada aplicativo por módulos e em conjunto conforme apresentado na Tabela 5 que apresenta um “V” para item atendido e um X para não atendido e/ou em não conformidade segundo descrito em suas especificações pelo desenvolvedor.

Aplicativo	Cadastr o Perfil	Cadastro de Vacinas	Alerta de Vacinas	Função E-mail	Função GPS	Tratar Vacinas adulto	Catálogo Vacinas
Vacina em dia	✓	✓	X	X	X	X	✓
Hora da Vacina	✓	✓	X	X	X	X	✓
Vaccine	✓	✓	✓	X	X	X	✓
Vacina Alerta	✓	✓	X	X	✓	X	✓
Minhas Vacinas	✓	✓	X	X	X	X	✓
Einstein Vacinas	✓	✓	✓	X	X	X	✓
Tô Vacinado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabela 5: Resultados Comparativo dos Apps

Como pode-se observar pelos resultados dos testes dos aplicativos que foram instalados e testados, apresentou-se na maioria a seguinte situação:

Todos apresentaram um cadastro de perfil, solicitando informações comuns dos dados pessoais, o aplicativo hora da vacina não apresentou opção de exclusão do perfil criado ou edita-lo resultando em um retrabalho caso haja necessidade de fazer alguma alteração futura.

Todos apresentaram rotinas de validação de vacinas, o aplicativo Einstein Vacinas apresentou uma ótima interface de lista de vacinas sendo classificada e separa em grupos, o que não foi possível notar nos demais aplicativos que quando traziam a informação das vacinas era uma estrutura desorganizada e confusa para o usuário.

A funcionalidade do alerta das vacinas é bem questionável devido alguns aplicativos não estarem com seu calendário de vacinas em conformidade com o calendário vigente. Em muitos casos os aplicativos não apresentaram essa funcionalidade ou quando havia não era precisa em informar as vacinas em atraso na data prevista.

A funcionalidade de GPS para localizar UBS na região foi apresentada pelo aplicativo vacina alerta, em todos os casos não era feito um teste de verificação para confirmar sua ativação, proporcionando ao usuário erro caso não tenha ativado esta funcionalidade antes de usa-la.

Não houve nenhum aplicativo que tratasse a campanha vacinal de adultos como principal função;

Nenhum aplicativo apresentou função semelhante que pudesse enviar as

informações armazenadas para nenhuma UBS, ocasionando uma limitação aos aplicativos de forma a trabalharem passivamente deixando distante uma interação a qualquer órgão ligado à saúde.

O aplicativo proposto teve seus testes realizados em seis dispositivos móvel diferentes, que teve como avaliação o teste de configuração que apresentou um tempo de respostas maior de algumas funcionalidades sendo: Abertura do aplicativo, uso do GPS e câmera para os modelos com hardware mais antigos, os modelos SM-J500M e SM-G935F com API mais nova e melhor hardware apresentaram melhor desempenho em termos de resposta das funções mencionadas, entretanto foi possível utilizar as mesmas funcionalidades nos demais aplicativos com tempo de espera maior.

A análise para os testes unitário, desempenho, funcional, requisito não funcional de usabilidade, compatibilidade, integridade foram atendidos a cada ciclo do objetivo específico alcançado, seguindo os requisitos funcionais conforme elaborados na fase de planejamento do aplicativo, tendo como base as funcionalidades observadas em outros aplicativos que foram mencionados na tabela 9 e novas funcionalidades incorporadas ao projeto proposto.

O processo de teste teve como ambiente o emulador da própria ferramenta de desenvolvimento, que a cada alteração verificava sua codificação seguindo os preceitos do teste de caixa branca, após sua verificação bem-sucedida, era possível fazer o teste de campo e laboratório trazendo para dentro do dispositivo o aplicativo, assim tendo uma imersão das suas funcionalidades trazidas para o mundo real.

Os testes de laboratório foram fundamentais na validação do uso do GPS devido aos emuladores não apresentarem uma opção de uso, fazendo-se necessário um teste em laboratório e em campo.

Como validação do requisito não funcional à disponibilidade foi aplicada junto ao webservice, com intervalos de verificação a cada 24h, para validação das vacinas que estão pendentes, assim informando ao usuário com uma mensagem. Para o teste de integridade e usabilidade, após as correções necessárias, contaram com a inserção de 10 registros para os 6 dispositivos móvel testados fazendo um total de 60 perfis cadastrados, utilizando todas as funcionalidades do aplicativo não apresentando erro após os testes.

No carregamento inicial do aplicativo temos uma tela de *splash screen* apresentando o logotipo e seu nome “Tô Vacinado”, conforme figura 2.

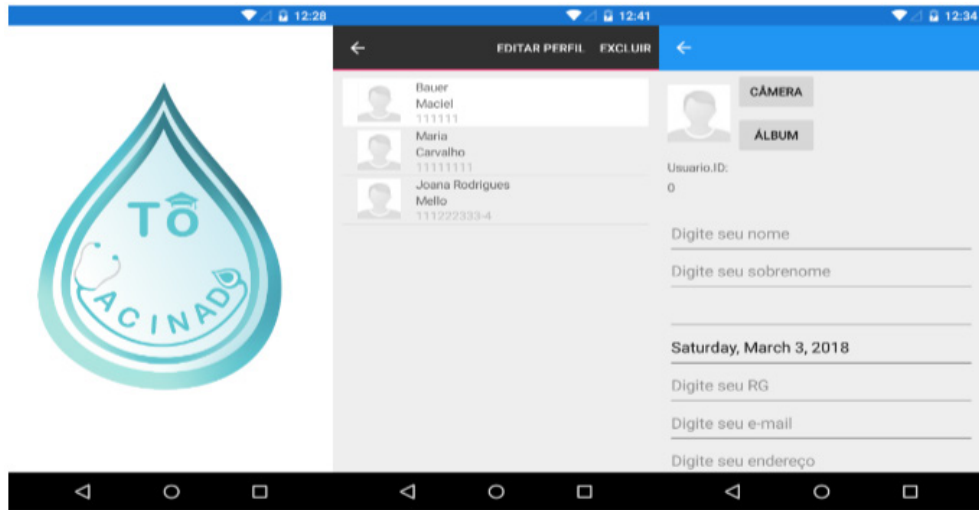


Figura 2 - Tela Inicial - Cadastro e Lista Perfil

Ao acessar a opção carteirinha exibirá a tela com a lista de carteirinhas já cadastradas com o perfil individual de cada usuário. Caso o usuário opte por criar um novo perfil, será apresentada a tela conforme ilustração. Podemos observar que a cada tela acessada o usuário tem opção de retorno que é apresentada pelo modelo adotada de navegação que proporciona rapidez e segurança na utilização do aplicativo evitando o uso de telas desnecessárias que possam vir a atrapalhar sua navegação. Com o usuário tendo cadastrado seus dados, poderá fazer a inserção das vacinas classificadas para adultos conforme figura 3 e posteriormente histórico de vacinas da infância. Após seu preenchimento temos relação das vacinas inseridas listadas e classificadas por dose conforme apresentado na figura 4.

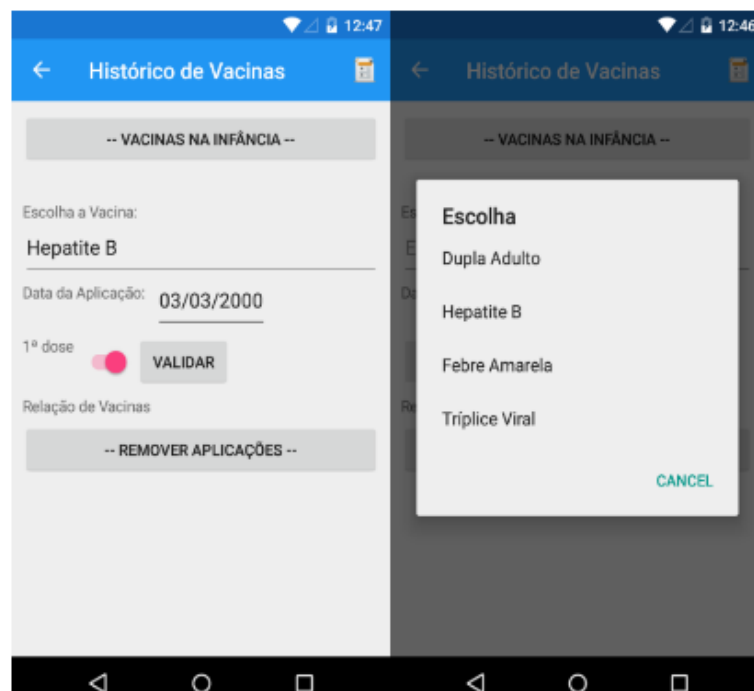


Figura 3 - Cadastro de Vacinas Adulto

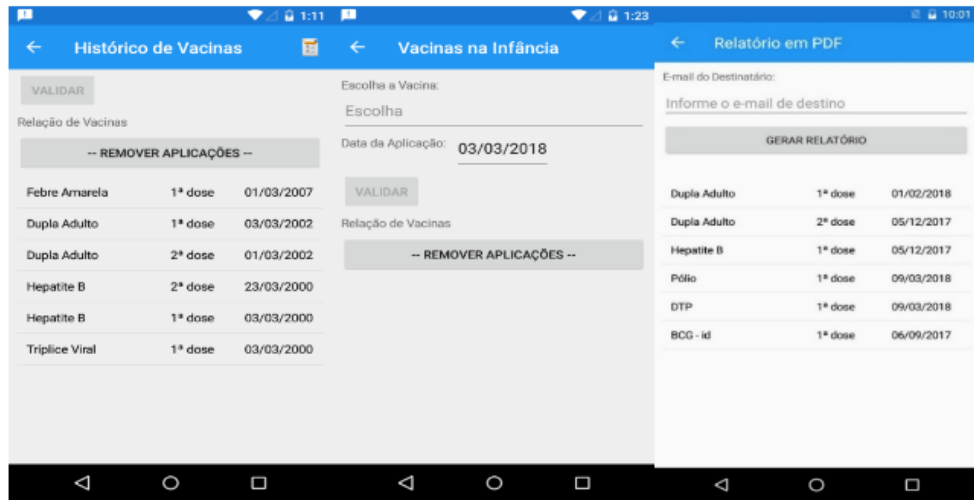



Figura 4: Tela relação de vacinas e Relatório

O relatório de vacinação pode ser enviado por e-mail conforme apresentado na figura 5 trazendo em seu texto informação do usuário cadastrado no aplicativo e em anexo o relatório das vacinas, podendo ser enviado a qualquer UBS de escolha do usuário ou acionar o GPS para localizar uma unidade que encontre nas proximidades.

RELATÓRIO DE VACINAS

Bauer Maciel



9 registros listados.

Vacina	Dose	Data
Dupla Adulto	3	06/03/2018
Tríplice Viral	2	05/03/2015
Febre Amarela	1	01/03/2007
Dupla Adulto	1	03/03/2002
Dupla Adulto	2	01/03/2002
Hepatite B	2	23/03/2000
Hepatite B	1	03/03/2000
Tríplice Viral	1	03/03/2000
BCG - id	1	03/03/1997

Relatório gerado em 3/23/2018 às 12:00 AM

Figura 5 - Relatório vacinas por e-mail

A localização das UBSs foi realizada através das coordenadas de latitudes e longitudes capturados pelo GPS, conforme apresentado na figura 6 após a leitura das coordenadas pelo aplicativo é apresentado ao usuário o resultado de quantas unidades existe nas proximidades, após sua confirmação, na próxima tela temos um mapa com pins (marcadores) de cada localização.

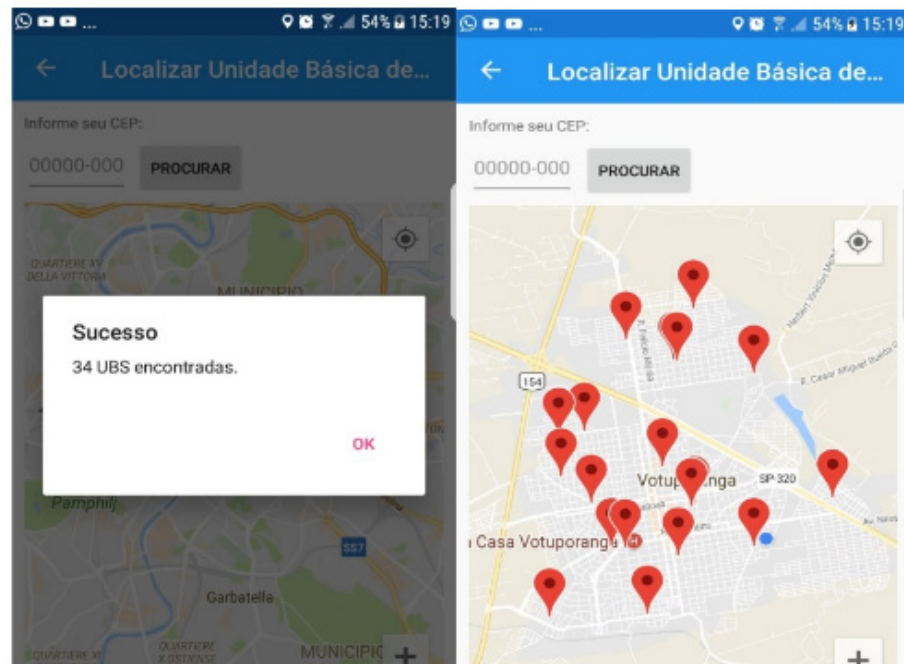


Figura 6: Resultado localização UBS

3.2 Catálogo de vacinas

A tela de informação das vacinas foi desenvolvida com layout da *TabbedPage*, propondo uma visualização por categorias de idades sendo criança, adolescente, adulto, idoso e gestante. Trazendo de forma rápida e clara as vacinas que fazem parte do calendário vacinal. Para maiores detalhes o usuário poderá pressionar o item desejada, sendo direcionado à tela de detalhes conforme figura 7.

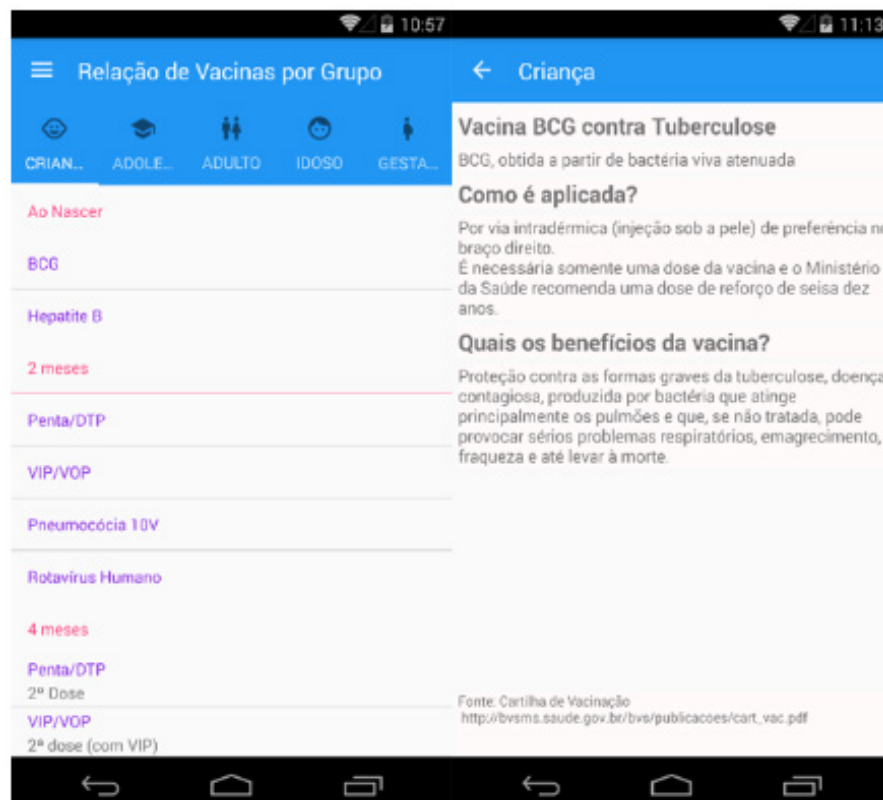


Figura 7 - Tela de Catálogo de Vacinas

4 | CONCLUSÃO

A pesquisa dos aplicativos disponíveis no mercado de softwares encontramos oportunidade para desenvolvimento de registro digital para adultos. O aplicativo desenvolvido cumpriu os requisitos básicos do projeto.

Foi possível criar o perfil de vacinação com histórico da vida vacinal do usuário e realizar cadastro de unidades básicas de saúde que podem receber os dados para análise epidemiológica.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para futuras pesquisas relacionadas ao desenvolvimento e testes de aplicativos em dispositivos móveis reais.

REFERÊNCIAS

CVA. **Vacinas: Calendário de Adultos (inclui Idosos)**. Disponível em: <<http://www.cva.ufrj.br/informacao/vacinas/calendario/cv-adultos.html>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

DUTRA, F. A história do telefone celular como distinção social no Brasil . Da elite empresarial ao consumo da classe popular The history of mobile phones as a social distinction in Brazil . The business elite to the consumption of popular class La historia de los t. v. 05, p. 102–116, dez. 2016. Guide to the Software Engineering Body of Knowledge SWEBOK® A Project of the IEEE Computer Society. v. 3, p. 335, 2014.

GUILHERME, L. C. **Caso confirmado de difteria alerta para importância da vacinação - Folha de Boa Vista**. Disponível em: <<http://www.folhabv.com.br/noticia/Caso-confirmado-de-difteria-alerta-para-importancia-da-vacinacao/30446>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

GUIMARÃES, K. **Vacinação em queda no Brasil preocupa autoridades por risco de surtos e epidemias de doenças fatais - BBC Brasil**. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-41045273>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

LIMA, A. DA S. **UML 2.3 do Requisito à Solução**. 1º ed. São Paulo: Érica, 2013.

LIMA JUNIOR, W. T. **Intersecções possíveis: tecnologia, comunicação e ciência cognitiva**. Porto Alegre: Buqui, 2013.

MACORATTI, J. C. **Xamarin.Forms - Usando XAML e C# para criar Interfaces com o usuário**. Disponível em: <http://www.macoratti.net/15/12/xam_forms2.htm>. Acesso em: 8 out. 2017.

OMS. **OPAS/OMS Brasil - Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novos-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-global-urgente&Itemid=812>. Acesso em: 18 fev. 2018.

PAGAN, M. **Calendário de vacinação para crianças, adultos, gestantes, idosos: você está em dia? - VIX**. Disponível em: <<https://www.vix.com/pt/saude/538214/calendario-de-vacinacao-para-criancas-adultos-gestantes-idosos-voce-esta-em-dia>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

PRESSMAN, R. S. **Engenharia de Software uma abordagem Profissional**. 7º ed. Porto Alegre: [s.n.].

SATO, A. P. S. National Immunization Program: Computerized System as a tool for new challenges. **Revista de Saude Publica**, v. 49, p. 1–5, 2015.

SQLITE. **About SQLite**. Disponível em: <<http://www.sqlite.org/about.html>>. Acesso em: 13 fev. 2018.

TABAKMAN, R. **Difteria volta a preocupar no Brasil**. Disponível em: <<https://portugues.medscape.com/verartigo/6501862>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

TOZELLI, P. **Teste de Software**. Disponível em: <<https://imasters.com.br/artigo/9572/software/teste-de-software?trace=1519021197&source=single>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

VIGILÂNCIA DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS. **Situação Epidemiológica/Dados - Centro Estadual de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/situacao-epidemiologica-dados-58872f220e608>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

VOLTOLINI, A. G. M. F. DA F. **NA PALMA DA MÃO: A difusão de celulares e smartphones e possibilidades para o ensinoaprendizagem no Brasil**. [s.l.: s.n.].

ZANLORENSSI, G.; ALMEIDA, R. **Os números da hepatite viral no Brasil - Nexo Jornal**. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/grafico/2017/07/28/Os-numeros-da-hepatite-viral-no-Brasil>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

DIÁLOGO COM O REFERENCIAL TEÓRICO DE MICHEL FOUCAULT NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Naiana Alves Oliveira

Prefeitura Municipal de Pelotas, Secretaria
Municipal de Saúde
Pelotas - RS

Viviane Ribeiro Pereira

Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de
Enfermagem
Pelotas - RS

Clarissa de Souza Cardoso

Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de
Enfermagem
Pelotas - RS

Valéria Cristina Christello Coimbra

Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de
Enfermagem
Pelotas - RS

RESUMO: Este estudo tem por objetivo relatar a experiência da utilização do referencial teórico, inspirado por Michel Foucault, através de ferramentas conceituais, com as quais foi possível problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil. O diálogo com o referencial teórico de Michel Foucault, ao longo das problematizações, e do modo como se organizou, propôs um funcionamento do *corpus* de análise com os conceitos empreendidos, de modo a olhar para o que estava dito, visível, não interessando

qualquer enunciação que fosse produto de uma interpretação. Determinado modo de operar o objeto de estudo, a partir dos conceitos do referencial teórico, possibilitou noções que remeteram a uma compreensão crítica das relações de poder e das práticas discursivas e não-discursivas que as sustentaram, promovendo o pensamento da história e das sociedades em termos de relações, tensões e conflitos. Por fim, distanciar-se da possibilidade de encontrar modos, métodos "definitivos" de pesquisa, propõe um movimento possível do que transita nesse contexto, pensando como podem ser operados os objetos de análise, e como as mesmas podem estimular práticas sociais no campo da saúde mental infantojuvenil.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Michel Foucault. Atenção Psicossocial. Criança. Jovem.

ABSTRACT: This study aims to report on the experience of using the theoretical framework, inspired by Michel Foucault, through conceptual tools, with which it was possible to problematize care practices in Child and Adolescent Psychosocial Care. The dialogue with the theoretical reference of Michel Foucault, along the problematizations, and the way in which it was organized, proposed a *corpus* of analysis working with the concepts undertaken, so as to look at what was said, visible, not interested in

any enunciation which was the product of an interpretation. A certain way of operating the object of study, based on the concepts of the theoretical referential, allowed for notions that referred to a critical understanding of the power relations and the discursive and non-discursive practices that sustained them, promoting the thought of history and societies in terms of relations, tensions and conflicts. Finally, distancing oneself from the possibility of finding “definitive” methods of research, proposes a possible movement of what transits in that context, thinking about how the objects of analysis can be operated, and how they can stimulate social practices in the field of mental health.

KEYWORDS: Nursing. Michel Foucault. Psychosocial Attention. Child. Young.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado na perspectiva da Atenção Psicossocial (AP), para crianças e jovens é recente no país e, ainda, se traduz em um desafio para os trabalhadores que atuam nesta área profissional. Tendo como propósito a promoção e a transformação dos modos de vida, de modo a estimular autonomia, reinserção social, promover autocuidado e discutir ações que produzam vida e saúde, buscando a contextualização da subjetividade desses sujeitos. Os Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) compõem um dos elementos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo ordenado pela lógica da inclusão, onde a criança e o jovem são vistos na sua integralidade.

Os CAPSi, além de se colocarem como um espaço de suporte as demandas em saúde mental, atuam na preservação do lugar na família e na manutenção dos seus vínculos sociais, constituindo-se como um serviço de assistência em saúde mental que, através da utilização de múltiplas técnicas, práticas interdisciplinares, atendem a demanda do Sistema Único de Saúde, tendo características regionalizadas e hierarquizadas.

Tem-se conhecimento que a saúde mental no Brasil vem, desde 1970, se consolidando e se transformando, especialmente por dar visibilidade à fabricação de saberes que operam para além de uma prática que em muitos contextos foi extremamente clínica. Essas transformações vêm compondo outros elementos e ferramentas que possibilitam o movimentos de outros modos de cuidado, propondo estratégias que superem a utilização de práticas de cuidado de caráter asilar (FOUCAULT, 2013).

Nesse contexto, o diálogo com o referencial teórico proposto por Michel Foucault inspirou a problematização de alguns questionamentos sobre as práticas de cuidado engendradas na Atenção Psicossocial infantojuvenil, como possibilidade de guiar a pesquisa, pois, segundo Veiga-Neto (2009) é um referencial que apresenta uma capacidade de ser inventado, construído, quando é colocado em movimento com o objeto de pesquisa.

Esse diálogo possibilitou um olhar para a história da contingência, de ver o modo como os sujeitos constituem-se na modernidade, e de que forma o mesmo desloca-se nessa zona de normalização. Para tanto, este estudo tem por objetivo relatar a experiência da utilização do referencial teórico, inspirado por Michel Foucault, na enfermagem e saúde, com o qual foi possível problematizar as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização de ferramentas conceituais do referencial teórico proposto por Michel Foucault. A coleta do *corpus* de análise, foi realizado no período de outubro a dezembro de 2015, a partir da tese de doutorado de uma das autoras, intitulada “A emergência das práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil”, e das entrevistas realizadas com os trabalhadores da Atenção Psicossocial infantojuvenil, além dos registros feitos em diário de campo e da observação.

Pensou-se em operar com uma “caixa de ferramenta” conceitual, como uma ação, imprescindível para a problematização do *corpus* de pesquisa, na busca por condições de possibilidades que problematizassem a produção de práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Como diz Veiga-Neto (2009) se pensarmos o referencial de Michel Foucault, como possibilidade de nos guiar à um caminho metodológico, este método tornou-se possível pela simples capacidade de ser inventado, construído e problematizado (VEIGA-NETO; RECH, 2014). Problematizar não significou a busca pela verdade absoluta, nem tampouco remeteu a significar algo como certo ou errado, bom ou ruim; ao contrário, a problematização significou uma oportunidade de deslocamento de uma ação de análise crítica, (VEIGA-NETO; RECH, 2014) buscando entender, como os acontecimentos históricos, movimentavam-se na constituição de modos de cuidado, e como esses modos, transitaram pela história da loucura e da psiquiatria, até chegar no modo psicossocial.

Olhar para as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, a partir de alguns conceitos empreendidos por Michel Foucault, possibilitou um diálogo com a história, com o passado daquele contexto de saúde. Para tanto, tomou-se o discurso dessa prática, a partir das entrevistas realizadas com os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, de um município do sul do país, e ainda, para a produção do diário de campo e da observação das práticas, construídos com a intenção de olhar as ações de cuidado produzidas, buscando dar visibilidade aos acontecimentos que ocorrem na instituição.

3 | DIÁLOGO COM O REFERENCIAL FOUCAULTIANO: O QUE PODE-SE ANALISAR?

A utilização das ferramentas conceituais propostas por Michel Foucault, como saber, poder, norma, verdade, disciplina, vigilância, controle e biopolítica, contribuíram para o olhar ao material empírico construído na tese de doutorado de uma das autoras, sendo necessário, ainda, um deslocamento entre os conceitos de normal e o anormal, empreendidos pelo referencial, para assim, dialogar com as práticas de cuidado e as estratégias de cuidado engendradas pelos trabalhadores, os efeitos que esses saberes e poderes produziram, ao atravessar a constituição do cuidado, da criança e do jovem, e que circularam nas relações estabelecidas com o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil.

Desse modo, a escolha em dialogar com os conceitos de Michel Foucault relacionaram-se, ainda, ao modo como os conceitos foram constituídos, pois de acordo com Veiga-Neto e Rech (2014) os objetos que se formaram, foram inventados de acordo com as necessárias para este período histórico.

Identificar, analisar e problematizar enunciações, significou não se envolver no debate se aquilo que afirmaram é ou não verdade, ou se suas proposições, a partir de conceitos, são plausíveis. O que se buscou foram os efeitos dos discursos quando colocados em movimento, pois “o discurso é um operador” (FOUCAULT, 2012, p. 221). Neste sentido, foi problematizado e colocado em movimento as enunciações sobre as práticas de cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, a partir do *corpus* de análise, de modo a olhar para o que estava dito, visível, não interessando qualquer enunciação que seja produto de uma interpretação.

O diálogo com o referencial teórico de Michel Foucault, ao longo das problematizações, propôs conceitos e noções que remeteram a uma compreensão crítica das relações de poder e das práticas discursivas e não-discursivas que as sustentaram, possibilitando pensar a história e as sociedades em termos de relações, tensões e conflitos.

Além disso, Foucault possibilitou o olhar para as bordas, para os limites, que marcaram e demarcaram cada pensamento, cada prática e discurso que, através de seu pensamento contemporâneo, e aprendendo com ele que o passado é apresentado pela eterna luta que os homens travam no presente, e que tentam dar a ele consistência, estabilidade, que sirva de suporte para projetos, estratégias que indiquem a construção de verdades possíveis sobre o ser do homem no tempo (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2000).

Através da arqueologia, Foucault pensou na possibilidade do estabelecimento da constituição de saberes imersos nas interrelações discursivas e sua articulação com as instituições, num movimento de aparecimento de saberes “a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes” e que “os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente estratégica” (FOUCAULT, 2012b, p. 11).

Assim, Michel Foucault se constituiu como um intelectual do contemporâneo, pois foi ele que nos mostrou como as práticas e os saberes vem funcionando e como fabricam sujeitos modernos (VEIGA-NETO, 2007), desafiando o fundo acomodado das camadas históricas, que perpetuavam as crenças, a respeito de nossa “origem” ocidental, no intuito de desnaturalizar verdades.

Neste contexto, Foucault foi um importante historiador das discontinuidades, das rupturas, da constituição dos discursos, das relações de poder e das formas de dominação no cotidiano da vida social (RAGO, 1995, p. 67). Quando se fala em desconstruir entende-se que se trata de um exercício do nosso pensamento quando é colocado em movimento. Desconstruir, para Veiga-Neto e Rech (2014) significa pensar. No diálogo conceitual com foucaultiano, foi possível a ocorrência da colisão de forças entre poder, saber, moral, ética, e que possibilitou um estranhamento predominante no campo das práticas de cuidado. Pode esse estranhamento ser entendido, neste momento histórico, com um potencializador de novas práticas e ações e, no mesmo movimento, afirmar a relativa produção de cuidado.

O acontecimento da pesquisa não somente promove mudança sobre o que pensa o pesquisador, mas instaura uma correlação entre objeto, saberes, poderes e subjetivações, tornando-a, assim, um potencial instrumento de mudança de estado das coisas, do modo de ver as coisas, instigando novas construções, novas possibilidades (NETO, 2015).

Tal diálogo se deu pelo entendimento de que ferramentas conceituais respondessem as interrogações, num movimento entre os efeitos, estratégias e enunciações produzidas sobre o cuidado na Atenção Psicossocial infantojuvenil, a partir das narrativas dos trabalhadores, no cenário da AP.

Foucault resistiu em oferecer princípios metodológicos definitivos, pois ele preferiu falar em precauções, proposições, e quando falou em “escolhas de método” o acento está sobre a escolha, que não se arvora a propor diretrizes (NETO, 2015). Por isso, enfatiza os autores, precisamos, assim, ter o uso cuidadoso das palavras, tendo a compreensão de que tal cuidado é consoante com sua convicção de que a pesquisa é uma experiência que acontece, e para realizar esse percurso, torna-se necessário tomar decisões. Mesmo havendo escolhas de métodos similares na trajetória de pesquisadores suas pesquisas devem estar submetidas a pertinência da construção de seu objeto dentro desse processo que é a pesquisa (NETO, 2015).

Para Fischer (2012), Foucault sinalizava que é preciso que fiquemos, ou tentemos ficar, no nível da existência das palavras e coisas que são ditas, e que precisemos trabalhar com o próprio discurso produzido, fazendo o exercício de desprendimento de olhar para os discursos enquanto um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinadas coisas, carregando um significado quase que sempre distorcido, camuflado, repleto de “reais” intenções (FISCHER, 2012). O discurso põe em funcionamento enunciados, mas, também, relações.

Para constituir o *corpus* de análise da tese de doutorado, as entrevistas ocorreram

entre os meses de outubro e dezembro de 2015, e o material empírico foi produzido a partir da transcrição, leitura, revisão e organização das entrevistas com os trabalhadores e através do diário de campo (DC), num total de 135 horas. Num segundo momento, foi realizada uma leitura aprofundada, para problematizar o objeto de estudo, e colocar em movimento os excertos selecionados. Para melhor organização do *corpus* os excertos foram transferidos para uma tabela, nas quais contém a modalidade de atendimento – nome que dei as práticas realizadas, o excerto, quem enunciou, a discussão proposta e o eixo de análise.

A intenção de trazer a organização do material, através da tabela 1, não é a de propor algum modelo de “*corpus* de análise”, mas de mostrar como foi organizado o material empírico e como foi composto, o que não significou uma tarefa fácil, pois foram realizadas muitas tentativas de organização até chegar nesta construção, através de muitas leituras, muitos embates. Um modo de pensar centrado na modernidade, nos rouba, de certa forma, modos de pensar diferente. Ainda bem que, por alguns momentos, escapou-se dessas marcas modernas.

PRÁTICAS DE CUIDADO			
Modalidade atendimento	Excerto/ (quem fala)	Discussão	Eixos de análise
Reunião de equipe	[...] a partir da reunião de equipe a gente direciona, digamos, o usuário para tal atendimento. (Psicologia) [...] (o cuidado) é definido na reunião de equipe [...]	O poder disciplinar concentra-se nos detalhes, acumula-se na repetição. Acolhimento – reunião – atendimento agendado (oficina, grupo)	Biopolítica Estratégia disciplinar Estratégia das relações de poder.

Tabela 1 – Organização do corpus de análise.

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

A análise textual dos dados foi colocada em operação com as ferramentas conceituais, propostas por Michel Foucault que tomou a entrevista e o diário de campo como texto, e as enunciações (excertos) foram identificadas com o nome que indica de qual lugar fala, no caso, a área do saber, por exemplo, psicologia, enfermagem, acompanhante terapêutico, como exposto na tabela 1, acima.

Após a identificação dos excertos sobre as práticas de cuidado realizadas pelos trabalhadores no CAPSi SACI, foi colocado em funcionamento a discussão inicial para problematização dos dados, identificando, ainda, os eixos de análise, para cada modalidade de atendimento, isto é, práticas de cuidado produzidas na AP infantojuvenil.

O pensamento de Michel Foucault se constrói a partir de deslocamentos e de problematizações. A partir desses movimentos pode-se empreender a proposição de

novas ferramentas para práticas de cuidado na contemporaneidade. A minha pretensão não é a de propor práticas de cuidado ou modos verdadeiros e únicos de cuidado, mas de problematizar como essas práticas de cuidado se constituem, e como elas podem estimular nossas práticas sociais, enquanto trabalhadores da saúde.

Como em toda a pesquisa científica, os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa, dos riscos de que poderiam ocorrer a partir da mobilização emocional em razão da temática abordada na entrevista, bem como da liberdade de participação ou não do estudo, tendo direito à desistência em qualquer momento da pesquisa.

Neste diálogo com Foucault, o compromisso ético da pesquisa se desdobrou neste relato de experiência do uso conceitual, como ferramenta para a análise do *corpus* construído, produzindo assim, um momento de reflexão sobre o uso referencial e a possibilidade de discussão de modos de operar com os mesmos, o que contribui na potencialização das abordagens em pesquisa na área da saúde e da enfermagem.

Foi neste contexto e a partir de Michel Foucault que foi possível contextualizar saberes, acontecimentos, apreender o movimento de seu aparecimento, de sua história, de redefinições, de rupturas (FOUCAULT, 2013). O modo de cuidado na Atenção Psicossocial para crianças e jovens, permitiu resistir a proposições de saberes com características entendidas como verdadeiras, e este diálogo com o referencial teórico de Michel Foucault significou a possibilidade de encontrar novos modos de pensar e produzir o cuidado no presente, bem como conhecer a necessidade de construir novas ferramentas para práticas de cuidado em saúde mental na contemporaneidade, como um operador de mudanças em relação às condições anteriormente constituídas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de experiência acerca do diálogo com as ferramentas conceituais propostas por Michel Foucault, distancia-se da possibilidade de encontrar modos, métodos “definitivos” de pesquisa, mas propõe um movimento possível do que transita neste contexto, pensando como podem ser operados os objetos de pesquisas, e como as mesmas podem estimular práticas sociais no campo da saúde mental infantojuvenil.

Focar nos atravessamentos provocados pelas enunciações das práticas de cuidado, provocou mudanças, transformações, contribuindo para o fortalecimento e para as diferentes possibilidades de pesquisa, nas áreas da saúde e da enfermagem. Assim, este relatou visou contribuir para o conhecimento no campo da saúde mental, e a ampliação dos modos de ampliar e permitir a compreensão das temáticas pesquisadas, a partir de uma abordagem que problematiza e que opera, coloca ações e práticas em funcionamento.

Ressalta-se, também, a importância deste diálogo quando percebe-se que o mesmo significou a possibilidade de encontrar novos modos de pensar e produzir o

cuidado no presente, bem como conhecer a necessidade de construir novas ferramentas para olhar para as práticas de cuidado em saúde mental na contemporaneidade, como um operador de mudanças em relação às condições anteriormente constituídas, pois no momento que dialogamos com as práticas vigentes, faz-se uma incursão, ao que se constituiu no passado, e ao que se produz na contemporaneidade: diálogos possíveis com Michel Foucault.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE Jr., D. M. **Um Leque que Respira: Michel Foucault e a questão do objeto em História.** In: PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Orgs.). Retratos de Foucault. 1. ed. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 117-137.

FISCHER, R. M. B. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012. 167 p.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. 264 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2012a. 431 p.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso:** aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 22. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012b. 74 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 291 p.

NETO, J.L.F. Pesquisa e metodologia em Michel Foucault. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 411-420, 2015.

OLIVEIRA, Naiana Alves. **A emergência das práticas de cuidado na atenção psicossocial infantojuvenil.** 2017. 149 p. (Tese de doutorado em Ciências) – Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

VEIGA-NETO, Alfredo. Teoria e método em Michel Foucault (im)possibilidades. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 34, p. 83-94, 2009.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

VEIGA-NETO, Alfredo; RECH, Tatiana Luiza. Esquecer Foucault? **Proposições**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 67-82, 2014.

MADRINHA QUERIDA – UMA VIDA DEDICADA AO PRÓXIMO E A FÉ

Daniella de Souza Barbosa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Curso de Graduação em Medicina
João Pessoa - PB

Sandra Fernandes Pereira de Mélo

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Curso de Graduação em Medicina
João Pessoa - PB

Marcella Belmont da Costa

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Curso de Graduação em Medicina
João Pessoa - PB

Talanny Zubisarranya Teoclaudylyanny Teotônio de Farias

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Curso de Graduação em Medicina
João Pessoa - PB

RESUMO: Este capítulo desenvolve a temática de desvendar as condições do processo de envelhecimento humano em uma instituição de longa permanência, através do uso metodológico da (auto)biografia na investigação sobre a história de vida de Maria Alice Celani, utilizando como meio teórico-metodológico o emprego da História Oral e da Memória, a fim de coletar fontes que narrassem sobretudo o papel da referida idosa na Instituição Asilar Vila Vicentina Júlia Freire, em João Pessoa - PB. Como objetivo geral, buscou-se descrever o processo

de envelhecimento e institucionalização de Maria Alice, bem como analisar sua contribuição social dentro do contexto da Vila Vicentina, onde, mesmo sendo moradora, atua como figura indispensável na coordenação da instituição e participa ativamente de decisões como representante dos idosos. Vale salientar, portanto, a relevância dessa abordagem, uma vez que tal comportamento se desvirtua de uma realidade gerontológica dependente, inativa e não-autonomizada em sua maioria nos tempos atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Institucionalização; Idoso; Autonomia.

ABSTRACT: This chapter develops the theme of unveiling the conditions of the process of human aging in a long-term institution through the methodological use of (auto) biography in the research on the life history of Maria Alice Celani, using as theoretical and methodological means employment Oral History and Memory, in order to collect sources that narrated above all the role of the said elderly woman in the Institution Asilar Vila Vicentina Júlia Freire, in João Pessoa - PB. As a general objective, the aim was to describe Maria Alice's aging and institutionalization process, as well as to analyze her social contribution within the context of Vila Vicentina, where, although a resident, she acts as an indispensable figure in the coordination

of the institution and actively participates in decisions as representative of the elderly. It is worth stressing, therefore, the relevance of this approach, since such behavior deviates from a gerontological reality that is dependent, inactive and non-autonomized in its majority in the present times.

KEYWORDS: Institutionalization; Old man; Autonomy.

1 | INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos, o Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional, com aumento progressivo da porção idosa. Tal fato decorre, basicamente, de dois fatores: a queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, o que caracteriza o fenômeno de estreitamento da base e alargamento do ápice da pirâmide populacional do país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Os autores acima acrescentam ainda que, nesse contexto, infere-se um incremento da população improdutiva e, na maioria dos casos, dependente, acarretando alterações no estilo de vida da família na qual o indivíduo está inserido e sobrecarga aos entes e cuidadores. Partindo desse princípio, cogita-se, muitas vezes, a institucionalização do idoso, transferindo a terceiros uma responsabilidade que cabe essencialmente à família. A esquivia familiar se deve em grande parte à falta de tempo ou, até mesmo, à falta de interesse diante de uma realidade moderna que muitas vezes menospreza o envelhecer.

Há, entretanto, outra realidade que deve ser destacada, embora ainda excepcional e pouco incentivada: o envelhecimento autônomo e participativo socialmente, que abrange idosos capacitados a uma contribuição relevante para sociedade. A manutenção da autonomia e independência na terceira idade é resultante de um equilíbrio entre o envelhecimento biológico e o envelhecimento social. Dentre os principais pilares para a conservação da independência podemos citar um melhor estado de saúde, capacidade funcional, qualidade de vida e bem-estar nessa população (FREITAS; PY, 2016).

A interação social, que consiste o envolvimento dos idosos em atividades da sociedade ou comunidade onde vive, por sua vez, também contribui para autonomização da pessoa idosa facilitando o acesso a recursos disponíveis, promovendo um senso de propósito e aumentando a motivação para cuidados consigo mesmo, bem como desencadeando diversos incrementos fisiologicamente benéficos ao organismo, como a regulação neuroendócrina e hormonal e redução do estresse (PINTO JUNIOR, 2016).

Diante do exposto, a temática abordada neste trabalho busca não apenas retratar a real possibilidade de viver em uma instituição de longa permanência preservando um envelhecimento autônomo, mas também buscar estratégias de não acomodação e encorajamento à busca pela soberania de si mesmo. Através do método (auto)

biográfico, - que se baseia na história de vida e desde de 1980 volta a ser empregado, sobretudo pela valorização de sua abordagem epistemológica (BORDIEU, 1996)

Foi possível contemplar e compartilhar a rica experiência de vida da moradora e Vice-Diretora da Instituição Asilar Vila Vicentina Júlia Freire por meio de relatos da mesma e de fontes secundárias, como a coleta de dados (prontuários, cartas, fotografias) e relatos de terceiros. A pesquisa se deu sob orientação das professoras Daniela de Souza Barbosa e Sandra Fernandes Pereira de Mélo, coordenadoras do Projeto PEEDI (Projeto de Extensão Envelhecimento e Direitos Humanos) da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, com suporte teórico em livros, artigos e teses.

Maria Alice, nascida em 30 de Abril de 1930 na cidade de Santa Rita – PB, nunca se casou e dedicou a vida à criação dos sobrinhos, filhos do falecido irmão Reinaldo, com quem morou durante muitos anos. Decidiu institucionalizar-se após grave episódio de queda, o qual a hospitalizou por semanas. Por vontade própria, visitou diversas instituições do estado, até chegar à Vila Vicentina, onde se identificou profundamente e, desde então, dedica-se inteiramente aos idosos que lá residem.

Conhecida como “madrinha” ou até pelo nominado de “mãe” por muitos, Maria Alice protagoniza uma bela história de doação, fé e lealdade pela Vila Vicentina e seus membros, que no corrente ano completa 12 anos.

A peculiaridade de ser uma idosa que quebra todos os parâmetros esperados para um idoso institucionalizado torna sua história de vida extremamente rica e sua figura, um verdadeiro paradigma.

Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou descrever o processo de envelhecimento e institucionalização de Maria Alice, bem como analisar sua contribuição social dentro do contexto da Vila Vicentina, visto que mesmo sendo moradora, atua como figura indispensável na coordenação da instituição e participa ativamente de decisões como representante dos idosos.

2 | METODOLOGIA

Utilizando como percurso teórico-metodológico o emprego da História Oral e da Memória a fim de coletar fontes orais, imagéticas e escritas que narrassem sobre o papel da referida personagem na problemática apresentada pela pesquisa, foram apresentadas as memórias e as histórias de vida da Maria Alice em torno da (re) construção de sua (auto)biografia, ou seja, de fatos históricos sobre sua origem familiar, de sua formação educacional, de sua vida profissional e do seu processo de institucionalização na Vila Vicentina Júlia Freire (BORDIEU, 1996).

3 | ANÁLISE E DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta a história de Maria Alice. Nascida em trinta de abril do ano de mil novecentos e trinta, a idosa é natural da cidade de Santa Rita institucionalizou-se há 12 anos na Vila Vicentina. Tida como representante dos idosos na instituição atende pelo chamado de madrinha, já que a mesma participa de todas as decisões que existem para o funcionamento da Vila, lutando pelos direitos de cada indivíduo ali presente.

A idosa possui familiares espalhados pelos estados do Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro e até em outros países, como a Dinamarca.

Sendo uma sobrinha a parente que mais a procura e visita na Vila Vicentina. Exceto pela presença desta, não apresenta qualquer amparo ou suporte familiar.

A instituição possui regras, quando questionada a vivê-las, a representante dos idosos diz que isso não é um fator que lhe incomoda e relata ser muito bem acolhida. Ela colabora em tudo e gosta bastante de costurar, fazer consertos nas roupas que chegam para os idosos. Quando, porventura, tais doações não são possíveis de ajustes, são alocadas em um bazar, que é uma das formas de arrecadação de fundos. Assevera ser muito feliz na Vila, tanto que passa as datas comemorativas anuais junto dos amigos da Instituição. Considera a família da Vila Vicentina sua segunda família e aquele lugar como seu “casarão”. Ama demais esta casa, e a considera sua vida. Sente-se imensuravelmente bem com o carinho que recebe dos idosos.

Fala constantemente a respeito de uma amiga que fez na instituição asilar, Alice Maria. Sobre o quanto a quer bem, e que só vai dormir sossegada quando sabe que esta se encontra dormindo também, leva ela para cama muitas vezes e se preocupa muito quando ela “desaparece”, pois ela tem histórico de ter sofrido violência doméstica quando tinha 14 anos da parte de seu padrasto, e até hoje sofre marcas deixadas pela agressão física e psicológicas que lhe aconteceram.

Em relação ao envelhecer, Maria Alice diz que não tem nenhum problema e que é algo natural da vida, processo pelo qual todos passarão. O lado negativo são apenas os problemas de saúde consequentes à idades. Tem medo de ficar totalmente dependente de um cuidador e não gostaria jamais de viver em estado vegetativo.

Relata que tem muitas coisas para resolver na Vila, mas que gosta disso e que é muito feliz lá, que aqueles 66 idosos são sua família e que só pretende sair de lá quando sua hora chegar. Para a idosa, a morte é uma experiência natural do ser humano. É uma tendência da vida que tem de ser aceito. Embora ainda espere ter muitos anos de vida ainda, pois sabe que os idosos precisam muito dela, não tem medo da morte. Quanto a fé, expressou que só através desta é possível se preencher de Deus. É devota de Nossa Senhora do Carmo, através da qual pede intercessão para que seus pedidos sejam alcançados.

A idosa considera dois momentos marcantes na sua vida: um negativo quando veio a perder seu irmão Reinaldo, depois do mesmo ter se submetido a uma cirurgia.

E outro positivo quando mais nova frequentava bailes e clubes na cidade que residia, Santa Rita.

A idosa, ainda referiu não ter nada que gostaria de mudar sua vida, visto que é bastante feliz na instituição, onde se sente preenchida de amor e atividades diariamente.

Quando questionada a respeito do seu maior sonho, Maria Alice mais uma vez mostra a sua compaixão ao próximo, e relata que o mesmo seria receber verba por parte do governo para auxiliar os pagamentos dos funcionários envolvidos com a Instituição. Uma vez que mesmo sendo aproximadamente 35 funcionários, o dinheiro retido não cobre a folha, tendo a direção de todo mês que realinhar os planejamentos econômicos.

O alimento não falta, a instituição tem bastante, pois recebem muitas doações, existem muitas campanhas que contribuem para alimentação, tanto que outras menos privilegiadas ainda, pedem ajuda à Vila. Sempre muito grata a Deus, comenta sobre doação que receberam da ONU em dezembro, pois a Vila Vicentina foi considerada a melhor instituição de longa permanência da Paraíba e a quinta melhor do Brasil.

4 | CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado considerando o êxito da construção biográfica realizada. Através das entrevistas pôde-se observar o quanto é importante o cuidado, independente da fase da vida. Porém, durante a senescência, com o declínio funcional, redução da cognição e da capacidade de produtividade, o idoso demanda mais atenção, paciência e carinho. Vale salientar, portanto, a relevância dessa abordagem, uma vez que, através destes relatos, é possível desvirtuar o preconceito e ideal de uma realidade gerontológica dependente, inativa e não-autonomizada em sua maioria nos tempos atuais. Levando-nos a refletir sobre a capacidade residual produtiva dos idosos, bem como as grandes lições de vida adquiridas com o convívio com esta população.

REFERÊNCIAS

BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: FERREIRA, M.M.; AMADO, J. (coord.) **Usos & abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.

FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, June 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>.

access on 15 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

PINTO JUNIOR, Elzo Pereira et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 4, p. 404-412, dez. 2016 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000400404&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 mai 2017.

SAQUETTO, Micheli et al . Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-524, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.

SAQUETTO, Micheli et al . Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 518-524, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300016>.

ZANON, Rodrigo Rafael; MORETTO, Antonio Carlos; RODRIGUES, Rossana Lott. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 30, supl. p. S45-S67, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982013000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 mai 2017.

O SABER MÉDICO SOB A ÓPTICA DO CUIDADO

Douglas Carlos Tuni

UNOCHAPECÓ

Chapecó – Santa Catarina

Aline Martinelli Piccinini

UNOCHAPECÓ

Chapecó – Santa Catarina

Michele Cristina Minozzo dos Anjos

UNOCHAPECÓ

Chapecó – Santa Catarina

RESUMO: Introdução: Este artigo é um relato de experiência e vivência sobre o cuidado. Esta atividade foi proporcionada aos estudantes do curso de medicina no módulo Fundamentos Clínicos e Morfológicos I, que apresentou como objetivo auxiliar os estudantes no processo ensino-aprendizagem de forma lúdica sobre o ser humano, bem como instigar a percepção do mundo sobre os diferentes sentidos e fortalecer o cuidado e a atenção com o outro.

Objetivo: relatar a experiência vivenciada sob a óptica do cuidado de um acadêmico do curso de medicina. **Metodologia:** Estudo de caráter qualitativo descritivo, mediante a experiência e vivência com um “boneco de pano” genérico, pelo estudante do curso de medicina do 1º semestre. Os estudantes receberam o boneco, sem roupas e adornos, sem identidade, e deveriam criar um rosto, uma pessoa com nome, características pessoais, gostos e

personalidades. O mesmo deveria seguir a rotina do aluno nos dias de convívio e essa atividade poderia ser registrada por meio de fotos e vídeos. **Resultados:** A realização desta vivência e experiência possibilitou a reflexão sobre o cuidado, a humanização e o convívio tanto com uma pessoa necessitando de cuidado, quanto uma pessoa sadia, a troca de afeto e o carinho com o outro. Despertar o interesse e instigar os profissionais na melhora pessoal e na construção de um caráter mais ético, seguro e humanista. **Conclusão:** Foi possível concluir que estas atividades fortalecem a humanização no cuidado, pregadas como bases na Política Nacional de Humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Ensino, Humanização da Assistência, Empatia.

ABSTRACT: Introduction: This article is a report of experience and life about care. This activity was commensurated the medicine course students in the modulus of clinical and morphological basis I, which introduced as objective helper students in the teaching-learning process to make ludic about the human being, as well as to goad on the perception of world upon different feelings and make strong care and attention with others. **Objective:** to report the experience lived under the perspective of the care of a student of the medical course. **Methodology:** A qualitative descriptive study,

through the trial and experience of the “cloth doll” generic, by the student of the medicine course of the first semester. The students got the doll, without clothing and adornments, without identity, and should create a face, a person with name, personal characteristics, tastes and personalities. The same should follow the routine of the student in social contact and this activity could be wrote down by photos and videos.

Results: The achievement of this trial and experience allowed the reflection on care, humanization, living together so much a person in need of care, as much as a healthy person, the exchange of love and affection with the other. To arouse interest and instigate professionals in personal improvement and in the construction of a more ethical, safe and humanistic character. **Conclusion:** It was possible to conclude that these activities making strong the humanization in care, preached as bases in the National Policy of Humanization.

KEYWORDS: Teaching, Humanization of Assistance, Empathy.

1 | INTRODUÇÃO

Na busca por uma práxis qualificada e coerente com os preceitos do SUS, novas pedagogias de ensino têm contribuído para uma formação em saúde significativa e transformadora da realidade.

Este artigo descreve uma experiência de utilização de metodologias ativas aos estudantes do curso de medicina no módulo Fundamentos Clínicos e Morfológicos I, que apresentou como objetivo auxiliar os estudantes no processo ensino-aprendizagem de forma lúdica sobre ser humano, bem como instigar a percepção do mundo sobre os diferentes sentidos e fortalecer o cuidado e a atenção com o outro, incentivar a produção textual, sobre o relato da experiência vivenciada, e dialogar sobre Itinerário realizado pelo boneco.

A utilização de metodologias ativas foi despertada com os estudantes do 1º semestre do Curso de Medicina. Dessa forma, a autonomia no estudo pretende abordar eventos cuja natureza ética pode estar conflitante e, para tal, a “Aprendizagem Baseada em Problemas (Problem Based Learning – PBL)” fora vinculada à Diretriz Curricular Nacional.

A implantação desse processo insólito na instrução acadêmica na área da saúde objetiva um egresso em concomitância ao sistema de saúde brasileiro. Ceccim e Feuerwerker (2004, p.3) apontam que a “formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia de doenças e agravos”. Mas, deve sim, “desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”, as quais possibilitarão “formulação de políticas do cuidado”.

Portanto, o desenvolvimento dessa atividade encaixe-se nas normas e regimentos internos da Instituição de Ensino Superior (IES), e promove um crescimento pessoal

e profissional ao acadêmico, que será adotado nas futuras práticas médicas na rede pública de saúde.

Quando se trata de cuidado precisa-se buscar conceitos e fundamentos que o validem e o determinem dentro de um estudo, pesquisa e trabalhos científicos específicos. Martin Heidegger (1889 – 1976), em seu livro *Ser e Tempo* (1927), vê, “do ponto de vista existencial, que o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato”. Ou seja, “o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa (BOFF, 1999, p.32) ”.

Em se tratando da área da saúde, “cuidado é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser, tratando, respeitando, acolhendo e atendendo o ser humano em seu sofrimento (PINHEIRO, 2009, [s.p.] ”, desse modo, “íntegra em totalidades de sentido o que estava disperso em fragmentos objetivos (AYRES, 2009, p.28) ”.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência vivenciada sob a óptica do cuidado de um estudante do curso de medicina, através das metodologias ativas. Além de relatar a vivência do cuidado sob a óptica do estudante de Medicina, desenvolvendo uma humanização e empatia no cuidado.

2 | METODOLOGIA

O estudo foi de caráter descritivo e qualitativo, através da vivência e de fotografias realizadas por *smartphone*, além da utilização de redes sociais.

A atividade foi realizada pelos estudantes do 1º período de Medicina, da Universidade Comunitária de Chapecó – UNOCHAPECÓ, sendo que cada um permaneceria com o boneco por no máximo 2 dias. A ele foi dado um nome genérico de “Meu paciente”, aonde cada um tinha por dever atribuir um nome, levá-lo consigo aos locais em que estivesse, além de utilizar redes sociais e outros meios para relato de vivência e cuidado.

O período pelo qual designou-se a existência com o boneco, foi entre os dias 9 à 10 de Abril, totalizando 27 horas, sendo o paciente batizado de Nelson, 60 anos, portador de Diabete Mellitus I e hipertensão.

O primeiro momento foi destinado à vestimentas e alimentação em conjunto ao cuidador, com desenvolvimento de olhos, boca e nariz, sendo posteriormente movido à UNOCHAPECÓ, para acompanhamento de aula. Ao término, retornou-se à casa e, concomitante ao cuidador, cevaram um chimarrão e o apreciaram, enquanto assistiam a um episódio de uma série na Netflix. Em torno das 23:00 horas, foram dormir, após terem jantado.

O horário de dormir, sono especificamente, é um fenômeno essencial para a sobrevivência, tendo papel primordial na restauração corporal e mental (GAMBELUNGHE et al., 2001), sendo considerado um estado ativo, de acordo com

a fisiologia, e importante no processamento de vários tipos de memória, reposição hormonal e outras ações que visam a homeostase.

No dia seguinte, terça-feira (10), acordaram cedo, às 04:50, pois necessitavam de uma ida a campo, projetada pelo VIM, dentro do componente Ética, Saúde, Sociedade e Meio Ambiente. Este é uma atividade realizada anualmente com os “calouros” da Área da Saúde, da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), onde se realizam visitas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Clínicas Especializadas, no perímetro próximo à Chapecó/SC.

O destino foi Pinhalzinho, tendo sido um dia agradável para ambos, cuidador e paciente, já que aquele realizou suas atividades propostas para o dia, e este permaneceu no ônibus, utilizado para a locomoção, descansando. Desse modo, o paciente praticou a meditação, que segundo Cardoso et al (2009) é um estado auto induzido e autoaplicável, obtido por técnica específica, que envolve relaxamento da lógica, ou seja, a não criação de expectativas e, por fim, a instalação de um relaxamento psicofísico.

No início da tarde houve o retorno a cidade de origem, efetivando rezas e dando graças ao dia vivido por eles. Para o paciente, a religiosidade e a espiritualidade representam uma importante ferramenta de suporte emocional, pois reflete de modo positivo na saúde física e mental dos idosos (ZENEVICS; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Às 16:30 horas, o paciente Nelson mudou de cuidador, tendo então encerrado as atividades com este, mudando assim de nome e características, visto que estas são subjetivas.

O ato de cuidar está intrinsecamente relacionado à saúde física e psicológica, visto pelo modelo de estresse do cuidador de Pearlin et al. (1990). Além disso, a autoavaliação de saúde é outro fator que influencia no cuidado diário de seu paciente. Lethin et al. (2017) associa ao bem-estar psicológico, já Lutomski et al. (2013) inter-relaciona à felicidade e à sobrecarga no cuidado.

3 | RESULTADOS

A aplicação da metodologia acima desenvolvida possibilitou um bom convívio entre ambos os sujeitos, visto pela alegria, compreensão e carinho de um para com o outro.

Isso demonstra que a aceitação de alguém é possível graças a reciprocidade e a troca de experiências vividas ao longo do tempo, cujo *contra-plongée* é nítido. Só vê-se o outro como ele é quando passamos a sentir na pele o que ele sente, assim valorizamos e entendemos as atitudes e posições do cuidador frente ao paciente.

Além disso, essa vivência instigou na minha pessoa uma visão mais humana acerca do que é o cuidado, como merece ser abordado. Além de que mostrou a importância

do diálogo para com o paciente, o toque carinhoso e sutil quando no atendimento, promovendo, assim, a empatia no cuidado, em concomitância à humanização da assistência, fundamentais na neorremodelação do acolhimento médico nos ambientes de saúde, pregado pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010).

Isso nos faz pensar como seremos após o término da graduação, quando o contato com o usuário e o cuidador serão corriqueiros. Quem o fez de forma séria, ética e responsável será um ótimo profissional futuramente.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta vivência nota-se a complexidade do contato e cuidado entre cuidador *versus* paciente. A atitude de doar-se e aproveitar ao máximo o tempo de convívio é fundamental na construção de uma cultura de zelo, compartilhando o carinho, o respeito e a alegria.

Evidenciou-se, de forma real, a dificuldade em conviver com um paciente, devido à superestimação no cuidar, e a importância do carinho e amor quando da realização desta responsabilidade.

5 | AGRADECIMENTOS

Fica o agradecimento à família por me apoiar nesse projeto incrível que vivenciei, nunca desistindo e acreditando em minha capacidade. A professora, por nos fazer ver esse lado mais crítico na área da saúde, nos alertando sobre como será o futuro de nossas carreiras, a fim de que possamos lutar diariamente por um cuidado mais humanizado, o que prega as políticas de saúde atuais. E a UNOCHAPECÓ, essa Universidade Comunitária, que desperta o interesse e instiga os profissionais na melhora pessoal e na construção de um caráter mais ético, seguro, humanista e empático.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, **O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade**, In: PINHEIRO, Roseni. Cidadania no cuidado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011. p. 27-44.

BOFF, Leonardo. Cuidado: o *ethos* do humano. In: _____. **Saber cuidar, ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 31-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. In: Caderno HumanizaSUS. Brasília, 2010, v. 1, p. 63-71.

CARDOSO, Roberto; SOUZA, Eduardo de; CAMANO, Luiz. **Meditação em saúde: definição, operacionalização e técnica**. In: ROSSI, Ana Maria; QUICK, James Campbell; PERREWÉ, Pamela L. Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo. Atlas, São Paulo, 2009, p. 163-186.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis. 2004, v. 14, n. 1, p.41-65.

GAMBELUNGHE, Cristiana et al. **Effects of light physical exercise on sleep regulation in rats**. Med Sci Sports Exerc, 2001, v. 33, n. 1, p. 57-60.

LETHIN, Connie et al. **Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home**. Aging Ment Health, nov. 2017, v. 21, n. 11, p. 1138-1146.

LUTOMSKI, Jennifer Elizabeth et al. **The development of the older persons and informal caregivers survey minimum DataSet (TOPIC-MDS): a large-scale data sharing initiative**. Plos One, 2013, v. 8, n. 12.

PEARLIN, Leonardo et al. **Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures**. Gerontologist, 1990, v. 30, n. 5, p. 583-594.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>, Acessado em: 14 de Abr. de 2018.

ZENEVICZ, Leoni; MORIGUCHI, Yukio; MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. **The religiosity in the process of living getting old**. Rev Esc Enferm, 2013, v. 47, n. 2, p. 427-433.

PRIMEIRO CICLO DE EVENTOS DA LIGA ACADÊMICA INTERDISCIPLINAR DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM (LIRAD) NA UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU (FURB)

Isabella de Miranda Meurer

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Maria Eduarda Minatti

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Barbara Spengler Machado

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Heloise Buss

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Fernando Cezar Tiepo Filho

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Rodrigo Rodacki

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

Maíra Otaviano Furlan

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

João Guilherme Brasil Valim

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina

Blumenau – SC

João Eduardo Hennings Hunzicker

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

André Luiz Leonardi Giaretta

Universidade Regional de Blumenau,
Departamento de Medicina
Blumenau – SC

RESUMO: A Liga Acadêmica Interdisciplinar de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (LIRAD) faz parte das Ligas Acadêmicas da Universidade Regional de Blumenau (FURB), organizações estudantis sem fins lucrativos para o aprofundamento em determinada área do conhecimento. No primeiro semestre de 2017, a LIRAD iniciou suas atividades por meio de quatro eventos, todos conduzidos por médicos radiologistas e divulgados previamente nas redes sociais e meios acadêmicos da FURB. Os acadêmicos interessados nos eventos poderiam tornar-se ligantes mediante pagamento de taxa única e com direito a certificação, ou participarem dos eventos separadamente (sem certificação). O primeiro evento foi a Aula Inaugural no mês de março, em que autoridades acadêmicas estiveram presentes, com apresentação formal da LIRAD e posterior palestra introdutória sobre a Radiologia. Os próximos dois eventos

ocorreram nos meses de abril e maio e foram ministrados por meio de workshops. As temáticas foram tórax e abdome, respectivamente, e os alunos inicialmente assistiam a uma apresentação teórica e em seguida havia parte prática para a análise de radiografias. O último evento deste ciclo foi a palestra Neurorradiologia do trauma: O que o médico generalista precisa saber no pronto socorro?. Os encontros tiveram em média cerca de 30 participantes cada. Ao final foi disponibilizado um Formulário do *Google* para *feedback* e a grande maioria das mensagens foram positivas quanto as temáticas escolhidas, duração do evento, quantidade de eventos realizados, entre outros. O primeiro Ciclo de Eventos da LIRAD agregou muito à formação acadêmica dos participantes e próximos ciclos foram programados e realizados.

PALAVRAS-CHAVE: Liga Acadêmica; Radiologia; Diagnóstico por imagem.

ABSTRACT: The Interdisciplinary Academic League of Radiology and Diagnostic Imaging (LIRAD) is part of the academic leagues of the Universidade Regional de Blumenau (FURB), non-profit student organizations for deepening in a given area of knowledge. In the first semester of 2017, LIRAD began its activities through four events, all conducted by radiologists and previously disclosed in the social networks and academic media of FURB. The academics interested in the events could become binders by paying a single fee and with the right to certification or participate in the events separately (without certification). The first event was the Inaugural Class in March, in which academic authorities were present, with formal presentation of LIRAD and later introductory lecture on radiology. The next two events occurred in the months of April and May and were ministered through workshops. The themes were thorax and abdomen, respectively, and the students initially attended a theoretical presentation and then there was a practical part for the analysis of radiographs. The last event of this cycle was the speech Neuroradiology of trauma: What does the generalist physician need to know in the emergency room?. The meetings averaged about 30 participants each. At the end a *Google* form was available for feedback and the vast majority of messages were positive regarding the chosen themes, duration of the event, number of events held, among others. The first LIRAD cycle of events added much to the academic training of the participants and upcoming cycles were programmed and performed.

KEYWORDS: Academic League; Radiology; diagnostic imaging.

1 | INTRODUÇÃO

As Ligas Acadêmicas são organizações estudantis sem fins lucrativos, em que os estudantes se reúnem para aprofundar os conhecimentos nas variadas áreas do conhecimento. Baseiam-se no tripé do Ensino, Pesquisa e Extensão e estão inseridas nas universidades, abrangendo múltiplas graduações.

A Liga Acadêmica de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (LIRAD) atua na Universidade Regional de Blumenau (FURB), com possibilidade de participação de

acadêmicos matriculados em todos os cursos de graduação, mas com enfoque na área da saúde, especialmente na Medicina. Foi fundada no dia 08 de novembro de 2016, coincidentemente, a data em que se comemora o Dia do Radiologista, e iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2017. Até então já foram completados quatro ciclos de eventos e este artigo enfoca o primeiro desses, de março a junho de 2017.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

O primeiro ciclo de eventos da LIRAD ocorreu nas instalações da FURB e foi aberto a todos os acadêmicos regularmente matriculados na Universidade e profissionais da área interessados. A divulgação dos eventos deu-se por meio das redes sociais nos grupos de maior alcance do público-alvo, que são os estudantes da área da saúde, sobretudo os da Medicina.

Teve início em março e contou com um evento por mês, até o final do mês de junho de 2017, completando quatro eventos. As metodologias empregadas foram aulas expositivas e participativas, com palestras e *workshops*.

Para participar de todo o ciclo, o acadêmico pagou uma taxa única, o que o tornou ligante, e recebeu certificação pelo Sistema Integrado de Pesquisa e Extensão da FURB no caso de 75% de presença. Se havia interesse em participar de apenas um evento, esse era cobrado separadamente, com exceção da Aula Inaugural que foi gratuita, e não havia certificação.

Ao final do ciclo, os participantes preencheram um formulário via *Google Docs* para *feedback*.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para iniciar o ciclo eventos, a LIRAD apresentou Aula Inaugural no mês de março, com a presença de autoridades acadêmicas e apresentação formal da Liga. Em seguida, o médico radiologista Dr. Guilherme Beduschi conduziu uma palestra introdutória sobre a Radiologia, seus conceitos básicos e aplicações clínicas (Imagem 1).



Imagem 1 - Aula Inaugural com o Dr. Guilherme Beduschi

Fonte: Arquivo próprio

O segundo e o terceiro eventos foram ministrados por meio de *workshops* com a temática da região torácica e abdominal nos exames de imagem, respectivamente pelas médicas radiologistas Dra. Maíra Otaviano Furlan, professora orientadora da Liga, e Dra. Nicoli Martina Testoni, membro colaborador da Liga. Foram lecionadas aulas expositivas no início, seguidas por apresentação de exames de imagens em que os alunos, divididos em grupos, analisavam e discutiam as radiografias e ao final compartilhavam com os demais com auxílio do radiologista presente.

Para finalizar o primeiro ciclo de eventos da LIRAD, os acadêmicos participaram da palestra Neurorradiologia do trauma: O que o médico generalista precisa saber no pronto socorro? conduzida pelo médico radiologista Dr. Carlos Sandrini.

Os encontros tiveram em média cerca de 30 participantes cada, sendo estes acadêmicos de Medicina.

Ao final foi disponibilizado um Formulário do *Google Docs* para *feedback* e as mensagens foram positivas a respeito da quantidade, métodos, duração, temáticas, locais de realização dos eventos propostos, valores cobrados, palestrantes e *coffee breaks*.

4 | CONCLUSÃO

O primeiro ciclo de eventos da LIRAD consistiu de atividades que foram de sucesso para o meio acadêmico da FURB.

Foi realizado no primeiro semestre de 2017, com ambientes previamente reservados para a realização de cada evento e divulgados nas redes sociais de acesso aos acadêmicos da FURB, com maior abrangência do curso de Medicina.

Para participação, os interessados deveriam ser acadêmicos da FURB ou profissionais da área e pagar uma taxa para o ciclo completo ou somente para um evento.

O ciclo foi composto por quatro eventos nas temáticas de introdução à radiologia, regiões torácica e abdominal da radiologia e neurorradiologia do trauma para clínicos. Com cerca de 30 participantes em cada evento, pode-se dizer que houve boa participação acadêmica. Os *feedbacks* recebidos demonstraram satisfação dos participantes com os eventos.

Dessa forma, a LIRAD continuou a realizar ciclo de eventos semestrais e, até o final da produção deste artigo, já foram finalizados quatro ciclos de eventos com bons resultados.

REFERÊNCIAS

Não foram utilizadas pesquisas científicas na escrita deste artigo. Não há conflito de interesses.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO RURAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcio Rossato Badke

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/SM – Rio Grande do Sul – RS - Brasil.

Márcia Vaz Ribeiro

Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas/RS - Brasil.

Vera Lucia Freitag

Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPGEnf/UFRGS. Docente da Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. RS - Brasil.

Caroline Ciliane Ceretta

Docente da Universidade Federal de Pelotas – UFPel/RS - Brasil.

Indiara Massuquini Fonseca

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. – RS - Brasil.

Elisa Vanessa Heisler

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Santa Maria/RS - Brasil.

Maria Denise Schimith

Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da PPGEnf/UFSM/SM – RS - Brasil.

Silvia Maria Alves Caldeira

Docente e Investigadora no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - Universidade Católica Portuguesa – UCP - Instituto Ciências da Saúde – Lisboa - Portugal.

RESUMO: Relato de experiência de uma moradora da comunidade rural do centro do estado do Rio Grande do Sul sobre o uso de terapias integrativas e complementares para o cuidado com a saúde. Pesquisa qualitativa, descritiva, relato de experiência. Coleta de dados com entrevista semi-estruturada, e análise temática dos dados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Como resultado, o estudo identificou as principais terapias usadas pela moradora (Reiki, Massagem, Benezedura, Radiestesia e Plantas Medicinais), a herança familiar existente na transmissão do conhecimento e a “paixão” em relatar suas práticas e saberes. Foi relatado um desconforto pela entrevistada referente ao descrédito existente por parte dos profissionais de saúde sobre o saber e utilização das práticas integrativas e complementares. A análise permitiu a construção de três eixos temáticos: “aprendi em família”; “conheço a utilização, mas desconheço os nomes científicos e populares das terapias complementares” e o “doutor debochou de mim”. Por fim, o estudo apresentou a necessidade de avançar na aproximação o conhecimento científico do popular e desta forma melhorar a integração entre as práticas e saberes junto à população, com vistas à prevenção de doenças, promoção da saúde e a integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: terapias complementares;

toque terapêutico; cura pela fé; radiestesia; plantas.

INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE RURAL CONTEXT: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Experience report of a resident of the rural community in the state the center of Rio Grande do Sul on the use of complementary and integrative therapies to care for the health. Qualitative research, descriptive type experience report is the collection of data from semi-structured interviews, and data analysis was applied to analyze theme. The study was approved by the Ethics Committee of the Institution which is linked. As a result, the study identified the main therapies used by the resident (Reiki, Massage, Benezedura, Dowsing and Medicinal Plants), the existing family heritage in the transmission of knowledge and “passion” to report their practices and knowledge. discomfort by the interviewee regarding the existing disbelief was reported by health professionals on knowledge and use of complementary and integrative practices. The analysis allowed the construction of three themes: “learned in the family”; “I know the use, but unknown to the scientific and common names of complementary therapies” and “Doctor mocked me.” Finally, the study showed the need for progress in bringing the scientific knowledge of popular and thus improve the integration between the practices and knowledge among the population, with a view to prevention and health promotion and comprehensive care.

KEYWORDS: complementary therapies; therapeutic touch; faith healing ; radiesthesia; plants.

PRÁCTICAS INTEGRADORA Y COMPLEMENTARIA EN EL CONTEXTO RURAL: RELATO DE EXPERIENCIA

RESUMEN: Relato de experiencia de un residente de la comunidad rural en el estado del centro de Rio Grande do Sul en el uso de terapias complementarias e integradoras para el cuidado de la salud. Investigación cualitativa, descriptiva, tipo de experiencia es la recopilación de datos de las entrevistas semiestructuradas, análisis del tema. Estudio aprobado por el Comité de Ética. El estudio identificó los principales tratamientos utilizados (Reiki, Masaje, Benezedura, Radiestesia y Plantas Medicinales), el patrimonio familiar existente en la transmisión de conocimientos y la “pasión” para informar de sus prácticas y conocimientos. Malestar por el entrevistado respecto a la incredulidad existente fue reportado por profesionales de la salud sobre el conocimiento y el uso de prácticas complementarias e integradoras. El análisis permitió la construcción de tres temas: “aprende en la familia”; “Sé que el uso, pero desconocido para los nombres científicos y comunes de las terapias complementarias” y “Doctor burló de mí.” Por último, el estudio demostró la necesidad de avanzar en lo que el conocimiento científico de la popular y por lo tanto mejorar la integración entre las prácticas y conocimientos entre la población, con miras a la prevención y promoción de la salud y la atención integral.

PALABRAS CLAVE: terapias complementarias; tacto terapéutico; curación por la fé; radiestesia, plantas.

INTRODUÇÃO

Estudos brasileiros na temática de cuidados no cotidiano rural são escassos, e quando ocorrem, geralmente não buscam conhecer as ações de cuidado com uso de outras práticas que não estejam ligadas ao modelo biomédico e conseqüentemente dificulta a compreensão acerca da realidade do cuidado entre famílias rurais (LIMA et al., 2014). Muitas vezes, suas residências são distantes dos centros urbanos, com estradas não pavimentadas ou em condições precárias de mobilidade o que pode dificultar o acesso aos serviços de saúde. Conforme Lima (2011, p. 30) “esses fatores contribuem para que essa população busque autonomia no cuidado tomando decisões acerca do mesmo com base na sua auto-avaliação da gravidade do caso”. Segundo o mesmo autor, geralmente as comunidades rurais utilizam recursos de saúde que vão além dos encontrados no sistema de cuidado profissional, e assim associam práticas provenientes do saber popular, como por exemplo, os remédios caseiros feito com plantas medicinais. Esse fato afirma a importância de pesquisas científicas, sobre a utilização das plantas no cuidado inicial entre as famílias rurais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ter uma política que evite “permitir a pluralidade terapêutica para os ricos (fora do SUS), ao passo que aos pobres sobrarão o rigor (e os limites) da ciência cartesiana” (CUNHA, 2005 p.148). Neste sentido, as práticas integrativas e complementares¹ necessitam ser reconhecidas no processo de cuidado, tendo como um dos seus objetivos a sua utilização, visando um atendimento integral do sujeito (MACHADO et al., 2012). Desta maneira, seria interessante que todos os setores de saúde reconhecessem as diferentes formas terapêuticas de cuidar e que assim permitissem ampliar sua atuação na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças. (BARBOSA, 2001).

Conforme a legislação brasileira a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), é reconhecido atualmente a Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; a Homeopatia; as Plantas Medicinais e Fitoterapia; o Termalismo – Crenoterapia e a Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006). Especificamente no Rio Grande do Sul (RS), temos a Resolução nº 695/13, que aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), que tem como objetivo além da implementação das práticas integrativas e complementares previstas na PNPIC a implantação das Terapêuticas Floral, Reiki, Práticas Corporais Integrativas, Terapias Manuais e Manipulativas (Massoterapia, Osteopatia e Quiropraxia), Terapia Comunitária e Dietoterapia e recomendação de outras práticas complementares (MINISTÉRIO DA SAÚDE/RS, 2013).

Desse modo, o presente relato de experiência tem como objetivo relatar a experiência de uma moradora da comunidade rural do centro do estado do Rio Grande

do Sul sobre o uso de terapias integrativas e complementares para o cuidado com a saúde.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Com relação aos aspectos metodológicos, o estudo caracteriza-se como sendo descritivo, uma vez que busca descrever determinados fenômenos ou ações (GIL, 2014). Com a opção da abordagem qualitativa, a pesquisa encontrou no relato de experiência, uma oportunidade de conhecer práticas integrativas e complementares para o bem-estar social. Para Minayo (2013), a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, das essências, das relações humanas, das atitudes, das crenças e dos valores, explorando, assim, uma realidade que não pode ser captada pelos dados quantitativos.

A coleta de informações se deu com uma moradora de uma localidade rural no mês de abril de 2015, na região central do Estado do Rio Grande do Sul, conhecida como Quarta Colônia de Imigração Italiana, composta pelos municípios de Agudo, Restinga Seca, São João do Polesine, Faxinal do Soturno, Dona Francisca, Ivorá, Nova Palma e Pinhal Grande, no centro do Estado RS (FROEHLICH; VENDRUSCULO, 2011).

A coleta de dados foi por meio de entrevista semi-estruturada, com questões abertas e fechadas, previamente agendada, e realizada em dois momentos distintos na residência da participante, com duração média de duas horas cada.

Optou por este tipo de entrevista, pois conforme Minayo (2013) a entrevista semi-estruturada permitir maior flexibilidade nas conversas, com possibilidade de absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor (entrevistado). Assim, neste estudo elaborou-se um roteiro de entrevista composto por duas partes. A primeira foi composta por questões fechadas sobre os dados pessoais dos participantes como: gênero, idade, renda, profissão entre outros, que serviram para traçar o perfil socioeconômico da entrevistada. A segunda parte da entrevista foi composta por questões abertas, que abordaram o conhecimento sobre terapias complementares em situações de primeiros socorros, a origem desse conhecimento, uma comparação entre suas experiências na eficácia destas terapias em relação aos medicamentos e tratamentos alopáticos, bem como se fazem uso desta terapia no cuidado à sua saúde ou de seus familiares.

A escolha da pesquisada se deu de forma intencional (MINAYO, 2013), com o consentimento em relatar sua experiência de vida. Na análise dos dados, proposta por Bardin, (2011), optou-se pela análise de conteúdo temática, cuja operacionalidade se distingue em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, com a inferência e as interpretações. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, número do Parecer: 981.660, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 41244715.8.0000.5346 e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pela participante. Apoiou-se ainda, nas

orientações e disposições da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que descrevem as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos envolvendo seres humanos, sendo atendidas as recomendações em todas as fases da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados do estudo a partir da caracterização da entrevistada e, posteriormente, com a apresentação dos temas construídas após a análise temática do material.

Inicialmente, as características socioeconômicas da entrevistada revelaram que seu perfil é de uma pessoa de 71 anos, do gênero feminino. Há muitos anos atua como costureira e também agricultora familiar. Suas duas filhas concluíram o curso superior e atuam na profissão escolhida. No relato da entrevistada, foi possível perceber a satisfação de ter as filhas “*bem casadas*” e com filhos. Atualmente, o marido tem passado por problemas de saúde, o que demonstrou na entrevistada uma grande preocupação em encontrar opções ao tratamento realizado em paralelo junto à medicina convencional. De forma espontânea, a entrevistada foi logo mostrando seus livros de estudo e contando, entusiasmadamente, sua experiência de vida com as plantas, o qual incansavelmente relatava o dom adquirido em cursos com um japonês e a própria avó.

Cabe observar, que na discussão de Budó et al. (2008), muitos dos estudos sobre a saúde da família é atribuição das mulheres. Acredita-se que essa predominância do sexo feminino seja pelo fato de a mulher ser a cuidadora por excelência, pois, culturalmente, é ela quem realiza os cuidados no seio familiar.

Quando indagada sobre quais terapias ela mais usava, prontamente lança uma lista que contemplava o Reiki, Massagem, Benezadura, Radiestesia e Plantas Medicinais. O Reiki constitui um sistema de cura por meio da imposição das mãos, utilizado para o tratamento do corpo físico, atuando nos corpos sutis etéreo, mental, emocional e espiritual, trazendo benefícios que vão além do corpo físico e agindo profundamente não somente nos sintomas, mas na causa destes (SADER, 2012). Trata-se de um tipo de terapia proveitosa oferecida a indivíduos em situação de saúde e de doença, uma vez que aumenta a energia vital e fortalece o sistema imunológico (HONERVOGT, 2015). Estudo como o de Freitag et al. (2014), comprova os benefícios da prática de reiki, no qual os entrevistados referiram após a aplicação desta terapia integrativa e complementar a melhora da dor crônica em idosos, bem como o seu equilíbrio físico e mental.

Referente à massagem, Schneider (1995) traz que esta é um gesto de amor, um presente e um instrumento de cura e que quando fazemos massagem (aplicando ou recebendo), há um relacionamento com a outra pessoa por meio da pele, do tato e do toque, despertando, dessa maneira, vários tipos de sensações por todo o corpo.

Conforme o estudo de mestrado de Marques (2010), a massagem terapêutica é utilizada desde há milênios no alívio da dor. No estudo foi observada uma redução significativa da intensidade da dor, a massagem terapêutica como tratamento complementar da fisioterapia convencional, mostrou-se eficaz no alívio da dor em idosos não comunicantes com doença terminal, revelando-se como uma alternativa não farmacológica no tratamento da dor neste tipo de doentes. O estudo de Seubert e Veronese (2008) também mostrou a massagem na prevenção e tratamento de doenças e auxiliando no alívio das dores.

No relato da entrevistada, seu entusiasmo esteve ao fato de ajudar a recuperar movimento dos pés com massagens, a uma moradora local que lhe procurou por estar com dificuldade de caminhar, também referiu já ter auxiliado com êxito em casos de fraturas em bebês durante o parto.

A benzedura consiste em fazer o sinal da cruz sobre pessoa ou coisa, recitando fórmulas litúrgicas para consagrá-la ao culto divino ou chamar sobre ela o favor do céu, abençoar, em outras palavras, o ato da bênção é um ato de súplica, de pedido insistente aos deuses para que eles se dispam dos seus mistérios e se tornem mais presentes, produzindo benefícios aos mortais (OLIVEIRA, 1985). A bênção é um veículo que possibilita ao seu executor estabelecer relações de solidariedade e de aliança com os santos, de um lado, com os homens de outro e entre ambos, simultaneamente. A este respeito, o estudo de Piriz et al. (2014) menciona a religião como uma característica cultural muito forte entre as entrevistadas de uma comunidade rural e como uma das preferências de cuidado. A religião também aparece como uma prática importante de cuidado no estudo de Ferreira et al. (2011), pois ela, segundo os autores, pode servir para a prevenção de agravos, bem como para a manutenção do bem-estar.

A Radiestesia estuda a detecção das radiações do corpo humano, sem a ajuda de instrumentos científicos, conforme Rodrigues (2003), é uma técnica fundamentada no princípio de que é possível captar a energia e a radiação emitidas dos objetos, se utiliza de pêndulos de vários modelos, mas geralmente consistem em uma bolinha de madeira ou outro material como o cristal que é suspenso por um fio preso entre o dedo indicador e o polegar onde o especialista formula uma pergunta e conforme o movimento do pendulo tem como resposta sim ou não.

Durante a entrevista, um caso que chamou a atenção foi sobre o relato da procura de uma senhora em “desespero” com uma dor muito forte muscular, com o auxílio do pêndulo confirmou o problema muscular a ao colocar a mão em seu ombro, com um pedido de oração, a senhora e ela oraram e para sua surpresa, sentiu o músculo se mover e a mulher se jogou no chão, chorou e agradeceu a melhora imediata.

Referente às plantas medicinais, seu relato transcorreu principalmente na utilização de chás caseiros com a planta colhida fresca em seu quintal para tratar problemas como dor de cabeça, resfriados e febre, este uso era individual, familiar, bem como entre os que lhe procuravam, referindo alguns problemas de saúde.

Com relação à aquisição do conhecimento sobre o uso das terapias

complementares, a entrevistada apontou que o conhecimento referente ao uso das terapias complementares é passado de geração por geração no seio familiar (SCHEK et al., 2014; LIMA et al., 2014), principalmente na figura materna e paterna, acreditando na origem popular deste conhecimento.

Quanto ao saber sobre as terapias, seus nomes científicos e populares, a entrevistada disse saber de muitas terapias, mas ao mesmo tempo desconhecia sobre seus nomes científicos e populares, principalmente referente às plantas medicinais. No entanto, prontamente relatou que isso não a deixava insegura no seu uso porque era muito conhecedora dos benefícios de cada planta e das terapias usadas.

Por outro lado, quando relatou que havia a necessidade de avançar nas capacitações sobre o uso das práticas, identificou que a comunidade onde morava ainda era necessária destas práticas integrativas e complementares. Descrevia com euforia que ela mesma sabia e estava consolidada a importância destas práticas, mas ainda não estava entendida por muitos moradores.

Sobre o descrédito dos profissionais de saúde convencionais, a entrevistada apontou que sente um descaso do profissional de saúde, neste caso o médico, por não acreditar na terapia complementar utilizada pela entrevistada e assim debochou de sua realidade, proporcionando um distanciamento médico-paciente e, conseqüentemente, uma lacuna entre o saber científico e popular, o que assinala a necessidade de avançar nas capacitações profissionais e na inserção deste profissional na realidade a qual trabalha.

Durante a entrevista foi possível identificar três eixos temáticos: *“aprendi em família”*, *“conheço a utilização, mas desconheço os nomes científicos e populares das terapias complementares”* e *“o doutor debochou de mim”*.

Eixo 1: “Aprendi em família”

Ao entrevistar a moradora com a pergunta: qual o seu conhecimento sobre as terapias complementares utilizadas em situações de primeiros socorros? percebeu-se que o significado que atribuía ao uso das terapias está relacionado ao conhecimento e a experiência que ela adquiriu junto aos seus familiares, principalmente na figura de sua mãe.

Segundo Badke (2012) a transmissão do conhecimento sobre as plantas medicinais como exemplo de terapia integrativa e complementar está sustentada na relação de afeto entre a mulher-mãe e seus filhos, na tentativa de passar o saber às próximas gerações. O primeiro contato com o uso das terapias complementares em situação de primeiros socorros, segundo a entrevistada, foi na imobilização de membros lesionados conforme depoimento a seguir que também deixa claro seu aprendizado no âmbito familiar: *“[...] desde a infância já enfaixava (imobilizava) perna junto com minha mãe, tenho na genética sede de ajudar os outros [...]”*.

Evidencia-se que o contato com as terapias complementares inicia na família e que a mulher sempre teve papel de cuidadora na família, desde o início da civilização.

Num de seus relatos de experiência, a entrevistada apontou que sua experiência ajudou a recuperar um bebê da própria família, que por conta da cesariana, foi diagnosticado tumor ósseo no ombro e que por simples fato de observar e tocar o bebê pode constatar que era a clavícula fraturada, comprovado pelo raio-X. Por meio da massagem pode recuperar o movimento do braço e hoje ele é um homem perfeito, disse a entrevistada em meio à emoção.

Em outra experiência interessante foi quando o marido de uma senhora da vizinhança estava em estado de choque, com pressão arterial baixa e quase falecida em cima da cama a procurou como último recurso de vida. Ela então fez uma massagem e o resultado foi imediato. A senhora expeliu suor rosa, resultado de uma intoxicação de medicação para depressão.

Em conformidade com esse achado, o estudo de Ceolin (2011) menciona que o cuidado dos membros da família é geralmente designado à mulher, e essa predominância do sexo feminino evidencia a importância das mulheres na transmissão do conhecimento entre as gerações e a responsabilidade pela execução do cuidado em saúde na família, utilizando-se neste caso as plantas medicinais para a sua realização.

Eixo 2: “Conheço a utilização, mas desconheço os nomes científicos e populares das plantas medicinais”

Durante a visita pode-se constatar que a participante tinha um vasto conhecimento das terapias complementares, as quais julgava que poderia utilizar durante uma situação de primeiros socorros. Em contrapartida, ao exemplo das plantas medicinais a moradora tinha conhecimento para qual finalidade utilizar a determinada planta, mas desconhecia tanto o nome popular como científico das plantas a serem utilizadas como relatou: “[...] quando não se está bem toma o leitinho, do acho que o nome é do famoso “pau pelado” é bom para tudo até para câncer [...]”

Outro relato foi sobre a utilização do bulbo da rosa para picada de aranha:

[...] você picado de aranha utiliza a semente da rosa (bulbo), a rosa aquela de jardim, a comunzinha, com uma papa feita com mel, coloca em cima da picada e deixa o máximo que aguentar, porque dói, nunca tira a casca, vai colocando o preparado até melhorar não pode jamais passar álcool, pode até lavar com bicarbonato, aquele de fazer bolacha (Bicarbonato de sódio) água e sabão [...].

Os depoimentos deixam claro que a informante apresenta conhecimento sobre as terapias complementares, o que lhe falta talvez seja uma parceria junto às políticas públicas que amparam as práticas integrativas e complementares de saúde e bem-estar, e mesmo espaço para divulgar e compartilhar seu conhecimento.

Da mesma forma, outra mudança envergaria para a comunidade local, que poderia ter acesso às informações, se alguma campanha ou mesmo trabalho junto a secretaria municipal de saúde fosse nesse sentido. Na entrevista, a preocupação predominante era que as pessoas, muitas vezes, esperavam meses para um tratamento

no médico enquanto que muitas outras práticas integrativas e complementares existem em suas próprias casas.

Eixo 3: “O doutor debochou de mim”

Durante a coleta de informações foi solicitado que a entrevistada respondesse se estimulavam o uso das terapias complementares e como ela percebia a relação entre a terapia complementar e o sistema oficial de saúde. A este respeito foi possível constatar no relato da entrevistada, que afirmou: “[...] *não dá para dizer para medicina atual que eles te xingam (falam mal) [...] as terapias (complementares) são utilizadas para mim e para a minha família, mas tem coisas (problemas de saúde) que tem que ser só com a medicina*”.

A partir deste fragmento, pôde-se perceber que existe um distanciamento entre o saber popular e o científico o que ocasiona, muitas vezes, um constrangimento por parte do sujeito frente ao profissional de saúde e, desta maneira, o profissional desconhecerá o real problema de saúde.

O estudo de Rocha e Rozendo (2015) encontrou desvalorização das práticas populares por parte dos profissionais da saúde o que aumenta o distanciamento na relação entre os sistemas oficial e popular de saúde, bem como a invisibilidade e falta de crédito do conhecimento popular.:

Este pensar, também foi contemplado pela entrevistada:

[...] fui ao médico no postinho de saúde aqui e disse estou sentindo isso, aquilo, acho que é isso... o médico me olhou e disse: se a senhora sabe o que tem porque veio me procurar?, mais fiquei tão braba que não queria nem olhar mais para aquele profissional, pois ele ao menos deveria me examinar e me tratar com educação [...].

Este segundo trecho vai de encontro ao que o Ministério da Saúde preconiza para as Unidades de Saúde onde funciona o SUS, pois o que preconiza é o acolhimento das pessoas de maneira a não distinguir classe social, crença, hábito e tentando respeitar as características de cada cultura. Pelo movimento sanitário acreditar na existência de diferentes formas de cuidar a saúde das pessoas, a partir da década de 1980 no Brasil, é que foi criado o SUS.

Acriação do SUS veio com o intuito de cuidar de seus usuários em sua integralidade, de forma coletiva ou individual, respeitando suas singularidades culturais, sociais e econômicas, pois a arte de cuidar, tratar ou mesmo curar as doenças estão fortemente condicionadas a alguns valores, costumes e hábitos culturais. O interesse brasileiro em outras maneiras de cuidar das pessoas foi ratificado em 2006, com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Desde 2013, o Estado do Rio Grande do Sul conta com a aprovação da resolução N° 695-13 que trata da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE/RS, 2013).

No documento, o objetivo maior é garantir a integralidade na atenção à saúde e

que sua implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural e considera a “necessidade de conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados. [...] tendo em conta também a crescente legitimação destas por parte da sociedade” (MINISTÉRIOD A SAÚDE/RS, 2013, p. 3).

Com isso, há por parte do governo, o entendimento de que as práticas e saberes populares são importantes para ajudar na prevenção e intervenção da saúde social, o que não discriminaria, em todos os sentidos, as práticas usadas e herdadas sobre tal fim. Entre seus princípios está a parceria com o SUS, em que são prioridades a integralidade, a igualdade e, por extensão, a equidade na assistência à saúde. O documento também ressalva o respeito à vida e o direito à opção terapêutica como fundamentos éticos, tendo por base, o princípio constitucional da saúde como direito e dever do Estado (MINISTÉRIOD A SAÚDE/RS, 2013).

Com o passar dos anos, o crescimento do uso de práticas integrativas e complementares para a saúde e o bem-estar tem tido respaldo governamental, o que já demonstra um avanço significativo junto a sociedade. Assim, é possível entender que, gradativamente, as pessoas passam a ser conhecedoras de práticas integrativas e complementares, seja porque se deparam por momentos de debilidades emocionais, seja porque durante a procura pela medicina convencional, os tratamentos se tornam demorados. Além disso, os sentimentos (no plano abstrato) parecem pouco importar aos profissionais que lidam diariamente com a vida, revelados pela frieza com que alguns profissionais tratam as doenças de um paciente e sua família, este discurso foi motivado pelo depoimento da entrevistada sobre a pronta resposta dada pelo profissional durante sua consulta.

Por fim, numa conversa informal, no encerramento da entrevista, o olhar atento junto ao entrevistador denunciava a ansiedade da moradora em buscar uma ajuda sobre a cura com suas plantas aleatoriamente distribuídas na horta e no pátio. O interesse era em descobrir o nome científico da “arvorezinha do câncer”, apontando com a mão e caminhando a passos curtos e ligeiros em direção a tal planta. Numa sincronia de conversa, a entrevistada já sorria e dizia *“tu me mandas o nome científico da planta, eu preciso saber”*, e afirmava com coragem e interesse *“vou rezar para que tudo dê certo, a fé vai ajudar nossa família, mas não se esquece de me mandar o nome da planta”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a necessidade de envolvimento por parte dos profissionais, principalmente da saúde, para respeitar e resgatar este conhecimento popular, aproximando o conhecimento científico do popular e desta forma beneficiando para um cuidado de saúde, com vistas à promoção da saúde e a integralidade do cuidado. Também como sugestão, a participação de órgãos públicos para capacitar tanto

profissionais como líderes populares, referente a esta forma considerada pela medicina oficial, como não convencional, de cuidar e tratar os problemas de saúde das pessoas.

Assim, acredita-se corroborar para a construção de políticas públicas de saúde, que incluam ações de cuidados integrais, contemplando outras práticas integrativas e complementares existentes no meio popular e que, geralmente, são desconhecidas ou preteridas nos serviços de saúde, bem como nos meios acadêmicos.

Com esta pesquisa foi possível observar que a entrevistada acredita na eficácia das terapias complementares por meio das vivências e trocas de informações com seus familiares, que ocorrem principalmente com as mães, evidenciando a permanência da figura feminina no cuidado da saúde.

Embora o estudo também destacasse a fragilidade do conhecimento científico da entrevistada sobre as plantas, isso não impediu o seu uso como terapia alternativa durante o tratamento de seus familiares e pessoas que a procuram.

Torna-se necessário compreender o usuário em sua cultura, buscando aproximar o conhecimento científico do popular. Esta congruência é essencial e necessária para retirar as terapias complementares da margem da cientificidade reconhecida pelo modelo biomédico e promover o respeito pelas crenças. Ambos os saberes se somam quando se aspira a promoção da saúde e a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; RABELO, M. C. M. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade**. In: Rabelo, M. C. M.; Alves, P. C. B. Souza, I. M. A. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 171-86. 1999.

ALVIM, N. T. **Práticas e saberes das enfermeiras sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: uma construção em espiral**. 164 fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto & contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.2, p. 363-370, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BARBOSA, M. A. **A utilização de terapias alternativas por enfermeiros brasileiros**. 259 fl. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade federal de São Paulo, São Paulo, 1994.

BARBOSA, M. A.; FONSECA, A. P. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, J. T.; FARIA, R. M.; OLIVEIRA, L. M. A. C. et al. Terapias Alternativas de Saúde x Alopata: tendências entre acadêmicos de medicina. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiania, v. 3, n. 2, s.l., 2001. ISSN 1518-1944. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/718>>. Acesso em: 05 set. 2018.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo: a que responde o modelo biomédico? **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jul. 2018.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 1ªed. Lisboa: Edições 70, 2011.

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde. Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário –. Secretaria de Agricultura Familiar. **Política Nacional de Assistência Técnica e Extensão rural**. Departamento de Assistência Técnica e Extensão Rural (DATER). Brasília, 2007.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BUDÓ, M. L. D. et al. Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, 8 telas, 2008. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2008.1104/291>. Acesso em: 05 maio. 2018.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix; 2012.

CEOLIN, T.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L.; SCHWARTZ, E.; MUNIZ, R. M.; PILLON.; C. N. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100007&lng=en. Acesso em: 30 jul. 2018.

COLLIÉRE, M. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**: Inter Editions. Paris, 1999.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

EMATER- RS/ASCAR. Rio Grande do Sul. **Produção de Base ecológica**. Disponível em: <http://www.emater.tche.br/site/area-tecnica/agricultura-base-ecologica/producao-de-base-ecologica.php#.U7v0EvlVqU> Acesso em: 06 jul 2018.

FERREIRA, A. G. N.; FERREIRA, A. G. N.; GUBERT, F. A.; MARTINS, A. K. L.; GALVÃO, M. T. G.; VIEIRA, N. F. C. et al. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 744-750, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400015&script=sci_arttext. doi: 10.1590/S1983-14472011000400015. Acesso: 15 ago. 2018.

FREITAG, V. L.; DALMOLIN, I. S.; BADKE, M. R.; ANDRADE, A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4 p. 1032-1040, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf. Acesso em 03 de jun. 2018.

FROEHLICH, J M.; VENDRUSCOLO, R. **A construção social da identidade territorial quarta colônia: tramas e sentidos da narrativa**. In: FROEHLICH, José. M. (org.). *Desenvolvimento Territorial: produção, identidade e consumo*. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 2011, p 305-352.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo: Cultrix, 1988.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC,1989.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014.

HESPANHOL, N. **Modernização da Agricultura e Desenvolvimento Territorial**. Encontro Nacional de Grupos de Pesquisa - ENGRUP. São Paulo: UNESP, 2008.

HILL, A. **Guia das Medicinas alternativas**: todos os sistemas de cura natural. São Paulo: Hemus, [s.d.].

HONERVOGT, T. **Reiki cura e harmonia através das mãos**. 14. ed. São Paulo: Pensamento, 2015.

LANDMANN, J. **As medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência?** – homeopatia, medicina herbal, acupuntura, meditação, ioga, biofeedback e cura pela fé. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 13, n. 1, p. 113-28, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n1/07.pdf> Acesso em: 12 mai 2018.

LIMA, Â.; HECK, R. M.; VASCONCELOS, M. K. P.; BARBIERI, R. L. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 365-372, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000200365&script=sci_arttext&tling=pt Acesso em: 16 ago. 2018.

LIMA, A. L. R. **Convenções de Genebra: a Al-Qaeda, o Talibã e o conflito no Afeganistão**. 233 fl. Tese (Doutorado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: http://novodireitointernacional.com.br/wp-content/uploads/2012/08/lima-o-status-do-terrorista-como-combatente-nas-conven%C3%87%C3%95es-de-genebra_-a-al-qaeda-o-talib%C3%A3-e-o-conflito-no-afeganist%C3%A3o.pdf. Acesso em: 14 de mai. 2018.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros**: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

MACHADO, D. C.; CZERMAINSKI, S. B. C.; LOPES, E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde debate**, v. 36, n. 95, p. 615-623, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a13v36n95.pdf>. Acesso em 02 de jun. 2018.

MARQUES, C. N. C. **A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal**. 147 fl. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa 2010. Disponível em: Universidade de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3321/1/609234_Tese.pdf. Acesso em: 9 mai. 2018.

MENÉNDEZ, E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. **Cuadernos médico sociales**, Santiago, v. 59, p. 3-18, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução da Secretaria da Saúde Nº 695, de 20 de dezembro de 2013. Aprovar a **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares**. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773_cibr695_13.pdf Acesso em: 09 set 2018.

MINISTÉRIO DA AGRICULTURA. **Secretaria de Desenvolvimento Rural, Pesca e Cooperativismo**. Programa Agricultura de Base Ecológica. Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://www.sdr.rs.gov.br/upload/20140708110413programa_agricultura_de_base_ecologica.pdf Acesso em 08 set 2018.

OLIVEIRA, E. R. **O que é benzeção**. 2a ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ORGANIZATION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Promoción y desarrollo de la medicina tradicional**: informe de una reunión de la OMS. Ginebra, 1978.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa abordagem teórico-prática**. São Paulo: Papyrus Editora, 2006.

PIRIZ, M. A. O Cuidado à saúde com o uso de plantas medicinais: uma perspectiva cultural. **Ciência, Cuidado e Saúde (Online)**, Maringá, v.13. n. 2 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20703> Acesso em 14 set de 2018.

RANGEL, M.; BRAGANÇA, F. C. R. Representações de gestantes sobre o uso de plantas medicinais. **Revista Brasileira Plantas Mediciniais, Botucatu**, v.11, n. 1, p.100-109, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Projeto RS Biodiversidade. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://www.sdr.rs.gov.br/portal>. Acesso em 05 jul 2018.

ROCHA, L. S.; ROZENDO, C. A. os sistemas de saúde popular e oficial sob a ótica de benzedeadas. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 9, s. 1, p. 336-342, 2015. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6268/pdf_7009 Acesso em: 8 jul. 2018.

RODRIGUES, A. **A radiestesia prática e ilustrada**. Vila Mariana - São Paulo: Fábrica das Letras Editora Ltda, 2003. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/tpachecoalibra/antriorodrigues-radiestesiapraticailustrada130414130114phpapp02-1> Acesso 07 mai. 2018.

SANDER, M. **O poder do Reiki**. 1ª ed. São Paulo: Pensamento; 2012.

SCHEK, G.; ROCHA, G. B. D.; PALMA, J. S.; HECK, R. M.; BARBIERI, R. L. Medicinal plants used for analgesia in families descendants of pomeranians in Southern Brazil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 929-937, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3198>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

SCHNEIDER, M. **O manual de autocura**: método self-healing. São Paulo: Triom, 1995.

SEUBERT, F.; VERONESE, L. **A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas**. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em: <http://teste.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/12/masso-preventiva-pisiquica.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

SOUZA, D.; SILVA, M. J. P. O holismo espiritualista como referencial teórico para o enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 26, n.2, p. 235-242, 1992. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=124503&indexSearch=ID&lang=p> Acesso em: 09 out de 2018.

TESSER, C. D.; BARROS N. F. Social medicalization and alternative and complementary medicine: the pluralization of health services in the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Públ.** Florianópolis, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000500018&script=sci_arttext. Acesso em: 2 jan. 2018.

REFORMA AGRÁRIA E A LUTA PELA VIDA: VIVÊNCIAS EM UM ACAMPAMENTO MST

Cindy Nogueira Moura

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Everton Alves Olegário

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Lucineide Alves Vieira Braga

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Maria Djair Dias

Universidade Federal da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

RESUMO: Inúmeros desafios são detectados na busca e garantia de melhores condições de vida e saúde no cotidiano da população rural brasileira. No contexto da saúde, as doenças mais prevalentes são relacionadas ao trabalho, como intoxicação por agrotóxicos, além do alto predomínio de doenças infecto-parasitárias, alta taxa de mortalidade infantil resultantes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O Movimento Sem Terra (MST) caracteriza-se por um movimento social de massas de caráter autônomo, sindical e político (MST), criado após o colapso do regime militar instaurado em 1964. O presente trabalho visa expor atividades de extensão desenvolvidas, em forma de relato de experiência acerca das vivências obtidas e sua importância para a formação de um profissional

voltado para a perspectiva de saúde como produto social e prestação de cuidado integral e equânime no acampamento MST Wanderley Caixe, situado no município de Caaporã na Paraíba.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Comunidade. Extensão. Reforma Agrária.

ABSTRACT: Numerous challenges are detected in the search for and guarantee of better conditions of life and health in the daily life of the Brazilian rural population. In the context of health, the most prevalent diseases are work related, such as poisoning by pesticides, in addition to the high prevalence of infectious and parasitic diseases, high infant mortality rate due to the difficulty of access to health services. The Landless Movement (MST) is characterized by a social movement of autonomous, trade union and political masses (MST), created after the collapse of the military regime established in 1964. The present work aims at exposing activities of extension, a report of experience about the experiences obtained and its importance for the formation of a professional focused on the perspective of health as a social product and provision of integral and equitable care in the MST Wanderley Caixe Camp, located in the municipality of Caaporã in Paraíba.

KEYWORDS: Health. Community. Extension. Land reform.

1 | INTRODUÇÃO

Inúmeros desafios são detectados na busca e garantia de melhores condições de vida e saúde no cotidiano da população rural brasileira. Essa população apresenta características singulares que a difere da população dos grandes centros urbanos, tais quais: baixa escolaridade e remuneração, falta de acessibilidade a serviços de saúde, sociais e comércio, moradias precárias com ausência de saneamento básico, entre outros aspectos que culminam com a baixa representatividade dessa população na reivindicação de políticas públicas (DIAS, 2006) (BRASIL, 2013).

No contexto da saúde, as doenças mais prevalentes são relacionadas ao trabalho, como intoxicação por agrotóxicos, além do alto predomínio de doenças infecto-parasitárias, alta taxa de mortalidade infantil resultantes da dificuldade de acesso aos serviços de saúde (DIAS, 2006). Nesse sentido, em 2014, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que enfatiza o desafio de garantir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo suas peculiaridades e especificidades, com objetivo de garantir acesso aos serviços de saúde, redução de riscos e agravos decorrentes do trabalho, além de melhorar os indicadores de saúde e qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2013).

Sendo assim, o Movimento Sem Terra (MST) caracteriza-se por um movimento social de massas de caráter autônomo, sindical e político que objetiva:

“Articular e organizar os trabalhadores rurais e a sociedade para conquistar a Reforma Agrária e um Projeto Popular para o Brasil” (MST, 2010).

O Movimento Sem Terra (MST) surgiu após o colapso do regime militar instaurado em 1964. A fundação do movimento aponta para formas mais abrangentes de luta pela terra, onde o principal instrumento de luta é através da reivindicação de latifúndios improdutivos (SOUZA, 2000).

As ações do MST são seguidas de modo cronológico, primeiramente, a ocupação das terras ocorre através da construção de acampamentos, quando estas terras são declaradas improdutivas ou com irregularidade jurídica grave, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) determina que ocorra a desapropriação e aplicação da Reforma Agrária. Após esse processo, desde a ocupação até tramitação judicial favorável ao Movimento, os militantes consolidam suas moradias em novas terras através da formação dos assentamentos (VEBER *et al*, 2013).

Posteriormente, observou-se a necessidade de criação da base social do movimento, que objetiva a criação de setores organizacionais na área da realização de atividades em áreas diversas, como: concessão de crédito para produção, infraestrutura, moradia, educação, saúde, cultura e outros (STEDILE; FERNANDES, 1999). Neste sentido, segundo o MST, a criação do Setor Saúde visa o enfrentamento do modelo biomédico de atenção à saúde e ao agronegócio, a luta pelo direito à saúde e pela valorização da vida e das práticas populares (MST, 2007).

O presente trabalho visa expor atividades de extensão desenvolvidas, em forma de relato de experiência acerca das vivências obtidas e sua importância para a formação de um profissional voltado para a perspectiva de saúde como produto social e prestação de cuidado integral e equânime no acampamento MST Wanderley Caixe, situado no município de Caaporã na Paraíba.

2 | OBJETIVO

Descrever um relato de experiência acerca das visitas realizadas ao acampamento Wanderley Caixe e estratégias para intervenção no processo saúde-adoecimento da população.

3 | METODOLOGIA

Estudo do tipo relato de experiência, que aborda as vivências de acadêmicos do curso de medicina, em um acampamento do Movimento Sem Terra (MST), no município de Caaporã – Paraíba. O acampamento denominado Wanderley Caixe, situado na Fazenda Tamanduá, pertence à massa falida da Usina Maravilha S.A, do Estado do Pernambuco. Sua área, juntamente com o acampamento Nova Esperança, somam cerca de 9 mil hectares de terras improdutivas reivindicadas pelo movimento.

As atividades práticas no acampamento foram realizadas no período de Agosto a Dezembro de 2016, através do Projeto de Extensão e Pesquisa intitulado de Saúde na Comunidade, realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. O grupo de extensionistas era formado por 16 alunos do curso de Medicina e dois alunos de Nutrição, ambos os cursos da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, a professora orientadora estava vinculada a mesma Instituição de Ensino.

4 | RESULTADOS

Barracos de lonas escuras, bandeiras da luta hasteadas, poeira e constante tráfego na BR 101, no município de Caaporã na Paraíba: essas são identificações distintas do ambiente ocupado por cerca de 250 famílias do MST há mais de três anos.

As problemáticas identificadas no acampamento são análogas a da população mais pobre do país, como falta de infraestrutura, saneamento básico, ausência de cobertura em saúde pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) presentes no município no qual o acampamento está inserido, a falta de medicamentos básicos e imprescindíveis à saúde, com o agravante da falta de instrução e o uso abusivo de agrotóxicos que contaminam o solo, a água e os trabalhadores que manuseiam o produto.

O sistema de organização para mobilização popular ocorre através das brigadas, divididas de acordo com as peculiaridades de cada comunidade, no acampamento

Wanderley Caixe a população era dividida entre as brigadas de saúde, esporte, produção, alimentação, segurança, financiamento e juventude.

Na primeira visita foram reunidas as brigadas de saúde, educação e juventude com finalidade de abordar a prevalência das comorbidades mais frequentes. Observou-se que havia um elevado índice de doenças parasitárias, principalmente na população infanto-juvenil, e doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e asma.

Diante das dificuldades o desejo de intervir no processo saúde-adoecimento, através de práticas que visam o empoderamento da população, buscando assim uma melhoria significativa das condições, prevalece. Uma ferramenta importante que pode ser amplamente aplicada é a estratégia de promoção em saúde, onde a capacitação das pessoas e da comunidade para modificarem os seus determinantes de saúde em benefício da própria qualidade de vida e perpetuar o conhecimento entre si. Rodas de conversa, oficinas e grupos de convivência são atividades úteis na promoção à saúde.

Levando em consideração essas perspectivas, o Dia Nacional dos Sem Terrinhas, evento realizado juntamente com o apoio dos coordenadores regionais do MST, era voltado ao público infantil com objetivo de perpetuar boas práticas alimentares, de higiene, preservação do meio ambiente e garantir os direitos das crianças com o apoio da família e do Estado.

Além disso, durante as primeiras visitas realizou-se a formulação do diagnóstico situacional, observando seus recursos físicos, como uma igreja e uma praça improvisada e os recursos sociais, onde os líderes da comunidade foram ideais para uma devida inserção dos estudantes no cotidiano da população.

No contexto da saúde, é de extrema importância o desenvolvimento de fichas de cadastramento domiciliar, para realizar a devida identificação das comorbidades enfrentadas e busca ativa dos indivíduos, com intuito principal de facilitar a assistência prestada.

As atividades práticas englobando a formulação do diagnóstico situacional e o evento dos Sem Terrinhas, possibilitaram uma vivência com uma população ímpar e que se configura na realidade do estudante de medicina de extrema importância para prestação de um cuidado integralizado compreendendo o indivíduo no seu contexto biopsicossocial.

5 | CONCLUSÃO

As atividades realizadas através do projeto de extensão Saúde na Comunidade permitiram um contato com a população presente no acampamento, fator este fundamental para a formação médica, pois favorece compreensão acerca da prestação de cuidado integralizado e equânime.

Além disso, durante as visitas, revelou-se de suma importância a necessidade de uma adaptação frente às diferentes dinâmicas encontradas nas comunidades,

pois permite, que o futuro profissional que pode vir a estar inserido nesta realidade, a identificação demandas distintas em cada comunidade, fator observado apenas com o convívio que a vivência em campo oferece.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

DIAS, E. C. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil**. In: PINHEIRO, T. M. M, organizador. Saúde do trabalhador rural –RENAST. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 1-27.

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Coletivo Nacional de Saúde**. Boletim Informativo. Brasília, DF, 2007.

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Secretaria Nacional. **MST: lutas e conquistas**. 2. ed. São Paulo, 2010.

SOUZA, M. J. **Uma educação do campo: o ensino fundamental em um assentamento na região do Rio Doce (MG)**. 37f. Monografia (Especialização) - Departamento de Educação, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, 2000.

STEDILE, J. P.; FERNANDES, B. M. **Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil**. São Paulo: Perseu Abramo, 1999.

VEBER, A. P. *et al.* **Relações sociais em acampamento MST: relato de experiência interdisciplinar**. Revista Conexão. Ponta Grossa. vol.9. n° 1, 2013.

SABERES CIRCENSES: A ARTE NA EDUCAÇÃO FÍSICA

José Francisco Baroni Silveira

Instituto Federal de Educação - Ifrs

Rio Grande – Rio Grande do Sul

António Camilo Teles Nascimento Cunha

Universidade do Minho - Uminho

Braga - Portugal

RESUMO: A temática dos Saberes Circenses constitui minha práxis docente, assim como fez parte de minhas investigações acadêmicas de mestrado, doutorado e pós-doutorado. Neste artigo apresento uma reflexão como recorte de minha pesquisa de doutorado onde evidencio que o meu referencial teórico se estabelece a partir da abordagem de Educação Física crítico-emancipatória, assim como das teorias de Paulo Freire no que tange a transformação e libertação. A pesquisa de doutorado foi realizada na cidade de Rio Grande – RS com os professores de Educação Física deste município, que através de questionários e entrevistas contribuíram com informações que foram analisadas a partir dos pressupostos da Análise Textual Discursiva. A partir desta verificação, em linhas gerais foi possível perceber o desejo destes professores em se apropriar dos saberes circenses enquanto conteúdo inovador. Este conteúdo, que desperta o sentido da arte em suas aulas, se constitui num potencializador de uma educação crítico-

emancipatória na Educação Física.

PALAVRAS-CHAVE: Saber Circense; Educação Física; Crítico-emancipatória.

ABSTRACT: The subject matter of Circus Knowledge is my teaching praxis, as it was part of my master, doctoral and postdoctoral research. In this article I present a reflection as a cut of my doctoral research where I show clearly that my theoretical reference is established from the critical-emancipatory Physical Education approach, as well as Paulo Freire's theories regarding transformation and liberation. The doctoral research was conducted in the city of Rio Grande - RS with the Physical Education teachers of this municipality, who contributed, through questionnaires and interviews, with information that was analyzed from the assumptions of Discursive Textual Analysis. In general terms it was possible to notice the wish of these teachers to appropriate circus knowledge as an innovative content. They must also understand that this content that awakens the sense of art in their classes, constitutes a powerful element for a critical-emancipatory Physical Education approach.

KEYWORDS: Circus Knowledge; Physical Education; Critical-emancipatory

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho é parte de minha pesquisa de doutorado que objetivou compreender como os saberes circenses podem se constituir, a partir da práxis docente, em conteúdos potencializadores de uma educação crítico-emancipatória. O recorte que apresento a seguir refere-se a análise dos saberes circenses como conteúdo inovador para Educação Física, provocando o sentido da arte nas práticas corporais desenvolvidas por esta disciplina.

Algumas abordagens teóricas no campo da Educação Física, como no caso a crítico-emancipatória, discutem de forma crítica a respeito da Educação Física tradicional, pensando em propostas transformadoras para o ensino dos esportes, assim como a inclusão de conteúdos inovadores para a disciplina, apontando para uma fuga do cientificismo e tecnicismo impregnados nesta área.

Sendo assim, este trabalho procura, a partir de uma análise de aproximação entre os saberes circenses e a Educação Física crítico-emancipatória, salientar o interesse dos professores em trabalhar conteúdos inovadores em suas aulas, bem como as aproximações que estes fazem entre ginástica e jogos com a temática dos saberes circenses.

A Educação Física tem se constituído como uma educação preconizada a partir de movimentos padronizados e estereotipados como corretos, modelares e produtivos tanto nos esportes, como no lazer e no trabalho, ou seja, “[...] nossas possibilidades de conhecer o mundo se restringem a um mundo já totalmente ‘colonizado’ pelas objetivações culturais da assim chamada evolução científico-tecnológica do mundo moderno (KUNZ, 2001b; p. 111)”.

É possível depreender historicamente, que a ginástica científica, entendida como sinônimo de Educação Física, se estruturou a partir das práticas corporais de funâmbulos e acrobatas circenses, sendo que esta disciplina ressignificou estes movimentos do circo a fim de atender os ditames da ciência do século XIX. Colaborando nesta reflexão, Soares e Madureira (2005) nos alertam que a arte portava signos que deslocavam a objetividade que se pretendia com esta Ginástica.

Propor um viés artístico educacional para as práticas na Educação Física contribuiu para que os alunos encontrem sentidos e significados, produzindo um movimento autêntico, um “se-movimentar” (KUNZ, 2001b) (TREBELS, 2010) e com isso, as práticas corporais, como ginásticas, dança, jogos, capoeira e circo deixam de ser meras atividades físicas e passam a ser uma expressão poética, única e subjetiva, de corpos múltiplos “conscientes da própria materialidade e sensíveis à expressividade do outro (SOARES e MADUREIRA, 2005, p. 84-85)”.

Duarte Júnior colabora com esta temática quando, ao tratar das questões relativas a Arte-Educação, nos afirma que “arte-educação, no fundo, nada mais é do que o estímulo para que cada um exprima aquilo que sente e percebe. A partir deste expressão pessoal, própria, é que se pode vir a aprender qualquer tipo de conhecimento

construído por outros (1983, p. 75)”.

Pensar o movimento a partir de um referencial mais humano é uma das preocupações centrais da abordagem crítico-emancipatória, que acredita que, para a efetivação deste processo, faz-se necessária a presença de uma ação comunicativa, onde a presença de um diálogo horizontal é primordial, num processo de construção onde se ensina a aprender e se aprende a ensinar (FREIRE, 2011).

Ao falar dos saberes circenses na Educação Física, considerando seu aporte artístico, enfatizou-se as aproximações destes saberes com a concepção crítico-emancipatória, pelas suas possibilidades de desenvolver uma educação mais humana, onde aqueles que se-movimentam sejam valorizados a partir de suas diferenças, considerando-se para isso sua história, experiências e vivências corporais

2 | METODOLOGIA

Esta investigação teve a colaboração dos professores de Educação Física, atuantes no ano de 2012, nas escolas públicas do município de Rio Grande – RS. Um mapeamento das escolas existentes indicou que o referido município possui 65 escolas municipais, sendo que somente 28 destas escolas possuem professores formados em Educação Física.

A pesquisa se realizou a partir de um estudo qualitativo, que utilizou como ferramentas de busca de informações, questionários e entrevistas. O questionário serviu como um estudo exploratório, a fim de obter informações generalizadas, permitindo uma análise mais profunda através das entrevistas.

O processo de busca de informações por meio do questionário, foi finalizado a partir do momento em que obtive o retorno de 24 deles, o que corresponde a 45% do material enviado, número este considerado satisfatório, pois segundo Lakatos, “em média, os questionários expedidos pelo pesquisador alcançam 25% de devolução (2001, p.201)”.

Elegeu-se aqueles professores que manifestaram trabalhar com o saber circense ou atividade afim em suas aulas para realizar, com os mesmos, entrevistas individuais, instrumento este de investigação do qual passo a falar a seguir.

As entrevistas serviram, neste estudo, para conversar um pouco mais com os professores a respeito dos saberes circenses na Educação Física e as possibilidades destes saberes enquanto potencializadores de uma educação crítico-emancipatória. Foi uma entrevista semiestruturada, organizada e realizada a partir de um roteiro básico de 15 questões, sendo que, no desenrolar da conversa, outras perguntas foram surgindo, demonstrando assim uma flexibilidade neste processo e permitindo a entrevistador e entrevistado acrescentar contribuições relevantes em relação ao ponto de estudos em debate (LÜDKE e ANDRÉ, 1986; MOLINA NETO, 1999).

O material empírico constante nas entrevistas foi apreciado qualitativamente,

embasado nos pressupostos da Análise Textual Discursiva – ATD, onde a compreensão de novos entendimentos surge da recursividade de três componentes: “a desconstrução dos textos do “corpus”, a unitarização; o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização; o captar o emergente em que a nova compreensão é comunicada e validada (MORAES e GALIAZZI, 2007, p.12)”.

No processo de desconstrução dos textos, surgem as unidades de significados, sob as quais se chega as categorias finais que, em meu estudo estava, entre elas, o saber circense como proposta inovadora na Educação Física. Estas categorias possibilitam a construção dos metatextos, como resultante do material analisado correlacionado com o campo teórico, que configuram a etapa final da Análise Textual Discursiva – ATD.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontrei no campo empírico algumas falas que demonstram o desejo dos professores em desenvolver suas aulas pautadas neste processo inovador da Educação Física, no que se refere a ampliar os horizontes desta disciplina para além dos esportes, procurando assim tematizar suas aulas a partir de outras manifestações da cultura do movimento humano.

Questionados a respeito dos saberes circenses e suas possibilidades enquanto educação crítico-emancipatória, foi possível destacar em sua fala que estes saberes, ao serem desenvolvidos pedagogicamente enquanto movimentos corporais expressivos e artísticos, possibilitam uma educação de valorização do humano através da exploração da sensibilidade e subjetivação preconizada pelas artes.

Relataram também que, nos saberes circenses, encontram-se elementos que estimulam um sentido de cooperação e solidariedade, que encoraja o aluno a viver suas experiências e que incentiva a função exploratória e criativa dos movimentos corporais.

Considerando o aporte artístico dos saberes circenses enquanto um conteúdo inovador na Educação Física, enfatizou-se as aproximações destes saberes com a concepção crítico-emancipatória, pelas suas possibilidades de desenvolver uma educação mais humana, onde aqueles que se-movimentam sejam valorizados a partir de suas diferenças, tendo em conta para isso sua história, experiências e vivências corporais.

Desta forma se amplia as possibilidades de uma ação comunicativa, uma vez que estando as propostas em aberto, nem professor e nem aluno são detentores de um saber, mas sim este saber vai ser desenvolvido e construído em comunhão, compartilhado intersubjetivamente.

É de suma importância ressaltar que o próprio esporte pode se constituir num conteúdo inovador, ou seja, é possível, através de uma transformação didática do

esporte, como nos propõe Kunz (2001b), fazer com que este conteúdo represente uma inovação na Educação Física. Assim, nunca é demais lembrar que os saberes circenses, ou outros conteúdos diferentes dos esportes, não representam por si só uma inovação na Educação Física.

4 | CONCLUSÕES

É possível depreender que os professores se mostraram interessados e abertos para desenvolver conteúdos inovadores, como os saberes circenses, em suas aulas. Porém, os mesmos afirmam não se sentirem capacitados para tratar destes saberes na Educação Física, uma vez que esta temática não é desenvolvida nos currículos de sua formação inicial universitária.

Conclui-se também que os professores buscam aproximações entre o conteúdo inovador circense com as temáticas das ginásticas e jogos desenvolvidos nas aulas, para isso elegem como elo de ligação alguns elementos como a alegria, a ludicidade, a expressividade, a criatividade, a cooperação e a falta de competição.

Ao tratar dos saberes circenses como possibilidade de conteúdo nas aulas de Educação Física, é admissível inferir que os professores os entendem como uma das possibilidades de se desenvolver uma educação que possibilite a experimentação, a vivência, o acertar e errar sem as comparações quantitativas em cima de gestos padronizados, mas sim práticas abertas para a criatividade, a expressão, a cooperação, potencializando uma subjetivação da aprendizagem, valorizada por um saber fazer-sentir-pensar.

Assim, fechando as cortinas provisoriamente até um próximo “espetáculo”, gostaria de enfatizar que esta pesquisa contribuiu para compreensão dos saberes circenses como potencializadores de uma educação crítico-emancipatória. Sendo os mesmos vistos enquanto expressão e vivência dos gestos, favorecem a prática de uma Educação Física voltada para o desenvolvimento da sensibilidade, da estética, do afetivo e do emocional, enfim para um sentido pedagógico de valorização de dimensões humanas que atualmente estão sufocadas pelo processo civilizatório pautado por uma visão de mundo racionalista e cientificista.

REFERÊNCIAS

DUARTE JR, J.F. **Por que Arte-Educação?** Campinas: Papyrus, 1983.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 11.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

_____. **Pedagogia da Autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

KUNZ, E. **Educação Física:** ensino & mudanças. 2.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2001a.

_____. **Transformação didático-pedagógica do esporte**. 4.ed. Ijuí: UNIJUÍ, 2001b.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MOLINA NETO, V. Etnografia: uma opção metodológica para alguns problemas de investigação no âmbito da Educação Física. In: TRIVIÑOS, A., MOLINA NETO, V. **A Pesquisa Qualitativa na Educação Física: Alternativas Metodológicas**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, Sulina, 1999.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Editora da UNIJUÍ, 2007.

SOARES, C.L.; MADUREIRA, J.R. Educação Física, linguagem e arte: possibilidades de um diálogo poético do corpo. **Movimento**, v.11, n.2, p. 75-88, mai/ago. 2005.

TREBELS, A. A concepção dialógica do movimento humano – uma teoria do se-movimentar. In: KUNZ, E., TREBELS, A. **Educação Física crítico-emancipatória: com uma perspectiva da pedagogia alemã do esporte**. Ijuí: Unijuí, 2010.

TRABALHO DOCENTE NO ENSINO MÉDIO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO PROFESSOR

Esp. Cawana da Silva do Nascimento

Universidade Federal do Acre
Rio Branco – Acre

Dra. Grace Gotelip Cabral

Universidade Federal do Acre
Rio Branco – Acre

Esp. Paulo Roberto de Lima Mendes

Universidade Federal do Acre
Rio Branco – Acre

RESUMO: O estudo é de natureza qualitativa e tem como foco o adoecimento docente e objetivou investigar em que medida as condições de trabalho nas escolas de ensino médio podem ser associadas ao adoecimento físico e mental dos professores, produzindo o absenteísmo e/ou o presenteísmo laboral. Partiu-se do princípio que o trabalho humano pode ser visto como fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando o processo de identidade dos sujeitos, mas pode também se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde. Como referencial básico para o estudo utilizou-se a produção de BIZARRO, R.; BRAGA, F (2005); SEVCENKO N. (2000 e 2001); ASSUNÇÃO A. A.; OLIVEIRA D. A. (2009). A metodologia utilizada foi a aplicação um questionário estruturado para a coleta de dados. O campo de estudo foram 03 escolas de Ensino Médio, localizadas na área urbana do município de Rio

Branco. Participaram como sujeitos da pesquisa docentes da Escola Estadual José Ribamar Batista – EJOB, Colégio Presbiteriano João Calvino (escola conveniada) e Escola Estadual Lourival Sombra.

PALAVRAS-CHAVE: Adoecimento docente. Ensino Médio. Absenteísmo Presenteísmo.

ABSTRACT: The study is qualitative in nature and focuses on the sickness of teachers and aimed to investigate the extent to which working conditions in secondary schools can be associated with the physical and mental illness of teachers, producing absenteeism and / or labor. It was assumed that human work can be seen as a source of fulfillment, satisfaction, pleasure, structuring the identity process of the subjects, but it can also become a pathogenic element, becoming harmful to health. As a basic reference for the study, the production of BIZARRO, R .; BRAGA, F (2005); SEVCENKO N. (2000 and 2001); ASSUMPTION A. A. OLIVEIRA D. A. (2009). The methodology used was the application of a structured questionnaire for the data collection. The field of study was 03 high schools, located in the urban area of the municipality of Rio Branco. Professors from the José Ribamar Batista State School - EJOB, João Calvino Presbyterian College (co-located school) and Lourival Sombra State School participated as research subjects.

KEYWORDS: Teaching depletion. High school. Absenteeism. Presentismo.

1 | INTRODUÇÃO

As transformações sociais, as reformas educacionais e os modelos pedagógicos derivados das condições de trabalho dos professores provocam mudanças na profissão docente, estimulando a formulação de políticas por parte do Estado. De acordo com Souza *et al.*(2003), e em conformidade com a legislação vigente, o docente além de ministrar aulas, deve participar da gestão e do planejamento escolar. Isso, mas não somente isso, demonstra uma forte regulação sobre o exercício da profissão, demonstrando haver nas últimas duas décadas a intensificação do trabalho, no bojo desse estudo definido como aumento da intensidade do trabalho, sobrecarga.

Para Dal Rosso (2008) compreender o processo de intensificação implica em centrar o entendimento na maior quantidade ou na maior qualidade dos resultados do trabalho ao mesmo tempo. Segundo os estudos realizados por Pina; Stotz (2014), encontrar o entendimento da intensificação em termos de intensidade é observar como o trabalho é desenvolvido e expresso em termos de horas trabalhadas, ritmo, acúmulo de tarefas, flexibilidade, entre outras categorias. Apesar dos estudos apontarem caminhos as vezes diferentes, há algo comum entre os autores a intensificação a despeito de seu contexto de análise resulta em danos à saúde.

Nas últimas décadas, o sistema escolar tem atribuído aos docentes inúmeras tarefas ao mesmo tempo em que transfere para eles a responsabilidade de demonstrar resultados. As condições de trabalho, oferecidas aos docentes tem exigido das funções físicas, intelectuais e emocionais para alcançar os objetivos da produção gerando, assim empenho ou sobrecarga no exercício de suas funções psicofisiológicas, desencadeando manifestações clínicas que explicariam os índices de afastamento do trabalho por transtornos físico e/ou mentais. Por esses e outros motivos, não são raros os casos de professores envolvidos em situações de absenteísmo e/ou presenteísmo.

Quick e Lapertosa (1982), consideram o absenteísmo ou ausência no trabalho como um fenômeno multifatorial e o classificam como: a) absenteísmo voluntário, afastamento devido a razões particulares, decorrentes do adoecimento do trabalhador, de patologia profissional ou de acidentes de trabalho; b) absenteísmo “legal”, quando se refere a faltas amparadas por lei, como gestação, morte, casamento, doação de sangue e serviço militar; e c) absentismo compulsório, quando ocorre suspensão imposta pelo patrão, prisão ou outro motivo que impede o comparecimento do servidor ao local de trabalho. O presenteísmo, por sua vez, pode ser entendido como uma “doença organizacional”. Considera-se que é muito mais complexo identificar o servidor presenteísta, o que nunca se afasta de suas atividades laborais, mesmo em estado de adoecimento, do que reconhecer o absenteísta ou, até mesmo, o “*workaholic*” – pessoa cuja a vida pode, em casos mais graves, reduzir-se estritamente ao trabalho.

De acordo com a literatura, normalmente, os servidores presenteístas são pessoas que apresentam as seguintes características: a) são inseguras, sentem-se ameaçadas pelos colegas e vivem com medo de perder o emprego; b) encaram o trabalho como um peso; c) têm baixa produtividade; d) nunca tiram férias, com receio de serem substituídas. Esses sujeitos são diferentes das pessoas *workaholic*, viciadas em trabalho, que: a) têm certeza de que são profissionais eficientes e necessários à empresa; b) buscam a perfeição no que fazem; c) trabalham com prazer; d) têm alta produtividade e) nunca tiram férias, simplesmente porque não conseguem ficar sem trabalhar. (GRATIVOL, 2008). Partindo dessa base conceitual o objetivo desse estudo foi analisar a relação entre as condições do trabalho docente no Ensino Médio e suas associações com o adoecimento físico e mental dos professores, identificando as principais doenças que tem acometido esses profissionais e produzido o absenteísmo e/ou presenteísmo no ambiente de trabalho.

2 | OBJETIVOS

- Analisar a relação entre as condições da realização do trabalho docente e o adoecimento físico e mental dos professores;
- Investigar a qualidade de vida dos docentes quanto aos aspectos: encargos docentes, jornada de trabalho, alimentação e atividades de lazer;
- Identificar os principais problemas de saúde que levam ao absenteísmo no trabalho docente;
- Identificar os principais fatores que levam ao presenteísmo no trabalho docente;
- Identificar, na perspectiva dos docentes adoecidos, as principais queixas no que se refere ao seu campo de atuação, analisando sua potencialidade como fator determinante de adoecimento;
- Identificar iniciativas e/ou ações institucionais ou do sistema que demonstrem cuidados com a saúde do professor, tendo em vista a intensificação do trabalho docente, decorrentes das demandas legais e institucionais na Educação Básica, em especial, no Ensino Médio, nas escolas estaduais urbanas, localizadas no município de Rio Branco.

3 | METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa e, para tanto, utilizou-se do método indutivo, pois este caminha para planos mais abrangentes, indo das constatações particulares às leis e teorias gerais, em

conexão ascendente (MARCONI E LAKATOS, 1991).

Na primeira etapa da pesquisa foram realizadas leituras bibliográficas, com o objetivo de compreender o tema abordado, a partir da produção de fichamentos, resenhas e resumos com base no referencial teórico apresentado.

Na segunda etapa da pesquisa foi desenvolvida uma investigação visando traçar o perfil dos docentes que se afastaram por doença nos últimos 24 meses bem como com aqueles que retornaram às suas atividades profissionais mesmo com alguma patologia. Ambos os grupos foram apontados pelos coordenadores das escolas. Os grupos foram formados por professores de escolas públicas de Ensino Médio, efetivos ou não, com atuação nas escolas que ofertam o Ensino Médio (EJORB, João Calvino e Lourival Sombra Pereira Lima. Porém, não tivemos o êxito desejável em algumas escolas no que tange ao acesso as informações que deveriam ser coletadas diretamente com os professores. A pedido dos diretores acatou-se o encaminhamento de que os coordenadores pudessem fazer o levantamento. A justificativa para adotar o procedimento pautou-se no relato de falta de tempo dos professores, ausência de tempo livre no horário de funcionamento do turno e a capacidade dos coordenadores pedagógicos de levantarem as informações sem que houvesse a necessidade, nessa fase da pesquisa, do contato direto do pesquisador com os professores. Assim, depois de vencer obstáculos e imprevistos a referida etapa foi concluída com êxito.

Na terceira etapa da pesquisa aplicou-se um questionário para a coleta de dados. Foi utilizada a técnica de entrevista estruturada. A entrevista constitui-se em técnica alternativa para se coletar dados não documentados sobre determinado tema. É uma técnica cuja base é a interação social, constituindo-se numa forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca obter dados, e a outra se apresenta como fonte de informação (PÁDUA, 2000). Como instrumento foi organizado um roteiro com um conjunto de questões sobre o tema, de forma que permitiu ao entrevistado responder escolhendo alternativas previamente padronizadas.

Na última etapa aconteceu a sistematização dos dados coletados via questionários, cuja as respostas foram tabuladas e organizadas em gráficos através do programa *Excel*. Ato contínuo, de posse dos percentuais que foram gerados os mesmos passaram a ser analisados à luz do referencial teórico e apresentados no relatório de pesquisa.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Partir dos dados coletados no que concerne ao perfil dos docentes que trabalham no Ensino Médio e tem implicações na Saúde, a análise foi dividida em diferentes categorias. As informações das primeiras categorias foram Dados Gerais (Faixa etária e sexo), formação profissional, atuação do Docente, conforme apresentado no gráfico a seguir. Dos docentes que participaram como sujeitos na pesquisa 45% são

do sexo feminino e 55% masculino, ressalta-se haver pequena diferença percentual entre os sexo daqueles que manifestaram adoecimento em decorrência das condições de trabalho, entretanto, destaca-se no contexto desse estudo um maior índice de adoecimento em docentes do sexo masculino.

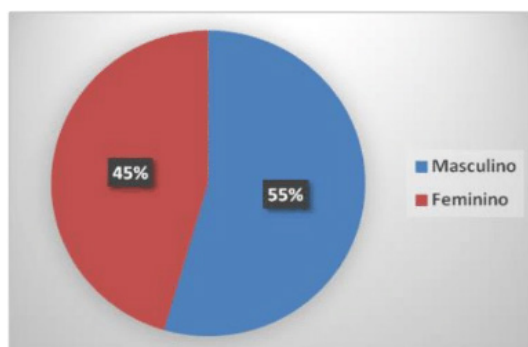


Gráfico 1. Gênero

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

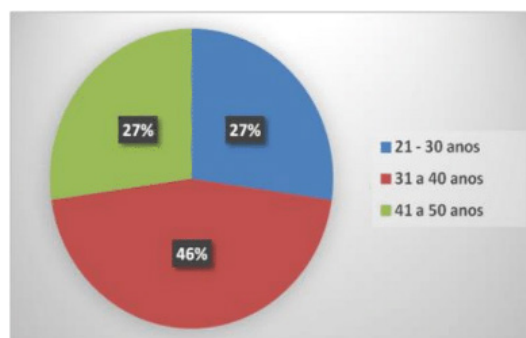


Gráfico 2. Faixa etária

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

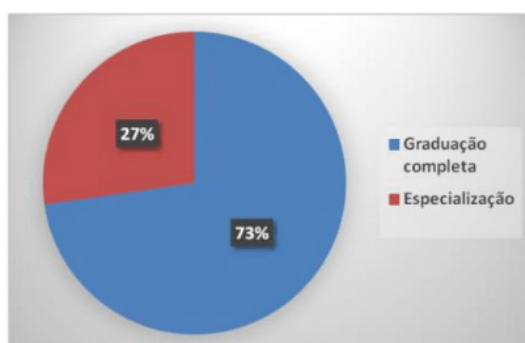


Gráfico 3. Formação Profissional (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

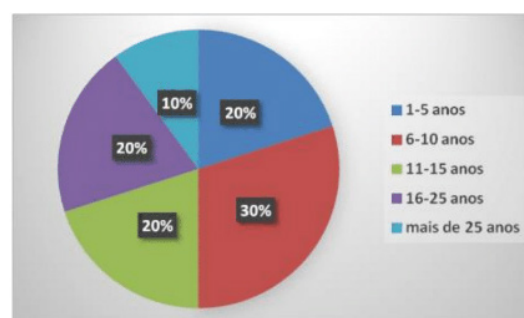


Gráfico 4. Tempo na carreira do Magistério: (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

Quanto a faixa etária, 27% dos docentes têm de 21 a 30 anos, 27% de 41 a 50 anos e 46% 31 a 40 anos. Assim, a análise evidencia um maior índice de docentes adoecidos na faixa etária entre 31 e 40 anos. Observa-se que os docentes adoecidos estão caminhando para o meio da carreira no desenvolvimento profissional. O dado impressiona uma vez que é nesta etapa da carreira que os professores demonstram estar ser cheios de garra, energia e disposição para trabalhar em todos os períodos ou tempo integral. O resultado marca assim um impacto nas atividades laborais resultando em mudanças biológicas, psicológicas e sociais, associadas à sobrecarga de trabalho.

No perfil da titulação, 73% possuem especialização e 27% graduação. Os resultados expressam que um grande contingente de docentes entram na rotina profissional, não dispendo mais de tempo para se especializar, devido à crescente demanda de trabalhos em turnos específicos ou de tempo integral. Observa-se, paradoxalmente, que hoje a titulação é utilizada como um dos critérios para avaliar a produtividade de um docente, produzindo a fadiga física e psicológica, fazendo com que o seu corpo fique suscetível a adquirir patologias.

No que diz respeito ao tempo na carreira do Magistério, 20% tem de 1 a 5 anos, 30% tem de 6 a 10 anos, 20% tem de 11 a 15 anos, 20% de 16 a 25 anos e 10% mais de 25 anos, Assim, coadunando com dados já apresentados, o maior percentual de docentes adoecidos encontra-se em meio de carreira, acostumados a assumirem a maior demanda de trabalho no interior das escolas.

Os dados a seguir representados em forma de gráficos demonstram a variação em porcentagem da atuação dos docentes das escolas, em relação ao tempo de trabalho, Regime de trabalho, Número de aulas por semana, Condições de Trabalho, Relações no trabalho e Saúde.

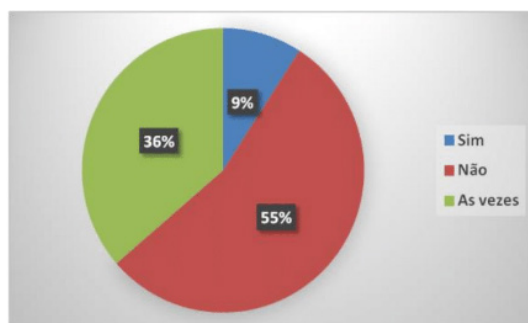


Gráfico 5. Seu horário de trabalho extrapola o tempo previsto em seu contrato? (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

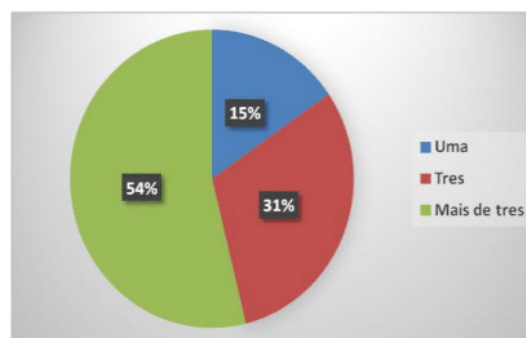


Gráfico 6. Em quantas turmas trabalha (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

Quanto ao horário de trabalho (GRÁF.5), 9% extrapolam o tempo previsto em seu contrato, 55% não extrapolam e 36% responderam que as vezes extrapolam. Quando indagados sobre a quantidade de turmas que assumem em cada turno (GRÁF. 6), 15% trabalham em apenas uma turma, 31% tem três turmas, porém, 54% trabalham em mais de três turmas. Esse resultado precisa ser contextualizado para ser compreendido uma vez que muitos dos sujeitos estão hoje lotados em escola de tempo integral. O dados revelam os desafios e responsabilidades a serem assumidas por um professor a julgar pelo número de turmas e a necessidade de 45% deles em alguns momentos terem que se submeter a extrapolar a carga horária contratada para efetivamente atender as demandas do exercício profissional. Assim, é possível inferir que as condições de trabalho nesse estudo permitem associar esses fatores ao adoecimento dos docentes.

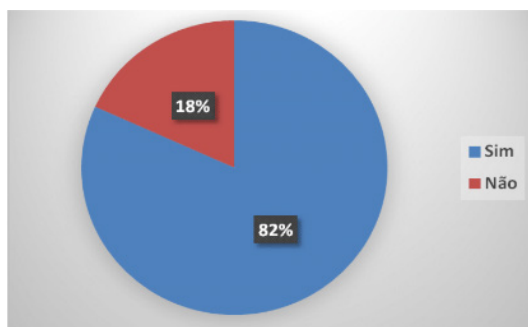


Gráfico 7. As suas condições de trabalho são adequadas (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

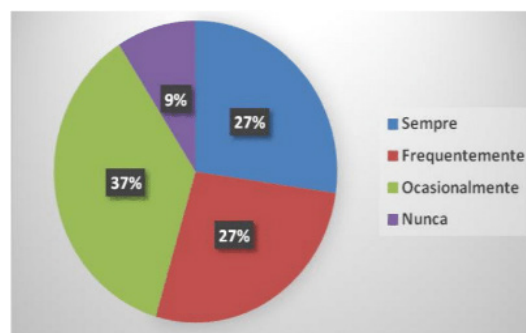


Gráfico 8. Sente-se reconhecido no trabalho que desenvolve na escola? (Titulação)

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino,Lourival Sombra

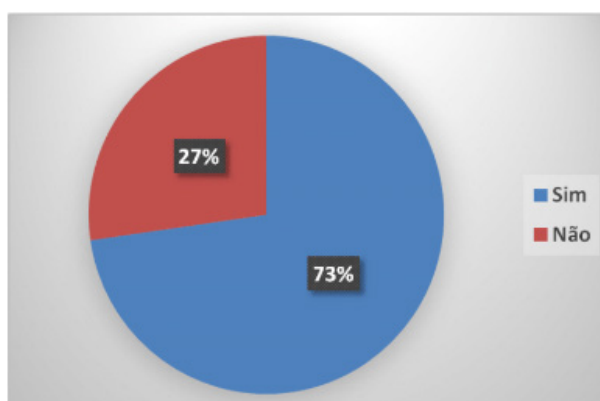


Gráfico 9. Considera que suas condições/processo de trabalho afetam a sua saúde?

No que concerne as condições de trabalho (GRÁF.7) 82% a consideram adequadas e somente 18% declaram ser inadequadas. Nesse aspecto não foi possível fazer uma correlação entre a condição de trabalho com o índice de adoecimento. Todavia, o dado suscita uma reflexão, pois nessa resposta geralmente os professores levam em consideração as condições materiais objetivas, ou seja a estrutura física e as condições subjetivas relacionadas a responsabilização e a intensificação não são consideradas.

Quanto ao reconhecimento no trabalho que desenvolvem nas escolas, 27% responderam que sempre são reconhecidos, 27% são reconhecidos frequentemente, 37% ocasionalmente, porém, 27% afirmaram nunca terem sido reconhecidos publicamente pelo trabalho exercido. Ao considerar o percentual dos que são ocasionalmente reconhecidos e os que afirmam nunca terem sido, chega-se a um percentual de 64 % o que pode ser considerado um indício para o mal-estar docente.

Paradoxalmente a alguns dados expostos quando perguntados se as condições de trabalho afetam a saúde (GRAF.9) 73% considera que suas condições de trabalho nas escolas afetam suas saúde e apenas 27% declararam não.

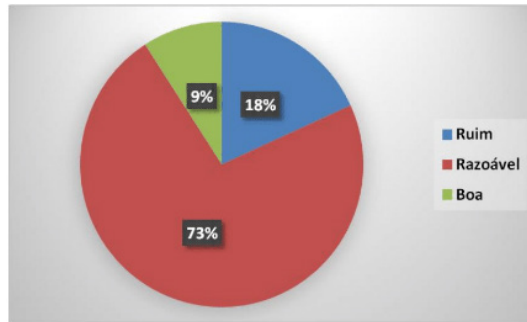


Gráfico 10. Considerando que estamos encerrando o ano letivo, como você avalia a sua saúde?

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

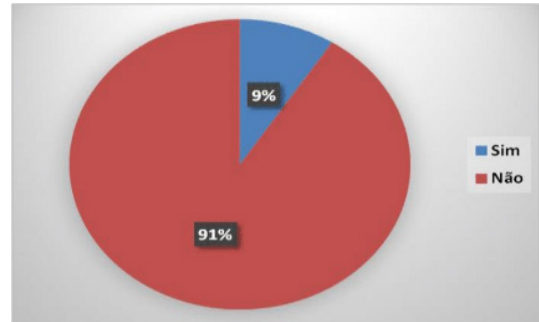


Gráfico 11 Você está em tratamento medicamentoso?

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

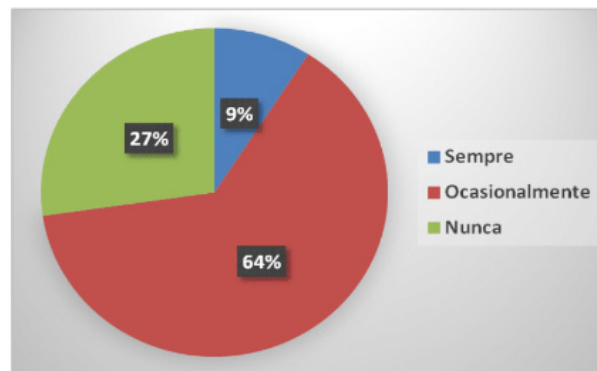


Gráfico 12. Você costuma se automedicar para superar condições adversas no trabalho?

Quanto à avaliação que fazem de sua saúde (GRÁF. 10), 18% responderam que está ruim, 73% razoável, 9% boa. O dado poderia até passar despercebido se a soma dos que se encontram com a saúde ruim e razoável não atingisse 91% dos sujeitos entrevistados.

Na questão se o docente encontra-se em tratamento medicamentos (GRÁF.11), 9% diz que sim e 91% o que permite concluir que a maioria não faz tratamento com medicamentos prescritos pelo médico, todavia um dado precisa ser esclarecido: será pela falta de tempo para procurar uma unidade de saúde? Pois, quando abordados sobre a automedicação (GRÁF.12) os dados são surpreendentes e preocupantes pois demonstram que os docentes estão doentes e a maioria se automedicando, pois, 9% sempre estão adotando essa prática, 64% ocasionalmente e apenas 27% responderam nunca fazer uso dessa prática. Se somarmos os que sempre e ocasionalmente se automedicam os percentuais atingem 73% dos docentes. Os dados revelam haver grande probabilidade dos docentes estarem comparecendo ao local de trabalho adoecido. Evidencia-se aqui o fenômeno do presenteísmo. Pois, a despeito de estarem presentes, estão em condições de adoecimento o que interfere diretamente no exercício pleno de suas funções.

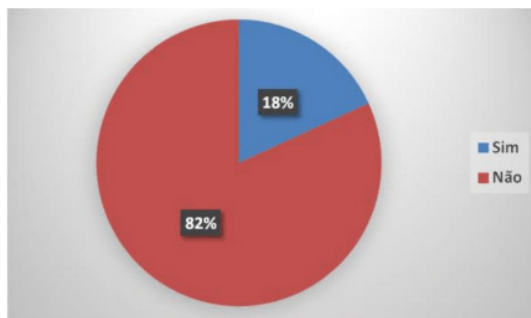


Gráfico 13. Você se afastou em algum momento por problemas de saúde nos anos de 2015-2016?

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

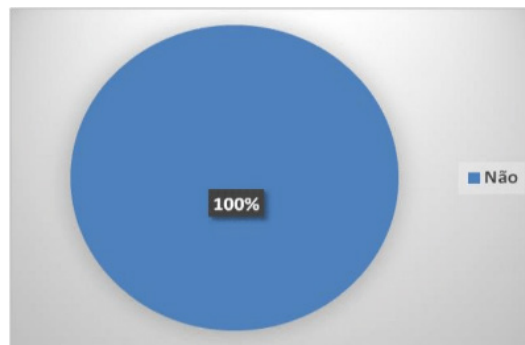


Gráfico 14. Você está em processo de afastamento laboral?

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra

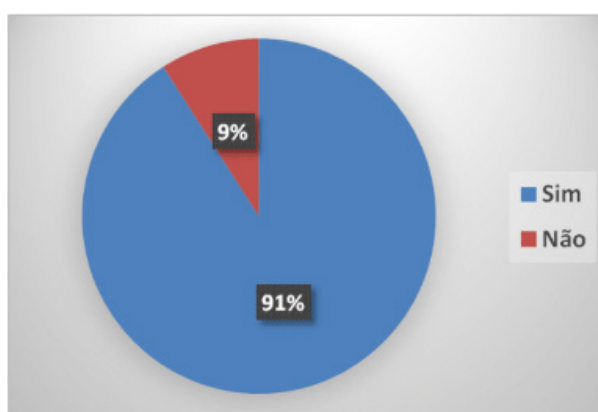


Gráfico 15. Depois de uma jornada diária de trabalho, já aconteceu de você sentir dores ou algum outro sintoma físico?

No (GRÁF.13) apresenta-se os dados se o docente se afastou por uma algum momento das atividades laborais em decorrência de problemas de saúde, 82% responderam não, 18% sim, embora 100% afirmaram não está em processo de formalização de afastamento laboral (GRÁF.14). Mais uma vez observa-se indícios do presenteísmo, ou seja, mesmo doentes os professores permanecem trabalhando. Esse dado pode ser relacionado com os dados apresentados no (GRÁF.15) no qual 91% dos docentes afirmaram ter tido alguma dor ou outro sintoma físico após uma jornada de trabalho e somente 9% declararam não. Esses dados confirmam os resultados dessa análise uma vez que observa-se que mesmo adoecidos os docentes comparecem ao local de trabalho o que permite concluir que o presenteísmo é fator preponderante nas escolas EJORB, João Calvino e Lourival Sombra.

Por fim, buscou-se identificar as principais ou mais recorrentes doenças que tem acometido esses profissionais e produzido o absenteísmo e/ou o presenteísmo no ambiente de trabalho.

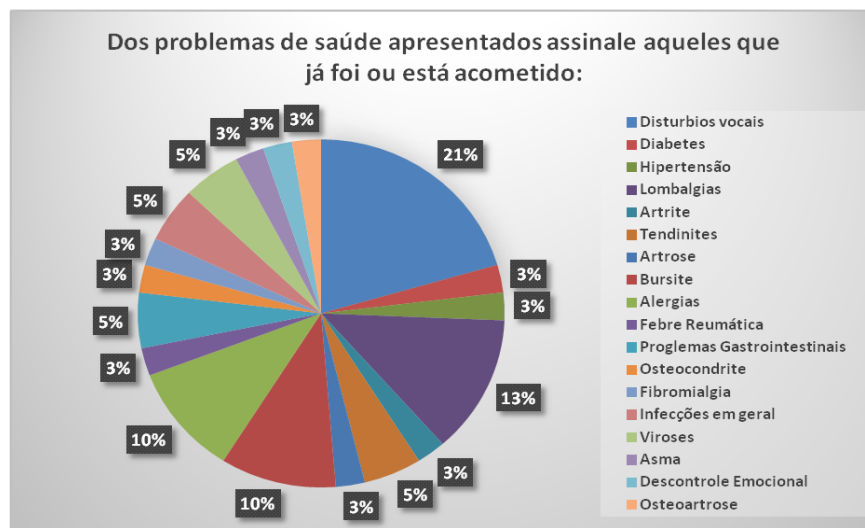


Gráfico 16 - Problemas de saúde mais recorrentes

Fonte: pesquisa documental- EJORB- João Calvino, Lourival Sombra.

Conforme exposto no (GRÁF. 16) os distúrbios vocais predominam alcançando o percentual de 21%, as lombalgias, artrites, tendinites, artrose, osteoartrite e bursite somam juntas o percentual de 37%. É importante destacar que na literatura essas patologias podem e são frequentemente associadas a atividade laboral, considerando que são ocasionadas pela repetição frequente de movimentos de determinadas articulações algo presente diariamente em sala de aula.

5 | CONCLUSÕES

O objetivo da pesquisa foi responder em que medida as condições de trabalho dos docentes de escolas públicas de Ensino Médio podem ser associadas ao adoecimento físico e psicológico dos professores, produzindo o presenteísmo e o absenteísmo.

É possível concluir que os docentes participantes são majoritariamente do sexo masculino e encontram-se no início e meio da carreira; declaram-se adoecidos; as doenças foram agravadas pelas condições de trabalho, destacando-se as doenças associadas ao uso da voz e as musculoesqueléticas; manifestaram ser presenteístas e apresentam baixa incidência de absenteísmo.

Se estabelece uma estreita relação entre o processo de adoecimento e as condições imateriais do desenvolvimento profissional (planejamento, excesso de atividades extra classe, falta de tempo para o lazer, dificuldades nas relações interpessoais e ausência de reconhecimento), fatores propulsores da intensificação e do mal estar docente. O estudo é relevante, porém, torna-se necessário aprofundar as análises, considerando as limitações de uma pesquisa desenvolvida por meio da iniciação científica.

REFERÊNCIAS

- ALTOÉ, A. **Políticas institucionais e seus desdobramentos sobre o trabalho docente: absenteísmo e presenteísmo**. 2010. 138p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontífica Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho: absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal do Ensino Superior**. 2012. 123p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. **Intensificação do trabalho e saúde dos professores**. Revista Educação & Sociedade, Campinas, v. 30, n. 107, p. 349-372, maio/ago. 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **O déficit de professores no país**. Disponível em: <portaldoprofessor.inep.gov.br/>. Acesso em: 04 Maio. 2016.
- BIZARRO, R.; BRAGA, F. **Ser professor em época de mal-estar docente**. Revista da Faculdade de Letras, II série, vol. XXII, Porto, p. 17-27, 2005
- DAL ROSSO, S. **Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea**. Revista Sociedade e Estado, São Paulo: Boitempo Editorial, v. 25, n. 2, p. 371 - 375, mai/ago. 2010.
- GRATIVOL, K. **Jornada sem fim. Criativa**, Rio de Janeiro: Editora Globo. Disponível em: <<http://revistacriativa.globo.com/Criativa/0,19125,ETT917427-4241,00.html/>>. Acesso em: 09 jun 2016.
- MARCONI, M. de A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 1986 e 4.ed.São Paulo: Atlas,1999.
- PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 6. ed. rev. e ampl. Campinas: Papirus, 2000
- PINA, J. A.; STOTZ, E. N. **Participação nos lucros ou resultados e banco de horas: intensidade do trabalho e desgaste operário**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 162- 176, 2011.
- QUICK, T.C.; LAPERTOSA, J.B. **Análise do absenteísmo em usina siderúrgica**. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62 - 67,. 1982.
- SEMINÁRIO CIÊNCIA E TECNOLOGIA NO SÉCULO XXI, 2013, Brasília. Brasília: Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 2011. Disponível em:< <http://portal.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=5020>> . Acesso em: 04 abril. 2016.
- SEVCENKO, N. **O professor como corretor**. Folha de São Paulo, Caderno Mais, 4 jun 2000. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs0406200004.htm>> Acesso em: 8 set. 2016.
- SOUZA, K. R. et al. **Trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE-RJ) na luta pela saúde no trabalho**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1057- 1068, ago/nov. 2003.

ATENDIMENTO A MÚLTIPLAS VÍTIMAS DE TRAUMA EM SIMULADO NA GRANDE JOÃO PESSOA

Everton Alves Olegário

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Cindy Nogueira Moura

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Henrique de Oliveira Ribeiro

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Leonardo Guimarães da Penha

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

Yuri Soares Loss

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo – Paraíba

RESUMO: O trauma é definido como o conjunto de alterações estruturais ou instabilidade fisiológica, decorrente da troca de energia entre os tecidos e o meio. No Brasil, representa a principal causa de morte na faixa etária de 1 a 44 anos, sendo este número inferior apenas às doenças cardiovasculares e neoplásicas. O presente artigo tem como objetivo descrever um relato de experiência acerca do I Simulado Nacional de Atendimento à Múltiplas Vítimas realizado pela Liga de Emergência e Trauma da Paraíba (LIET-PB), bem como a sua importância para o futuro profissional de saúde.

DESCRITORES: Atendimento pré-hospitalar. Múltiplas vítimas. Trauma.

ABSTRACT: Trauma is defined as the set of structural changes or physiological instability resulting from the exchange of energy between the tissues and the environment. In Brazil, it represents the main cause of death in the age group from 1 to 44 years, which is lower only to cardiovascular and neoplastic diseases. This article aims to describe an experience report about the National Simulation of Multiple Victim Care performed by the Emergency and Trauma League of Paraíba (LIET-PB), as well as its importance for the future health professional.

KEYWORDS: Prehospital care. Multiple victims. Trauma.

1 | INTRODUÇÃO

Trauma é caracterizado pelo conjunto de alterações estruturais ou instabilidade fisiológica do indivíduo advindo da troca de energia entre os tecidos e o meio. Cerca de 60 milhões de pessoas sofreram algum tipo de traumatismo em escala anual, culminando com uma em cada seis internações hospitalares (BATISTA et al., 2006).

No Brasil, o trauma é a principal causa de morte na faixa etária de 1 a 44 anos, ocupando

a terceira posição entre as causas de mortalidade, sendo este índice superado apenas pelas doenças neoplásicas e cardiovasculares (ALVAREZ et al., 2016).

Os óbitos por trauma possuem uma distribuição trimodal, onde o primeiro pico ocorre durante os primeiros minutos, observa-se um predomínio de lesões cardiovasculares, neurológicas e insuficiência respiratória aguda, ou seja, lesões graves e de alta mortalidade. O segundo pico de mortalidade sucede nas primeiras horas, são ocasionadas por lesões do sistema nervoso central, hemorragias e lacerações de órgãos parenquimatosos que se caracterizam como acometimentos potencialmente fatais. O último pico ocorre um intervalo de vários dias a semanas após o evento traumático, advindo de quadros de sepse e falência de múltiplos órgãos (ALVARES et al., 2016) (SIMÕES et al., 2012).

Segundo o Ministério da Saúde, o atendimento pré-hospitalar (APH) é caracterizado como:

“ O atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, (de natureza traumática ou não traumática ou, ainda, psiquiátrica), que possa levar ao sofrimento ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2001).

A inserção em todo o território brasileiro dos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência (SAMU-192) direciona uma abordagem mais especializada em emergência e intervenção ao atendimento inicial, culminando com a diminuição do tempo de resposta à intervenção inicial ou definitiva de suporte a pacientes críticos (LIMA et al., 2006).

Sendo assim, o APH se torna extremamente necessário, não sendo uma forma de intervenção definitiva, mas sim de executar seu papel como responsável pela manutenção temporária da homeostase até o tratamento mais específico (MALVESTIO; SOUSA, 2002). No Brasil ainda não foi criado um sistema regulamentador de atendimento às vítimas politraumatizadas (FRAGA et al., 2004). Esse parâmetro é mais problemático quando há acidentes com múltiplas vítimas, que são eventos que geram um número superior a cinco vítimas em estado grave, com desproporção entre recursos acessíveis e a demanda, que podem vir a cumprir suas necessidades mediante protocolos (SALVADOR et al., 2012).

Nesse sentido o I Simulado Nacional de Atendimento à Múltiplas Vítimas de Trauma, realizado no Anexo do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, organizado pela Liga de Emergência e Trauma da Paraíba (LIET-PB) foi de extrema importância tanto a nível de preparo do Sistema de Saúde do município de João Pessoa, treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos na ação como também uma experiência única para acadêmicos do curso de medicina repleta de aprendizados.

2 | OBJETIVO

Descrever um relato de experiência acerca do I Simulado Nacional de Atendimento à Múltiplas Vítimas realizado pela Liga de Emergência e Trauma da Paraíba (LIET-PB), bem como a sua importância para o futuro profissional de saúde.

3 | METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência, uma análise descritiva com abordagem qualitativa, visto que foi realizado com um nível de realidade que não pode ser avaliado numericamente, abordando o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e valores, correspondendo a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode se reduzir a variáveis (MINAYO, 2003).

Aborda a vivência de acadêmicos do curso de medicina, membros da Liga de Emergência e Trauma da Paraíba (LIET-PB), no I Simulado Nacional de Atendimento à Múltiplas Vítimas, bem como a sua importância na formação do futuro profissional de saúde.

4 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

O I Simulado Nacional de Atendimento a Múltiplas Vítimas, organizado pela Liga de Emergência e Trauma da Paraíba (LIET-PB) ocorreu no dia 27 de maio de 2017, no Anexo do curso de Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, localizada em Cabedelo/Paraíba, no horário de 8:00 às 13:00 horas. Para o evento contamos com o acionamento das equipes do SAMU, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros Estadual, Polícia Rodoviária Federal, SEMOB, Departamento de Medicina Legal, equipes do Hospital Residencial, do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, do Hospital Padre Alfredo Barbosa do município de Cabedelo e outros.

O evento simulou um acidente entre um carro, um ônibus e uma moto, totalizando 20 vítimas traumáticas. Ao todo o evento contou com a participação de 150 pessoas envolvidas. Esse simulado fez parte das ações da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) dentro do mês Maio Amarelo, que visa promover a prevenção de acidentes de trânsito. Através da realização do simulado, os acadêmicos de medicina tiveram a oportunidade de atuar e vivenciar a dinâmica envolvida em um acidente com múltiplas vítimas.

Na oportunidade foi possível verificar o atendimento às vítimas em diversas situações como: atropelamento, presas em ferragens, queda de moto, queimaduras, dentre outros. Ainda durante o simulado, os alunos puderam identificar como é realizado o Sistema de Comando de Incidentes, com estacionamento de viaturas, estabelecimento do Posto de Comando, triagem e transporte de vítimas para hospitais,

sendo possível inclusive o acompanhamento destas até o bloco cirúrgico, fornecendo assim uma visão mais ampla do atendimento.

Acidentes dessas proporções são frequentes e se faz, de extrema importância, a busca ativa por atualizações na área, no intuito de gerar uma preparação e atendimento otimizado. A veracidade do evento foi notável e de extrema relevância, pois possibilitou o entendimento da assistência, de forma integral, a fim de que em eventos futuros seja possível uma preparação apropriada, prestando um atendimento inicial ao paciente traumatizado de forma eficaz, em um curto espaço de tempo preconizando uma chegada adequada, para as diferentes formas de gravidade das lesões apresentadas, ao serviço médico especializado.

5 | CONCLUSÃO

A realização de simulados como esse são oportunidades únicas, não apenas no que diz respeito à preparação e capacitação de equipes para atuarem no atendimento às múltiplas vítimas de trauma, mas, acima de tudo, por agregarem conhecimento prático, o que é fundamental para acadêmicos de medicina.

Uma vez que ocorrências dessa ordem são eventos imprevisíveis, onde há a necessidade de atuação de forma rápida e organizada, se faz necessária a inserção do aluno, ainda durante a formação médica, com o intuito de consolidar os conhecimentos, de forma a garantir um melhor atendimento as vítimas, possibilitando uma maior probabilidade de sobrevivência.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, B. D. *et al.* **Avaliação do Escore de Trauma Revisado (RTS) em 200 vítimas de trauma com mecanismos diferentes.** Rev. Col. Bras. Cir. 43(5): 334-340. 2016.

BATISTA, S. E. A. *et al.* **Análise comparativa entre os mecanismos de trauma, as lesões e o perfil de gravidade das vítimas, em Catanduva - SP.** Rev Col Bras Cir. 33(1):6-10. 2006.

FRAGA, G. P. *et al.* Índices de trauma em pacientes submetidos à laparotomia. Rev. Col. Bras. Cir. 31(5): 299-306. 2004.

LIMA, A. G. *et al.* **A drenagem pleural pré-hospitalar: apresentação de mecanismo de válvula unidirecional.** Rev. Col. Bras. Cir. 33(2): 101-6. 2006.

MALVESTIO, M. A. A, SOUSA, R. M. C. **Suporte avançado à vida: atendimento a vítimas de acidentes de trânsito.** Rev. Saúde Pública. 36(5): 584-9. 2002.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institui as diretrizes regulação médica das urgências e normatiza os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel.** Brasília (DF); 2001.

SALVADOR, P. T. C .O. *et al.* **A formação acadêmica de enfermagem e os incidentes com múltiplas vítimas: revisão integrativa.** Rev. esc. enferm. USP. 46(3):742-51. 2012.

SIMÕES, R. L. *et al.* **Atendimento pré-hospitalar à múltiplas vítimas com trauma simulado.** Rev. Col. Bras. Cir. 39(3): 230-237. 2012.

CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: AGRAVOS E IMPACTOS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Bárbara Rodrigues Alves Mesquita

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Hospital Universitário Pedro Ernesto
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Raquel Soares Pedro

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Secretaria Municipal de Saúde
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Mariana Crisostomo Custodio

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Rômulo Frutuoso Antunes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Marcelo Nery dos Santos Junior

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Magda Guimarães de Araujo Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Delson Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Cristiane Helena Gallasch

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,

Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem Médico-Cirúrgica
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

RESUMO: Este estudo tem como objetivo identificar sob a perspectiva do Agente Comunitário de Saúde (ACS), os riscos oriundos do seu processo de trabalho. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório transversal com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma Clínica da Família (CF) do município do Rio de Janeiro, em que os participantes da pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde correspondendo a doze profissionais, distribuídos em três equipes de saúde. A coleta de dados desta pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada e a análise se deu pelo referencial temático de Bardin. Foram evidenciados pelas falas dos ACS os riscos ergonômico e biológico, riscos estes que acabam por se tornar um entrave no processo de trabalho e coloca os profissionais em vulnerabilidade, e que, a longo prazo, culmina em adoecimento. Diante de tamanha importância do papel deste profissional, faz-se necessário promover a fiscalização frequente do ambiente de trabalho na qual o ACS está inserido, e a aplicação da Educação Permanente como estratégia de qualificação com o objetivo

de proporcionar uma maior reflexão acerca das condições de trabalho e dar suporte para o enfrentamento correto dos riscos ocupacionais.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde do trabalhador. Riscos ocupacionais. Enfermagem.

LABOR CONDITIONS OF COMMUNITY HEALTH AGENTS IN A FAMILY CLINIC IN THE CITY OF RIO DE JANEIRO: HARMS AND IMPACTS TO WORKERS' HEALTH

ABSTRACT: This study aims to identify, from the perspective of the Community Health Agent, the hazards that arise from their labor process. This is a descriptive, exploratory, transversal research with a qualitative approach. Research was developed in a Family Clinic in the city of Rio de Janeiro. Participants were the Community Health Agents (ACS), corresponding to twelve professionals, distributed among three health teams. Data collection for this research was performed by a semi-structured interview and analysis was conducted under Bardin's theme reference. Through the reports of the ACS, biological and ergonomic hazards were identified. These hazards become a hindrance to their work process and make these professionals vulnerable, leading to illnesses process in a long-term period. Considering the great role of these professionals, it is necessary to promote a frequent supervision of work environment where they are included, and the application of the Permanent Education as qualification strategy aiming to promote further reflections about labor conditions and to support the adequate facing of their occupational hazards.

KEYWORDS: Community Health Agents. workers' health. Occupational hazards. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária ou Atenção Básica (AB) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se como um conjunto de ações que permeiam e norteiam a saúde, no âmbito individual ou coletivo, de forma a garantir a prevenção de agravos e a promoção da saúde, dentre outras, como a de diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2012).

Na Atenção Primária, em 1991, foi implementado o programa de Saúde da Família, posteriormente identificado como uma estratégia de atenção para implementação de ações da Atenção Primária em Saúde (APS), cujo principal objetivo é melhorar a qualidade de vida da população através de tecnologias do cuidado, de forma a garantir um atendimento de qualidade e eficaz. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a Atenção Primária é desenvolvida com descentralização de ações, estando assim, mais próxima do usuário, sendo também considerada como o primeiro contato deste com a rede de atenção, e a grande ordenadora do cuidado prestado (BRASIL, 2012).

Para isso, os princípios do SUS atuam como norteadores desse processo através da busca por humanização, estabelecimento de vínculo, integralidade no cuidado, universalidade e equidade no cuidado, além de estimular a participação social no processo de construção do vínculo. A equipe que compõe a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é multiprofissional, sendo composta por médico especialista na Saúde da Família ou generalista, enfermeiro especialista em Saúde da Família ou generalista, auxiliares e técnicos em enfermagem, cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal, auxiliar em saúde bucal e Agente Comunitário de Saúde (ACS) (BRASIL, 2012).

O ACS é um personagem de extrema relevância no estabelecimento de vínculos e processos terapêuticos junto à comunidade. É este profissional que na maioria das vezes assume o papel de elo intercessor entre famílias e equipe de saúde, auxiliando assim em atividades educativas e acompanhamentos de indivíduos (BEZERRA, FEITOSA, 2018).

Sendo assim, o presente estudo visa dar um enfoque no processo de trabalho do ACS. Cabe enfatizar que este profissional tem como atribuição a atuação na prevenção de doenças e na promoção da saúde da população, a partir dos referenciais de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2011).

Para desempenhar a função de ACS, não é exigida pela PNAB formação específica. Entretanto, em publicação da lei nº 13.595, o ACS deve possuir diploma de ensino médio completo e curso de formação inicial de 40 horas. Além disso, o mesmo não pode morar fora da área coberta pela sua equipe de saúde, sendo, portanto, uma obrigatoriedade ser morador da área. Salvo em algumas ocasiões onde, no ato do processo seletivo, não tenha indivíduos com ensino médio completo, é permitido o ingresso de profissional com ensino fundamental (BRASIL, 2018).

O processo de trabalho do ACS compreende o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, através de visitas domiciliares periódicas e de ações educativas na Unidade Básica de Saúde (UBS), identificando e registrando situações que interfiram no processo saúde-doença, estimulando a participação da comunidade nas políticas públicas, favorecendo a integração da equipe de saúde com a comunidade (BRASIL, 2017).

Desta forma, é possível presumir que diversas situações ameaçam a saúde desse trabalhador, posto que exerce a sua atividade laboral tanto na UBS, quanto no território de abrangência, ficando exposto a riscos comuns a população, como a violência, e também a riscos específicos característicos de sua profissão.

A partir dos pressupostos riscos que permeiam o cotidiano laboral destes profissionais, este estudo tem como objetivo identificar, sob a perspectiva do ACS, os riscos oriundos do seu processo de trabalho, almejando contribuir na identificação e na prevenção de agravos que afetam a saúde desses trabalhadores e acrescentando à comunidade científica informações anunciadas pela ótica do próprio ACS. Outrossim, fazem-se necessárias pesquisas desse caráter, uma vez que, na atenção básica, o ACS possui um papel primordial no fluxo organizacional e qualquer obstáculo ou

ameaça presente neste contexto pode vir a afetar significativamente o processo de trabalho da enfermagem e de toda a equipe multiprofissional.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratório transversal com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida em uma Clínica da Família (CF) do município do Rio de Janeiro, localizada na Área de Planejamento 2, especificamente na Área Programática (AP) 2.2, abrangendo municípios da Zona Norte do estado.

A CF escolhida para desenvolvimento da pesquisa é constituída por três equipes de saúde, cada uma delas composta por um médico 40h ou dois médicos 20h, enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe de saúde bucal e cinco ACSs. Esta unidade atua em toda a região de Vila Isabel e uma pequena parte do Andaraí, com aproximadamente 3.500 usuários cadastrados em cada equipe para usufruir dos serviços de saúde.

O critério de escolha para realização da pesquisa sobre a clínica surgiu pelo fato desta contemplar diferentes realidades do ponto de vista do trabalho do ACS, da comunidade, e da população de classe média da região que é atendida pela unidade de saúde.

Os participantes da pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde correspondendo a 15 (quinze) profissionais que atuam na unidade, distribuídos em três equipes de saúde. Os critérios de inclusão estabeleceram-se por estar exercendo as atividades laborais nos dias da coleta de dados na unidade, e desenvolver seu processo laboral enquanto ACS há pelo menos três meses.

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada. Sendo assim, foi elaborado um roteiro de entrevista com 16 questões distribuídas em dois blocos: condições de trabalho e EPS na Saúde do Trabalhador. As entrevistas foram gravadas em mídia digital (gravador MP3), e posteriormente transcritas.

A análise das entrevistas dar-se-á à luz do referencial teórico-metodológico de Bardin, que se organiza em: organização da análise, codificação, categorização e informatização da análise das comunicações (BARDIN, 2011). Tendo como principais eixos para estrutura da técnica: organização e análise; pré-análise; exploração do material; tratamentos dos resultados e interpretação; codificação e categorização. Esta técnica permite que o pesquisador conheça e compreenda as condições levantadas durante a categorização, sendo o texto um dos meios que o sujeito pode se expressar e o analista categorizar as unidades de significação que são as palavras que se repetem, inferindo-as.

Desta forma, neste tipo de análise o texto é um dos meios que o sujeito pode expressar-se, e o analista irá categorizar as unidades de registro, que são as palavras

ou frases que se repetem, e irão designar uma expressão que a represente (BARDIN, 2011).

Após a análise das entrevistas, observou-se a emergência de duas categorias de análise: *Exposição a agentes biológicos* e *Exposição à violência urbana*. Apesar da existência de diversos riscos ocupacionais, a incidência dos elementos citados foi mais evidente, optando-se, assim pela exploração, descrição e análise de dessas duas categorias.

Assegura-se que todo o processo de coleta, análise e divulgação dos dados da pesquisa seguiu os preceitos éticos em vigor (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2018a), de acordo com a legislação vigente, respeitando-se assim, etapas como a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovação pelo parecer nº 2.166.116 e a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram entrevistados doze, para assegurar o anonimato dos entrevistados serão utilizados codinomes, a saber: ACS seguido de número em ordem crescente de 1 ao 12 (ACS 1, ACS 2... ACS 12).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Exposição a agentes biológicos

Os riscos biológicos são riscos originados de microrganismos que podem vir a provocar danos à saúde do trabalhador, como bactérias, fungos, protozoários e vírus (AQUINO; COSTA, 2011). Sendo assim, os ACS estão expostos a esses riscos, uma vez que, em contato direto ou indireto com o cliente, podem ser expostos à contaminação. Entretanto, apenas 66,7% dos entrevistados, identificam os riscos biológicos ao qual estão expostos, citando conjuntivite, tuberculose, outras doenças contagiosas e material cortante.

Durante a coleta de dados, os ACS relataram tanto a exposição direta a microrganismos potencialmente perigosos para a saúde do trabalhador quanto situações agravantes, como o manejo com materiais perfurocortantes e as visitas domiciliares a ambientes insalubres.

É possível detectar esses elementos nos relatos a seguir:

“Paciente chega na clínica com alguma queixa de saúde grave, e ao se reportar ao ACS no acolhimento, que não tem um preparo para atender (...), já é um risco à saúde. Um material cortante, como nos procedimentos de vacina, pessoa se agitar e quebrar e contaminar todo mundo” (ACS 1).

“(...) numa visita que fiz, (...) debaixo de um sol doido e o apartamento estava com todas as janelas fechadas” (ACS10).

Fica clara a percepção do risco de contaminação por doenças transmitidas por vias

aéreas, uma vez que ambientes fechados facilitam a propagação de vírus e bactérias. Da mesma forma, os ACS destacam que, em visitas domiciliares, nem sempre sabem quais patógenos podem estar presentes no local, relatando constantemente o medo do adoecimento.

“Pegar as doenças. Se eu tenho contato direto com os caras” (ACS2)

“É quando você lida com pessoas que possam transmitir alguma coisa a você, tipo, você entra na casa das pessoas, agora com esse surto de conjuntivite, é um risco que você está correndo” (ACS3).

Quanto à classificação dos agentes etiológicos citados pelos trabalhadores participantes da pesquisa, é possível o enquadramento destes em duas classes de risco segundo a Comissão de Biossegurança em Saúde: a Classe de risco 2, de risco individual moderado, inclui os agentes biológicos que provocam infecções no homem ou em animais, cujo potencial de propagação na comunidade e de disseminação no meio ambiente é limitado, e para os quais existem medidas terapêuticas e profiláticas eficazes, como por exemplo a conjuntivite; A Classe de risco 3 inclui os agentes biológicos que apresentam capacidade de transmissão por via respiratória e que causam patologias humanas ou animais, potencialmente letais, para as quais existem usualmente medidas de tratamento e/ou de prevenção, como por exemplo, a tuberculose (BRASIL, 2011a).

A literatura já relata ocorrência de acidentes e exposição a material biológico por ACS, incluindo os agentes citados pelos entrevistados, em diversos estados do território brasileiro, demonstrando a preocupação com educação e imunização desses trabalhadores, e enfatizando a necessidade de reconhecimento das características dessa população e do seu nível de entendimento sobre essa problemática (JULIO et al, 2014; SILVA e JULIANI, 2016; PIMENTA et al., 2017), o que reitera a relevância dos resultados apresentados neste estudo.

A capacitação e qualificação dos trabalhadores são essenciais para a incorporação de práticas seguras e também para a desmistificação sobre processos de contaminação por doenças contagiosas. Esse processo educativo deve abarcar, medidas relacionadas ao ambiente e à organização do trabalho, utilização adequada de equipamento de proteção individual (EPI), entre outras (GOMES et.al, 2018).

O uso de diversas metodologias que favoreçam o processo de ensino-aprendizagem, incluindo a relevância da sala de aula, da teoria e da reflexão dos sentidos do trabalho mediante as práticas profissionais, são elementos essenciais no apoio da constituição da *práxis* desses profissionais (DUARTE et al., 2007; PEREIRA et al., 2016).

Destaca-se, por fim, a importância das estratégias de gerenciamento, incentivando os trabalhadores a refletirem sobre sua prática e segurança no trabalho (CAMELO et al., 2012).

3.2 Exposição à violência urbana

Hodiernamente, a saúde do trabalhador tem se tornado um desafio para as mais variadas disciplinas, desde Enfermagem e Medicina às Engenharias e Segurança do trabalho. Nesse contexto, leis e normas vêm a elucidar e direcionar quanto às possibilidades de enfrentamentos desses desafios.

Neste estudo, emerge a discussão sobre a ocorrência de violência no território de trabalho dos agentes comunitários. Durante as entrevistas realizadas, ficou evidente o medo constante do desconhecido, sobretudo das situações que exigem ações extramuros, como ficou relatado a seguir:

“(...) medo do paciente nos agredir (...) medo às vezes de ir à rua (...)” (ACS1).

Foi possível constatar que 66,6% dos entrevistados percebem os riscos de violência em suas atividades laborais e os seus impactos diretos na saúde, que acabam por prejudicar o seu processo de trabalho.

É válido ressaltar que, segundo os depoimentos, a violência citada pelos ACS não é apenas o medo de agressões, observou-se também a preocupação em relação a vulnerabilidade do território e, sobretudo, a situações de violência vivenciadas pelos usuários da unidade de saúde, nas quais estes profissionais sentem-se incapazes em auxiliar. Assim sendo, a violência é um problema que deve ser enfrentado de maneira coletiva, partindo-se da criação de políticas públicas, atividades educativas e grupos terapêuticos (GOMES et al., 2015).

Percebe-se uma dificuldade ao tentar relacionar o contexto identificado às leis e normas já estabelecidas para promover a saúde e segurança no trabalho. Verifica-se um contexto propício ao dano à integridade física a partir do contato com o meio de atuação – verificando-se uma relação direta com os princípios de ergonomia; com a ocorrências de lesões inesperadas – riscos mecânicos; assim como repercussões diretas à integridade psicoemocional desse trabalhador.

A Norma Regulamentadora nº 17 (NR-17), que trata de Ergonomia - *ergon*, “trabalho” e *nomos*, “leis ou normas” - tem por objetivo desmontar o sistema de trabalho em que o homem tem que se adaptar ao seu trabalho. A NR-17, em sua essência, estabelece parâmetros para a adequação do trabalho ao homem - e não o contrário - de forma a respeitar a integridade física e psicológica dos trabalhadores, com o objetivo de garantir-lhes segurança, desempenho positivo e condições satisfatórias de trabalho (BRASIL, 2012b).

O risco de trauma relacionado ao contato com a violência deve receber atenção por parte de pesquisadores, gestores e formuladores de políticas públicas. Trata-se de uma mudança na perspectiva ocupacional, que antes tinha como referência mais comum a ocorrência de traumatismo do ciclista (ACS) em acidente de transporte, mordedura provocada por cão e quedas (ALMEIDA et al., 2016).

Nessa conjuntura, essas situações que acometem a integridade mental dos ACS,

como por exemplo a violência, culminam em:

“(...) desgaste emocional” (ACS2).

“estresse” (ACS10).

É válido ressaltar que o desgaste emocional e o estresse do profissional ACS, referidos por 25% dos participantes do estudo, já foram documentados diversas vezes na literatura científica nacional, sendo que aproximadamente 30% destes profissionais apresentam sintomas clássicos de síndromes de estresse e burnout (MOTA, DOSEA, NUNES, 2014)

Os processos de atendimento à população executado pelos ACSs no acolhimento e nas visitas domiciliares são mais alguns desafios para a saúde do trabalhador permanecer muito tempo em pé ou sentado, as queixas de dores nas costas e nos pés e longas caminhadas, referidos diretamente pelo ACS4, porém identificados várias vezes na análise de dados, como um reflexo do desconforto associado a dinâmica de trabalho que exige do trabalhador uma versatilidade além do suportado.

Nessa perspectiva, o trabalhador ACS, ao ter uma rotina desgastante, executando diversas funções, desde acolhimento até visitas domiciliares a pacientes, consequentemente sofre de sobrecarga física e emocional, podendo transportar para o seu âmbito familiar a carga acumulada no processo de trabalho:

“Não consigo me desligar do trabalho (...)” (ACS7).

Esse tipo de carga é um fator desgastante ao trabalhador que interfere na sua produtividade e pode causar ônus ao empregador.

De acordo com a Previdência Social, no ano de 2017, entre todos os acidentes do trabalho que ocorreram 79,68% dos acidentes exigiram afastamento dos trabalhadores (BRASIL, 2017a). Em contrapartida, na unidade em que a pesquisa foi desenvolvida, houve apenas 20% de afastamento por acidente do trabalho, e outros 30% por doenças que se adquire no dia a dia, como por exemplo dor de garganta.

Diante desses dados, percebe-se que o problema observado no trabalho dos ACSs está atrelado à disposição do ambiente que a longo prazo, leva o trabalhador a adoecer. Esse adoecimento pode exigir afastamento definitivo ou temporário impactando na manutenção das atividades diárias e, em alguns casos, na renda familiar.

Estudos já apontam para a necessidade de capacitar esses profissionais para o enfrentamento dos eventos de violência nesses cenários. A alocação de recursos materiais, a sensibilização da população quanto ao trabalho dos ACSs, em parceria com gestores, associação de moradores, sociedade civil e outros setores como educação e justiça podem favorecer um ambiente menos hostil e favorável à manutenção da saúde desses trabalhadores (MACHADO et al., 2016; NASCIMENTO et al. 2017).

Destaca-se, ainda, a necessidade da aproximação entre gestores e a academia,

a fim de que os resultados de pesquisa sejam aplicados à formulação de estratégias e políticas de promoção à saúde e na busca por soluções à problemáticas enfrentadas neste campo (ALONSO et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS possui um papel fundamental na implementação da APS, sendo o primeiro profissional em que a população entra em contato ao ingressar nos serviços de atenção básica, e uma de suas principais funções é a promoção do vínculo clínica-comunidade.

Sendo assim, atua tanto no ambiente interno da UBS, quanto no território, ficando exposto a diversos riscos oriundos do seu processo de trabalho, que em longo prazo culmina em adoecimento. Dentre eles: a violência, o excesso de trabalho, a disposição do ambiente e o eventual contato com agentes biológicos.

O adoecimento pode exigir afastamento definitivo ou temporário do trabalhador, comprometendo o bom desempenho de sua atividade laboral e a assistência à população. A dificuldade empregatícia atual e a necessidade de manter a renda é outro fator que leva este profissional a submeter-se ao trabalho desgastante sem que este perceba o impacto de suas atitudes em sua saúde.

Faz-se necessário a interlocução entre os estudos realizados e os que estão por vir com os atores do sistema gestor, a fim de promover estratégias e legislações que evitem o adoecimento desses trabalhadores e o comprometimento do exercício do trabalho para promoção da saúde da população. Além disso, deve-se promover a fiscalização frequente do ambiente de trabalho na qual o ACS está inserido. Ressalta-se a importância da aplicação da Educação Permanente como estratégia de qualificação com o objetivo de proporcionar uma maior reflexão acerca das condições de trabalho e dar suporte para o enfrentamento correto dos riscos ocupacionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. S. A.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, 24(5):e17104, 2016..

ALONSO, C. M. C.; BÉGUIM, P. D.; DUARTE, F. J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, 52(14): 1-13, 2018.

AQUINO, F. N. P. M.; COSTA, L. F. L. G. Riscos ambientais em uma sonda de perfuração de petróleo onshore na unidade de negócios. **Holos**, 27(3): 64-83, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70: 2011.

BEZERRA, Y. R. N.; FEITOSA, M. Z. S. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 23(3): 813-822, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Brasília (DF), 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.914, de 09 de agosto de 2011**. Aprova a Classificação de Risco dos Agentes Biológicos elaborada em 2010, pela Comissão de Biossegurança em Saúde (CBS), do Ministério da Saúde. Brasília (DF), 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Brasília (DF), 2012a.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). **NR 17 – Ergonomia**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, seção 1, página 68, 22 de setembro de 2017. Brasília (DF), 2017.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. Ano 1 (1988/1992), v. 24, Brasília: DATAPREV, 2017a.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União (DOU), seção 1, página 1, 08 de janeiro de 2018. Brasília (DF), 2018.

BRASIL. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica. Diário Oficial da União (DOU), seção 1, página 55, 16 de julho de 2018. Brasília (DF), 2018a.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T. MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. **Revista enfermagem UERJ**, 20(esp1):661-667, 2012.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ** [online] 11(23): 439-47, 2007.

GOMES, M. F. et al. Riscos e agravos ocupacionais: percepções dos agentes comunitários de saúde. **J. Res.: Fundam. Care**, 7(4): 3574-3586, 2015.

GOMES, V. H. M. et.al. Overview of National Publications on Accidents with Cutting and Piercing Objects Associated to Exposure to Biological Material. **Revista Enfermagem atual**, 86(esp): 1-13, 2018.

JULIO, R. S.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Goiás. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 67(1): 119-26, 2014.

MACHADO, C. B.; DAHER, D. V.; TEIXEIRA, E. R.; ACIOLI, S. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, 24(5):e25458, 2016.

MOTA, C. M.; DOSEA, G. S.; NUNES, P. S. Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes

Comunitários de Saúde no município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 19(12): 4719-4726, 2014.

NASCIMENTO, V. F.; TERÇAS, A. N. P.; HATTORI, T. Y.; GRAÇA, B. C.; CABRAL, J. F.; GLERIANO, J. S.; BORGES, A. P. Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. **Revista Saúde (Santa Maria)**, 43(1):60-69, 2017.

PEREIRA, I. D. F.; LOPES, M. R.; NOGUEIR, M. L.; RUELA, H. C. G. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, 14(2): 377-397, 2016.

PIMENTA, G. R. P.; JESUS, L. O.; ALMEIDA, C. S.; SOUZA, F. O.; BARBOSA, N. S. Ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador sob risco de exposição e transmissão de hepatites virais. **Revista APS**; 20(1): 140-144, 2017.

SILVA, L. C. P.; JULIANI, C. M. C. M. O risco ocupacional para profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, 18(2): 52-59, 2016.

ALEITAMENTO MATERNO E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ-SC

Vanessa Fátima Felício

Acadêmica de Graduação em Nutrição -
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
vanessa_f_f@unochapeco.edu.br

Ana Paula de Abreu

Acadêmica de Graduação em Nutrição -
Universidade Comunitária da Região de Chapecó
anyinha-abreu@unochapeco.edu.br

Marta Nichelle do Amaral

Docente no curso de Graduação em Nutrição,
Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas
Regionais - Universidade Comunitária da Região
de Chapecó
m_nutricionista@unochapeco.edu.br

RESUMO: *Objetivo:* O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças até seis meses e aleitamento materno predominante e complementado em crianças a partir de seis meses até dois anos e, também o estado nutricional das mesmas no município de Chapecó/SC. *Metodologia:* O estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa mapeou a totalidade das crianças menores de dois anos acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, entre os anos 2010 e 2015, cadastradas no SISVAN do Ministério da Saúde. Este trabalho utilizou com o banco de dados disponível na base de dados secundários

de domínio público do SISVAN, com 21.621 crianças inseridas para pesquisa. *Resultados e discussão:* De acordo com os dados coletados sobre: aleitamento materno exclusivo, predominante, complementar, inexistente/não recebe e sem informações, pode-se destacar os resultados mais significantes: 32,28% de mães praticaram o aleitamento complementar no ano de 2011 e somente 4,13% receberam o aleitamento predominante no ano de 2013. Verificamos que no ano de 2013 a classificação de peso muito baixo para idade foi de 0,51% e de acordo com o peso adequado para idade ficou demonstrado que nos anos de 2010 a 2015 ficou na média de 92,64%, ficando explícito que há uma prevalência de crianças com peso adequado para idade. *Conclusão:* As conclusões deste estudo apontam para uma baixa adoção de percentuais favoráveis, ou seja, minimamente superiores a 50%, da população estudada quanto ao aleitamento materno. Já os valores quanto ao estado nutricional mostraram-se positivos, em comparação com valores de outros municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno. Estado nutricional. Nutrição.

**MATERNAL BREASTFEEDING AND
NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN
UNDER TWO YEARS IN MUNICIPALITY OF
CHAPECÓ-SC**

ABSTRACT: Objective: This study aims to evaluate the prevalence of exclusive breastfeeding for children up to six months and predominant breastfeeding and supplemented children from six months to two years and also the nutritional status of those in Chapecó/SC. Methodology: The descriptive cross-sectional study of a quantitative approach mapped the totality of children under two years of age enrolled in SUS Basic Health Units between 2010 and 2015, enrolled in the Ministry of Health's SISVAN. This study count with Database of SISVAN public domain, with 21.621 children inserted for research. Results and discussion: According to the data collected on: maternal breastfeeding exclusive, predominant, complementary, non-existent/non-received, and no information, the most alarming results can be highlighted: 32.28% of mothers had complementary breastfeeding in 2010 and only 4.13% received predominant breastfeeding in the year 2013. Can be verified that in the year of 2013 the classification of weight very low for age was of 0.51% and according to the suitable weight for age was demonstrated that in the years 2010-2015 was on average 92.64%, becoming clear that there is a prevalence of children with adequate weight for age. Conclusion: The findings of this study point to a low adoption of favorable percentage, in other words, minimally higher to 50%, of the studied population regarding breastfeeding. On the other hand, values regarding nutritional status were positive, in comparison with values from other municipalities.

KEYWORDS: Breastfeeding. Nutritional status. Nutrition.

1 | INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que nutrir uma criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões principalmente na criança, como na habilidade de se defender de infecções, na fisiologia, no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e com destaque no estado nutricional (BRASIL, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante e aleitamento materno complementado. Aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante é quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. E, aleitamento materno complementado é quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou pastoso com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo, a criança pode receber além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar (BRASIL, 2009).

Segundo Souza et al. (2013), os aspectos facilitadores do apoio ao aleitamento materno são: pré-natal com bom vínculo e preparo para a amamentação; conhecer

os desejos e interesse da mãe em amamentar e conversar sobre eles; suporte do pai e da família; auxílio durante a amamentação; ouvir a mãe e conversar sobre a maternidade e os cuidados cotidianos com o bebê; compreender seus conflitos e promover um ambiente emocional suficientemente bom para facilitar o relacionamento mãe - bebê - família, suporte aos profissionais e serviços para lidar com as frustrações e desmotivações decorrentes de desencontros das suas expectativas quanto ao aceitação materno e às respostas das mães, crianças e famílias.

Correa et al. (2009) afirmam que o leite materno é inquestionavelmente o melhor alimento nos primeiros meses de vida e seus benefícios são inúmeros. Apesar dos vários efeitos benéficos já conhecidos do aleitamento materno e os de programas existentes que visam incentivar a prática do aleitamento, as pesquisas mostram que as taxas em nível mundial permanecem baixas com relação à prática de amamentação exclusiva (ROCCI & FERNANDES, 2014). De acordo com os mesmos autores existe então a necessidade de fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que são importantes para melhora dos índices de aleitamento materno e a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil. É consenso que o aleitamento materno e a introdução em tempo oportuno da alimentação complementar são fatores que determinam o estado nutricional da criança ao longo de sua vida.

Para termos sucesso no aleitamento materno, é necessário que a mãe esteja motivada e também que o profissional da saúde saiba informá-las apresentando as propostas de melhoria para os problemas mais comuns que serão enfrentados durante a amamentação (BRASIL, 2013).

Após os seis meses de vida do bebê deve ser introduzido alimentação complementar de forma saudável, lenta e gradual, a alimentação deve complementar a amamentação e não substituí-la, a partir da introdução alimentar complementar deve-se oferecer água a criança (tratada, filtrada e fervida) (BRASIL, 2013).

De acordo com Monteiro & Conde (2000), o estado nutricional das populações, como um resultado da disposição/ oferta de alimentos que os indivíduos são expostos, ao longo de suas vidas. O processo de alimentação está diretamente relacionado às condições tanto do ambiente onde vivem até as socioeconômicas. Dessa forma, pode ser influenciado pela qualidade da assistência de saúde e também pelas políticas públicas.

A alimentação adequada e saudável, incluindo aqui o aleitamento materno, que é adequada tanto na qualidade quanto na quantidade recomendada dos primeiros dias de vida até os dois anos ou mais, é importante para o desenvolvimento saudável de crianças, jovens, adultos e idosos, é dessa forma que teremos em nosso organismo, os nutrientes e energia necessária para que possamos realizar as tarefas do dia-a-dia mantendo então nosso corpo livre de enfermidades (MONTEIRO et al., 1995 apud PHILIPPI et al., 2003).

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de

16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde). O SISVAN é um sistema de informações com o objetivo central dar subsídios para a tomada de decisões e ações em alimentação e nutrição nas três esferas do governo (municipal, estadual e federal). O SISVAN destina-se ao diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, contribuindo para que se conheça a natureza e a magnitude dos problemas de nutrição, identificando áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais (BRASIL, 2004).

O presente estudo visa avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças até seis meses e aleitamento materno predominante e complementado em crianças a partir de seis meses até dois anos e, também o estado nutricional das mesmas no município de Chapecó/SC.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa mapeou a totalidade das crianças menores de dois anos acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) SUS, entre os anos 2010 e 2015, no município de Chapecó/SC, cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde.

Este trabalho contou com o banco de dados online disponível na base de dados secundários provenientes dos relatórios de domínio público online do SISVAN, com 21.621 crianças inseridas para a busca realizada pelas UBS. As informações avaliadas foram quanto às formas de aleitamento materno utilizadas (aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante e aleitamento materno complementar), inexistente/ não recebe aleitamento materno e sem informações, quanto ao estado nutricional das crianças será analisado a variável: IMC para idade do município em questão. Os dados foram todos coletados no mês de janeiro de 2016.

Os dados da pesquisa foram analisados e interpretados de forma quantitativa por meio de estatística descritiva apresentando os resultados encontrados em forma de percentuais de ocorrência do fenômeno em estudo.

2 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo serão apresentados em duas categorias: *Aleitamento Materno* e *Estado Nutricional das Crianças*. E para cada uma delas as variáveis são discutidas e comparadas com as recomendações do Ministério da Saúde e material científico reconhecido.

Aleitamento materno

As crianças registradas no SISVAN compuseram dados para alimentar o Gráfico

1 e a Tabela 1.

Aleitamento Materno Exclusivo: Percebe-se que no período de 2010 a 2015, o percentual de crianças que recebem aleitamento exclusivo reduziu drasticamente, caiu de 30,77% em 2010 para 11,57% em 2014, tendo uma leve impulsão em 2015 fechando em 13,72%. Podemos concluir que se faz necessário no município de Chapecó a implantação de propagandas de incentivo e conscientização das mães lactantes quanto a importância de amamentar seus filhos exclusivamente até os 06 primeiros meses de vida.

Baseado em estudos realizado por Taglietti et al. (2014), em que Garcia et al. (2011) demonstrou em sua pesquisa que 99% das mães iniciaram o aleitamento materno logo ao darem a luz; porém o ato do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês foi exposta por apenas 9,64% delas. De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (2009), a média de duração de aleitamento materno exclusivo foi de 1,8 meses e a média de duração de aleitamento materno foi de 11,2 meses. Tendo em vista que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras e em Florianópolis/SC foi de 52,4%.

Segundo os autores Kummer et al. (2000), o aleitamento materno é considerado uma das bases fundamentais para a promoção e proteção da saúde das crianças no mundo todo. O leite humano tem sua superioridade indiscutível como fonte de alimento que contribui para um desenvolvimento saudável e de proteção contra doenças fazendo com que especialistas na área da saúde do mundo inteiro recomendem a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e complementado ao menos até o final do primeiro ano de vida, mas podendo a mãe estar amamentando até os dois anos da criança.

Relata Dias et al. (2010) que a demanda nutricional do lactente é suprida pelo aleitamento materno exclusivo até os primeiros seis meses de vida. A partir do sexto mês é necessária a introdução da alimentação complementar, visando o complemento para o fornecimento de energia, proteínas, vitaminas e minerais em que as necessidades diárias da criança não são mais supridas apenas com o aleitamento materno.

Em um estudo realizado por Franco et al. (2008) no município de Joinville/SC, sobre aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos em UBS mostrou que as frequências de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo foram, respectivamente, 90,7% e 53,9% nos lactentes com idade abaixo de quatro meses, e 84,2% e 43,6% nos lactentes com idade abaixo de seis meses, este estudo contou com uma amostra de 889 lactentes com idade inferior a um ano de idade.

Segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal demonstrou que a média de tempo que as mães amamentam exclusivamente foi de 52,1 dias (1,8 meses) e de aleitamento materno complementar foi de 341,6 dias (11,2 meses), nesta mesma pesquisa, pode ser observado a questão do desmame precoce que ocorre dentro das primeiras

semanas ou meses de vida, assim introduzindo chás, água, sucos e outros leites e progredindo de modo gradativo (MS,2009).

Entre os 6 e 9 meses, uma faixa de 68,8% das crianças haviam consumido frutas e 70,9% verduras e legumes. Com relação ao consumo de alimentos que não são considerados saudáveis, percebeu-se o alto consumo de café (8,7%), refrigerantes (11,6%) e bolachas ou salgadinhos (71,7%) entre as crianças com idade de 9 a 12 meses (MS,2009).

Desse modo é afirmativo que o processo de introdução de alimentação complementar não é oportuno, possivelmente sendo inadequado do ponto de vista energético e nutricional (BRASIL, 2013).

Aleitamento Materno Predominante; Não apresenta grandes variações no período analisado, porém percebe-se que teve queda constante em período semelhante ao aleitamento materno exclusivo, no entanto voltou a crescer no ano de 2014 e segue linha crescente desde então.

O estudo de Venâncio et al. (2002), sobre a frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios no estado de São Paulo, mostra que dos 84 municípios estudados, 72 (85,7%) municípios alcançaram uma prevalência de aleitamento materno predominante superior a 20%. Já Giugliani (2000) relata em seu estudo de revisão sobre aleitamento materno, que em relação ao aleitamento materno predominante essa suplementação com água ou chás nos primeiros seis meses é desnecessária, mesmo em locais secos e quentes, recém-nascidos normais não necessitam de mais líquidos além do leite materno, pois nascem com níveis de hidratação tecidual relativamente altos. Neste mesmo estudo revisado há evidências de que pode ser uma das causas do desmame precoce.

Aleitamento Materno Complementar; através dos dados coletados percebe-se que grande percentual de crianças recebem aleitamento complementar, sendo que o mesmo não apresenta variação significativa durante o período de 2010 a 2014, porém em 2015 sofreu preocupante queda de crianças adeptas desta amamentação, é necessário acompanhar esta informação no próximo ano para analisar a necessidade de intervenção através dos SUS com propagandas de conscientização quanto a importância desta modalidade.

Em Santa Maria/RS, D'Ávila & Basso (2013) perceberam, em sua pesquisa, que a idade onde há o maior percentual de introdução de alimentação complementar é o quinto mês de vida. O percentual de crianças que não recebem alimentação complementar, sendo um total de 17%, relaciona-se com as crianças menores de seis meses, cujas mães amamentam. O mesmo estudo mostrou que a idade média de introdução de alimentação complementar corresponde a 4,1 meses, mostrando assim que a transição alimentar não ocorreu da maneira adequada, que segundo orientações da OMS e recomendações do MS, deve ser a partir dos seis meses de idade.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria a introdução de outros alimentos complementares ao leite materno deve ser feita aos seis meses. Outro estudo,

realizado por Stahelin (2007), com 63 crianças matriculadas em uma creche no município de Florianópolis/SC, apresentou 42,9% de crianças com introdução da alimentação complementar antes dos seis meses; portanto, nesta amostra, o início da alimentação complementar está muito precoce, visto do que é recomendado. Esta introdução precoce da alimentação complementar está diretamente relacionada com o risco de sobrepeso e obesidade encontrado neste mesmo estudo.

Balaban et al. (2004), avaliaram a associação do leite materno com a proteção contra o sobrepeso e obesidade, com uma amostra de 409 crianças na faixa etária de dois a seis anos, provenientes de creches vinculadas à prefeitura da cidade de Recife mostrou que o sobrepeso foi mais prevalente entre as crianças que receberam leite materno exclusivo por menos de quatro meses (22,5%) do que entre aquelas que receberam leite materno exclusivo por quatro meses ou mais (13,5%).

Com relação ao item: Inexistente/ Não recebe; preocupantemente grande parte das crianças acompanhadas neste período não recebe amamentação, tendo seu pico de aproximadamente 41% em 2013, sofreu grande queda em 2014 chegando a 31% o que representou um ganho importante no número de crianças adeptas a amamentação, porém esta tendência que deveria continuar baixando não se confirmou, e o número de crianças sem amamentação voltou a subir e 2015 atingindo aproximadamente 34%, sendo assim identifica-se a necessidade de programas de conscientização quanto a necessidade das mães amamentarem seus filhos por ao menos 06 meses de vida.

De acordo com Machado et al. (2013), em seu estudo sobre a intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um hospital-escola do sul do Brasil, verificou se que todas as 170 mulheres entrevistadas afirmaram ter o desejo de amamentar seus filhos. A média de duração da amamentação exclusiva pretendida por elas foi de 5,5 meses, variando de um até 12 meses.

Observou-se que nas consultas de pré-natal, aproximadamente 99% das gestantes, realizaram pelo menos uma consulta, sendo a média encontrada foi de 8,0 atendimentos realizados nesse período. Porém foi percebido que menos da metade dessas mulheres (49%) relata lembrar-se de ter recebido algum tipo de informação relacionado a aleitamento materno e/ou alimentação complementar durante as consultas de pré-natal. As informações e orientações sobre o aleitamento materno que foram prestadas no pré-natal, foi visto que as mães que receberam orientações pretendiam amamentar em média por 5,72 meses, enquanto as pretenderam amamentar exclusivamente por período menor (5,35 meses), sendo esta diferença estatisticamente significativa (MACHADO et al., 2013). Também se pode observar neste estudo que, quanto maior o tempo de escolaridade da mãe, maior o tempo pretendido para a amamentação exclusiva.

Sem informação; O percentual apresentado neste período se mostra preocupante, pois em 2010 o banco de dados SISVAN contava com acompanhamento de aproximadamente 98% das crianças de Chapecó, porém este acompanhamento foi se perdendo e em 2014, 22% das crianças não participaram de pesquisa quanto a

sua forma de alimentação, número altíssimo e preocupante pois sem as informações coletadas não é possível chegar a números confiáveis de atendimentos das UBS para com as crianças do município, impossibilitando também o mesmo de tomar medidas corretas e cabíveis para melhor informação ao público alvo.

Estado Nutricional das Crianças

Os dois primeiros anos de vida é um período caracterizado por rápido crescimento e desenvolvimento. O crescimento reflete as condições de gestação da mãe e de fatores ambientais, dentre os quais entra em destaque o estado nutricional das crianças. (DIAS et al., 2010).

Segundo Trahms & McKean (2013), durante os dois primeiros anos de vida, caracterizados pelos rígidos crescimento e desenvolvimento físicos e sociais, ocorrem muitas mudanças que afetam a alimentação e o consumo de nutrientes. A adequação da ingestão de nutrientes pela criança afeta sua interação com o ambiente em que vive. As crianças que são bem nutridas com uma alimentação de boa qualidade são capazes de responder e aprender com os estímulos ambientais e de interagir com seus pais e cuidadores de maneira a fortalecer o vínculo e a afeição.

Segundo Araújo & Campos (2008), o indicador peso para a idade (P/I) reflete o peso segundo a idade cronológica da criança. Os mesmos autores citam que a aplicação desse indicador tem vantagem por ser de simples e rápida aplicação. O peso é uma medida muito sensível e sua avaliação permite identificar alterações no estado nutricional precocemente. Entretanto os autores alertam que este indicador utilizado isoladamente não é capaz de detectar a natureza do agravo, é necessária uma investigação com apoio de outros indicadores e métodos de avaliação.

De acordo com a Tabela 1, constando dados para o estado nutricional de crianças com faixa etária entre 0 e 2 anos de idade, entre os anos 2010 e 2015, observa-se que item peso muito baixo para a idade no município de Chapecó/SC, nos anos de 2010 foi de 1%, 2011 foi de 0,87%, 2012 foi de 0,70%, em 2013 foi de 0,51%, já em 2014 foi de 0,52% e no ano de 2015 foi de 0,61%, tendo em vista que dos anos de 2010 a 2014 houve uma diminuição de peso muito baixo para idade e em 2015 volta novamente a subir.

A prevalência de desnutrição vista em estudo realizado por Salomons et al. (2007) em rede municipal de ensino no estado do Paraná, com um total de 1.647 crianças, foi de 22,7% (21% meninos e 24,7% meninas). O que demonstra um quadro ainda elevado de casos de desnutrição, porém é importante salientar que a desnutrição está relacionada com a baixa estatura foi a que apresentou a maior prevalência tanto em meninos (10,5%) quanto em meninas (12,2%).

Segundo pesquisa realizada por Mendes, Campos & Lana (2010), sobre a avaliação do estado nutricional de crianças menores de dez anos no município de Ferros, de 1.322 crianças estudadas, pode-se verificar no estudo que desse total, 134 crianças (10,1%) se encontram em risco nutricional e 50 crianças (3,8%) do total

analisado classificam-se como desnutrição.

Quanto ao peso baixo para idade dos anos de 2010 foi de 2,61%, de 2011 foi de 1,97%, já para 2012 foi de 1,92%, em 2013 foi de 1,46% e no ano de 2015 foi de 1,67%, então se verifica que em 2010 foi o ano em que mais possui crianças com peso baixo para idade, para os anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 houve uma diminuição nesses dados e em 2015 um leve aumento, o que não é satisfatório. Porém há evidências, como cita Eickmann et al. (2006), que crianças que nascem com baixo peso, tendem a permanecer com magreza e muitas vezes com déficit de na estatura, no decorrer de toda ou boa parte da infância, isso ocorre com mais frequência em países em desenvolvimento, e que algumas regiões encontram-se em condições precárias.

Para o item peso adequado para idade foi possível analisar no presente estudo que nos anos de 2010 a 2013 houve um aumento nesses dados, podemos considerar um aumento bom, porém em 2014 e 2015 os dados caem e permanecem parecidos. Seguindo uma média no decorrer dos anos de 92,64%, o que mostra que no município em questão a prevalência maior está para crianças com peso adequado para idade.

Conforme estudo realizado em Ferros/MG por Mendes, Campos & Lana (2010), sobre a avaliação do estado nutricional de crianças, foram coletados dados do SISVAN, de 1.322 crianças, a classificação de peso adequado para idade, 1049 (87,4%) estão eutróficas, ou seja, em peso adequado. Outro estudo realizado em Alto Xingu/PA por Morais et al. (2003) para avaliar o estado nutricional de crianças índias entre o primeiro e o quarto ano de vida demonstrou no primeiro ano de vida com adequação percentual do peso para a estatura entre 110% e 120%.

Quanto ao peso elevado para idade, neste presente estudo, pode-se verificar que no ano de 2010 foi de 4,79%, em 2011 a 2014 houve um aumento, pois leva em conta o sobrepeso de crianças e no ano de 2015 houve uma breve melhora, ou seja, novamente os dados começaram a cair. Stahelin (2007) em seu estudo com 63 crianças matriculadas numa creche de Florianópolis/SC apontou que no indicador P/I 6,3% das crianças apresentaram peso elevado para idade.

Em outro estudo sobre avaliação do estado nutricional em crianças menores de seis anos, num determinado município de Santa Catarina, realizado no ano de 2015 por Kneipp et al., mostrou que a prevalência mais elevada foi a de sobrepeso (6,8%).

Também na mesma pesquisa realizada por Mendes, Campos e Lana (2010), sobre a avaliação do estado nutricional de crianças no município de Ferros/MG, foram coletados dados do SISVAN, com 1.322 crianças, dessas 661 (50%) eram do sexo masculino e 661 (50%) do sexo feminino, representando assim 51% da população estudada, correspondente a 74,9% do total da população dessa faixa etária em estudo que foi cadastrada no SIAB em agosto de 2016. Dessa forma pode ser observado no estudo que quanto ao indicador P/I foi utilizado para classificação do estudo nutricional infantil, mostrou que 20,7% das crianças apresentam alguma alteração nutricional, sendo que do total de crianças estudadas, 89 crianças, contabilizando em porcentagem 6,7% encontram-se na classificação de risco para sobrepeso.

Guimarães & Barros (2001) também perceberam em sua pesquisa realizada no município de Cosmópolis/SP, com 1.200 crianças, que há um aumento significativo de crianças apresentando peso elevado para idade.

3 | CONCLUSÃO

As conclusões deste estudo apontam uma baixa adesão ao aleitamento materno, minimamente superior a 50% da população estudada em que um dos fatores que podem estar contribuindo é a falta de incentivo por meio das mídias locais, a falta de informações para as mães em relação aos benefícios que o aleitamento materno traz para o desenvolvimento e crescimento saudável de seus filhos. Já os valores quanto ao estado nutricional mostraram-se positivos, em comparação com valores de outros municípios trazidos nas discussões. Espera-se que os resultados dessa pesquisa contribuam para o desenvolvimento de ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno do município em questão e manutenção da atenção quanto ao cuidado do estado nutricional das crianças, tendo em vista a introdução de alimentos em tempo adequado e a seleção dos alimentos ofertados para um crescimento e desenvolvimento saudável.

Pode-se ressaltar a importância do papel do profissional nutricionista nas orientações para as mães, futuras mães e famílias, sobre a importância do aleitamento materno, seus benefícios para a saúde da criança, a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, e também a importância da introdução alimentar ser gradativamente e com alimentos saudáveis e nutritivos.

É sempre importante lembrar que uma alimentação saudável traz benefícios para a vida toda, as crianças seguem o exemplo das pessoas com quem convive, por isso, devemos ser bons exemplos, incentivando sempre para escolhas saudáveis.

Portanto deve ser promovido a alimentação saudável de um modo abrangente, e prever então uma finalidade de ações que considerem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância até a idade adulta, com uma alimentação complementar adequada e em tempo oportuno, porém respeitando a identidade de cada cultura com relação à alimentação, nas diversas regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

Brasil. Saúde da criança - nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 ed. – 2 reimpressão. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013, p. 72.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Editora MS, Brasília, 2004, p. 120.

Souza SNAH, Mello DF, Ayres JRCM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2013; 29(6): 1186-1194.

Correa EM, Corsol ACT, Moreira EAM, Kazapi IA. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). Revista Paulista de Pediatria. São Paulo, 2009; 27(3): 258-264.

Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2014; 67(1): 22-27.

Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974 a 1996). Rev. Saúde Publ. 2000; 34(6): 52-61.

Philippi ST et al. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. Revista de Nutrição, Campinas, 2003; 16(1): 5-9, 2003.

Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ, Santos L, Caetano MC. Evolução do padrão de aleitamento materno. Revista Saúde Pública, 2000; 34(2): 143-148.

Dias MCAP, Freire LMS, Franceschini SCC. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. Revista de Nutrição. Campinas, 2010; 23(3): 475-486.

Taglietti RL, Lazarotto K, Pinto SLB, Teo CRPA. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. SCI Med. Chapecó-SC, 2014; 24(1): 39-45.

Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no programa saúde da família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. Cadernos de Saúde Pública, 2011; 27(2): 305-16.

Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., 2008; 8(3): 291-297.

Venancio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(3): 313-318.

Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. Artigo de Revisão. Jornal de pediatria. 2000; 76(supl. 3): 238-252.

D'Ávila TPM, Basso C. Aleitamento materno e alimentação complementar de lactentes em unidades de saúde de Santa Maria. Ciências da Saúde. Santa Maria-RS, 2013; 14(2): 243-254.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Nutrologia; 2006.

Stahelin L. Avaliação do estado nutricional das crianças menores de cinco anos em uma creche no município de Florianópolis segundo a curva de referência da OMS 2006 e comparação do diagnóstico nutricional com a curva de referência do CDC 2000. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

Balaban G, Silva GAP, Dias MLCM, Dias MCM, Fortaleza GTM, Moroto FMM. O aleitamento materno previne o sobrepeso na infância?. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2004; 4(3): 263-268.

Machado AKF et al. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciências de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, 2014; 19(7): 1983-1989.

Trahms CM, Mckean KN. Nutrição no Estágio Inicial da Infância. In: Mahan LK, Escott-Stump S. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 374-388.

Araújo ACT, Campo JADB. Subsídios para a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos. *Rev. Alimentos e Nutrição*, 2008; 19(2): 219-225.

Mendes MSF, Campos MD, Lana FCF. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. *Revista Escola Enfermagem USP.* São Paulo, 2010; 44(2): 257-65.

Salomons E, Rech CR, Loch MR. Estado nutricional de escolares de seis a dez anos de idade da rede municipal de ensino de Arapoti, Paraná. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Ponta Grossa, 2007; 9(3): 243-249.

Eickmann SH, Lima MC, Motta MEFA, Romani SAM, Lira PIC. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(6): 1073-1081.

Morais MB, Fagundes Neto U, Mattos AP, Baruzzi RG. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19(2): 543-550.

Kneipp C, Habitzreuter F, Mezdari T, Hofelmann DA. Excesso de peso e variáveis associadas em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* Santa Catarina, 2015; 20(8): 2411-2422.

Guimarães LV, Barros MBA. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. *J Pediatr.* 2001; 77(5): 381-386.

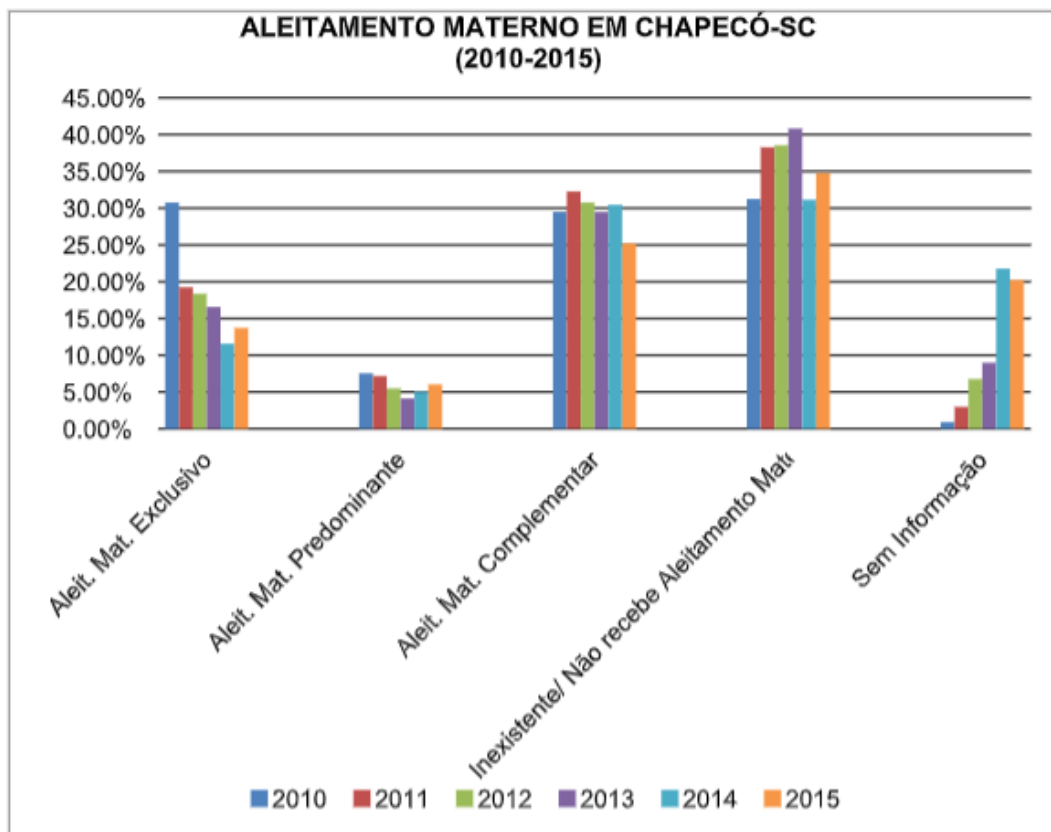


Gráfico 1 – Aleitamento Materno no município de Chapecó-SC, de acordo com o banco de dados online disponível no SISVAN, entre os anos de 2010 e 2015.

Fonte: SISVAN, MS (2010-2015).

Estado Nutricional	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Peso Muito Baixo para a Idade	1% (n=28)	0,87% (n=38)	0,70% (n=32)	0,51% (n=24)	0,52% (n=25)	0,61% (n=31)
Peso Baixo para a Idade	2,61% (n=73)	1,97% (n=86)	1,92% (n=88)	1,81% (n=85)	1,46% (n=70)	1,67% (n=85)
Peso Adequado para a Idade	91,6% (n=2.563)	92,82% (n=4.045)	92,97% (n=4.270)	93,04% (n=4.361)	92,49% (n=4.424)	92,93% (n=4.717)
Peso Elevado para a Idade	4,79% (n=134)	4,34% (n=189)	4,42% (n=203)	4,63% (n=216)	5,52% (n=264)	4,79% (n=243)

Tabela 1 – Estado Nutricional de Crianças entre 0 e 2 anos no município de Chapecó-SC, disponível no banco de dados online no SISVAN, entre 2010 a 2015.

Fonte: SISVAN, MS (2010-2015).

SENTIMENTOS SÃO SEMPRE UMA SURPRESA: RELATO DE TRANSEXUAIS ACERCA DO PROCESSO DE TRANSEXUALIZAÇÃO

Helena Ribeiro Hammes
Mariana Fonseca Laroque

1 | INTRODUÇÃO

O sentimento de não pertencimento ao sexo biológico permeia o discurso dos indivíduos transexuais. Seguramente, as expressões da sexualidade humana, nas suas mais diversas formas é algo muito antigo. Alguns aspectos referentes à transexualidade buscam o entendimento na cultura, história da humanidade, filosofia e discursos subjetivos que almejam a desconstrução de opiniões centralizadas e pontuais acerca de coisas e pessoas (BECK, 2013).

Porém em se tratando de sentimentos, de uma maneira global tem-se algo peculiar, seja para ser descrito ou concretizado, pois é uma possibilidade livre para que cada um reflita e o caracterize da forma que quiser, desprovido de entendimento por parte de outrem, ou seja, indefinido, indeterminado, desconhecido e hipotético (DONATO, 2016).

Na sociedade contemporânea, sabemos que prevalece a cultura da heteronormatividade, que divide os corpos-homens e corpos-mulheres, o que atesta que gênero sexual

ao qual o sujeito pertence, no qual corpo e gênero devem ser correspondentes. Aqueles que não se enquadram dentro dos padrões heteronormativos, que são os transexuais, são estigmatizados como se fossem abjetos, ou seja, excluídos da sociedade. A pessoa transexual, muitas vezes, vivência sofrimentos e esses, normalmente, não são expressos por eles ao longo do processo de transexualização gerando angústias, revoltas, tristezas e isolamento (DIAS, 2014).

A enfermagem tem destaque na assistência a transexuais, na literatura científica é possível encontrar a referência ao profissional enfermeiro como sendo o mais apto e capacitado a acolher, desenvolver escuta terapêutica e um cuidado humanizado com a população trans (FRAZÃO, 2016).

Sendo assim, o presente trabalho, recorte dos resultados de um trabalho de conclusão de curso, tem como objetivo identificar os sentimentos vivenciados pelo transexual relacionados à sua história de vida através dos discursos por eles apresentados.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um recorte extraído dos resultados de um Trabalho de Conclusão de

Curso da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, intitulado: “As percepções dos indivíduos frente à vivência da transexualidade”. A referida pesquisa é qualitativa e descritiva. Foi desenvolvida em uma ONG (Organização Não Governamental) localizada em um município no sul do Brasil. Foram entrevistados cinco participantes maiores de dezoito anos e que se autodeclararam transexuais. A coleta de dados se deu através do método denominado “snow ball” (bola de neve), que possibilita a uma forma de amostra não probabilística se utilizar de cadeias de referência onde os indivíduos poderiam indicar outros participantes. As entrevistas foram semiestruturadas abertas concomitantemente às gravações em áudio durante o período referente aos meses de maio e junho de 2018. Utilizou-se para realizar a análise dos dados um tipo de análise de conteúdo classificada como temática (MINAYO, 2014). Quanto aos aspectos éticos, atentou-se para Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi respeitado o anonimato dos participantes através do uso de codinomes (Alvo Dumbledore, Harry Potter, Hermione Granger, Luna Lovegood e Minerva McGonagall), além do estudo ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade Federal Brasileira sob o número 538.882.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elucidar os sentimentos que delinearão a vivência transsexual se tornou um desafio, pois a literatura com relação a essa temática ainda é diminuta. As bases literárias, geralmente evidenciam aspectos mais amplos relacionados à transexualidade, ou seja, buscam o entendimento na cultura, história da humanidade, filosofia e discursos subjetivos que almejam a desconstrução de opiniões centralizadas e pontuais acerca de coisas e pessoas.

O recorte da referida pesquisa descreve o sentimento que prevaleceu durante o processo de vivência da transexualidade, levando em consideração o olhar na perspectiva da pessoa transsexual. A partir do exposto, os principais sentimentos citados pelos sujeitos foram: felicidade, amor próprio, tristeza, abandono e calma.

Para Silva e Cerqueira (2014) existe uma metáfora em relação ao mundo teatral, onde os atores têm sorte, cabendo a si mesmos o querer participar de uma tragédia ou comédia, cenas de sofrimento ou de alegria, sorrisos ou lágrimas, porém divergindo do mundo real. Nessa reflexão aprofundada dos padrões atuais, homens e mulheres são forçados a desempenhar papéis pelos quais não têm a menor aptidão, sendo o mundo o palco, apesar de os papéis serem mal distribuídos. A primeira entrevistada, Minerva McGonagall, relata na sua vivência o desejo que os autores referem, sendo ela uma mulher em um papel mal distribuído. Descreve felicidade como um sonho. Consegue dar valor para algo que já é arraigado na sociedade heteronormativa, como sendo preceito de ordem cronológica, de algo esperado, necessário, podendo não estar atribuído ao significado verdadeiro da questão. O que deseja através do seu

sentimento primordial é:

[...] Felicidade! É o sentimento que resume minha vida. Porque é isso aí que eu quero! eu sempre tive o sonho de ser feliz, de um dia poder botar um vestido branco e sair casando com um homem (Minerva McGonagall).

Com o próximo relato, sobre o seu sentimento destaque, percebemos que sua trajetória foi árdua, com inúmeros obstáculos, solidão e rejeição. Luna Lovegood precisou se reinventar, renascer no seu amor próprio e ter resiliência para seguir adiante:

[...] Amor! Amor por mim mesmo! Hoje eu me amo! Me amo do jeito que eu sou, se eu tiver que usar salto, botar calcinha, cueca, eu me amo mesmo do jeito que eu sou. Porque eu me aceitei (Luna Lovegood).

Esse é o mundo real, cheio de dissabores para as pessoas que, frente a um estado caótico entre corpo e mente, rompem as estruturas e decidem acolher a si próprias, num mundo cheio de preconceitos. Os sujeitos retratam essa luta por suas existências como um estímulo positivo, uma busca incansável por direitos e fundamentalmente respeito, porque não são monstros, alienígenas ou seres desconhecidos, são pessoas, são sentimentos (SAMPAIO; GERMANO, 2017).

Já Harry Potter, perdeu a mãe ainda em sua juventude, e carregou consigo a não aceitação da mesma para com as suas escolhas. Por isso, destaca a tristeza como sendo o sentimento mais prevalente na sua caminhada à transexualidade.

[...]Tristeza! por não me enxergar ainda como eu gostaria, e ter vergonha da maneira que os outros me olham... por não conseguir superar meus traumas (Harry Potter).

A dificuldade está, tanto no seio familiar quanto nas relações externas, em aceitar de imediato condições iguais a todos, evitando tristezas e sofrimentos, como na fala supracitada, experimentados pelas pessoas que não se enquadram no modelo hegemônico de sexualidade. Já é primitivo o momento em que a sociedade deveria aceitar com naturalidade que uma identidade de gênero diferente do sexo anatômico não pode ser empecilho para que o indivíduo se desenvolva plenamente, dando condições para que todos tenham uma adequada inserção no meio social (SOUZA; HESPANHOL, 2014).

Na literatura, a maioria dos aspectos relacionados à felicidade é de cunho psíquico (personalidade, otimismo, resiliência, gratidão, presença de altos escores de emoções positivas). É possível que alguns dos aspectos socioculturais associados, como a religiosidade, atuem, pelo menos em parte, mediados por questões emocionais (FERRAZ; TAVARES; ZILBERMAN, 2007).

Hermione Granger desabafa: [...] Abandono! pra mim foi muito cruel! quando cheguei pra minha mãe, referindo ser transexual, fui expulsa de casa por ela ser evangélica... (Hermione Granger).

Ademais, as incertezas das famílias retratadas como molde em uma sociedade patriarcal, que não aceita a possibilidade de julgamentos advindos dos padrões

“exemplares” para com a transexualidade do filho, agora filha. Relata abandono em todos os sentidos, em detrimento de doutrinas religiosas radicais, pais separados, ou seja, figura paterna desprovida de comprometimento, e expulsão de casa.

Finalizando com o relato de Alvo Dumbledore, como desfecho feliz em uma trajetória de descobrimento, seu sentimento essencial surgiu como um dos mais satisfatórios: a calma, a paz interior. Ele diz:

[...] Calma! Eu tô numa calma agora, eu finalmente entendo as coisas, o fato de eu ser trans não me traz tanta ansiedade, o fato de eu entender me trouxe calma!!! Não fico acordado mais à noite pensando: o que é isso?! Eu sei o que é, eu sei o que fazer, me traz paz! (Alvo Dumbledore).

A busca incessante por novos argumentos, a motivação ao permitir que o interior desses seres humanos seja expresso em palavras resume o significado dessa pesquisa, em que os sentimentos nas suas mais diversas subjetividades são a grande surpresa nas entrevistas, bem como a trajetória de cada um de superação, garra e persistência em um mundo de poucos.

4 | CONCLUSÕES

Para os transexuais, essa experiência de refletir e revelar seus sentimentos, tendo a escuta terapêutica como uma das ferramentas mais importantes da assistência de enfermagem, foi muito gratificante. Esses indivíduos enfrentam dramas, incompreensões e lutam por suas vivências cotidianas serem mais respeitadas e com menos sofrimentos, por isso é necessário que nós, profissionais da área da saúde, reconheçamos que transexuais vivenciam situações de extrema vulnerabilidade social e necessitam da garantia do seu direito à saúde, como também do direito de dispor da sua individualidade acerca de gênero, do direito a realização da cirurgia de adequação de sexo, do direito à livre orientação sexual, e principalmente, merece ter direito a sua dignidade humana, compreendida e respeitada.

Com a pesquisa qualitativa e descritiva entendemos o universo subjetivo dos significados, motivos, atitudes, crenças e valores. Ela é capaz de proporcionar reflexões inovadoras em relação a realidade. A transexualidade precisa ter visibilidade social para que o preconceito e as rejeições possam ser superados pelas pessoas transexuais, desvinculando os sofrimentos dentro desta experiência de quadros patológicos, pois eles/elas têm direito de ter uma vida digna, respeitada e feliz. São necessárias pesquisas voltadas para esta temática, principalmente provenientes das áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

BECK, Dinah Quesada. Infâncias, gênero e sexualidade nas tramas da cultura e da educação.

Canoas: Ed. Ulbra, 2013.

DIAS, Diego Madi. Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento. Cad. Pagu, Campinas, n. 43, p. 475-497, dez. 2014. Disponível em:. Acesso em: 14 maio 2018.

DONATO, Mariana Aragão Matos et al. (2016). Dinámica de la cultura de la ciudadanía y de la inclusión social Vol. 20 Num. 4_95 Oct.- Dic., 2016 ISSN: 1605-4806 pp. 180 – 194.

FERRAZ, Renata Barboza; TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Monica L.. Felicidade: uma revisão. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 5, p. 234-242, 2007 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2018.

FRAZÃO, Juliana. Cunha. Percepções dos usuários e dos profissionais da saúde e perspectivas de atuação do sanitarista na atenção à saúde da população transexual. Monografia - (Trabalho de conclusão de curso), Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SAMPAIO, Juliana Vieira; GERMANO, Idilva Maria Pires. “Tudo é sempre de muito!”: produção de saúde entre travestis e transexuais. Rev. Estud. Fem., Florianópolis , v. 25, n. 2, p. 453-472, Aug. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000200453&lng=en&nrm=iso>. access on 13 July 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p453>.

SILVA, Bruno de Brito; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Apoio e suporte social na identidade social de travestis, transexuais e transgêneros. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 2, p. 27-44, dez. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702014000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jul. 2018.

SOUZA DE, A. H.; HESPANHOL B. M. Transexualidade: as consequências do preconceito escolar para a vida profissional. **Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades**, 2014, v. 8, n. 11, 11.

DIFICULDADES NO SANEAMENTO BÁSICO EM CIDADES DESENVOLVIDAS SOBRE ÁREAS DE VÁRZEAS: ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE AFUÁ - PA

Ana Patrícia Dias da Cunha Nepomuceno

Universidade Brasil, mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais. Macapá AP

Luiz Sergio Vanzela

Universidade Brasil, professor Titular do Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais. Fernandópolis- SP.

Joésio Rodrigues da Silva

Diretor da Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde Municipal. Afuá – PA

RESUMO: A região Norte do Brasil possui a maior abundância hídrica do País, no entanto apresenta graves problemas relacionados ao saneamento básico, resultando em impactos ao meio ambiente e a saúde pública. Desta forma, avaliou-se a relação entre as condições de saneamento básico e a ocorrência de diarreia em crianças de 0 até 11 anos no município de Afuá/PA. Realizou-se o levantamento de variáveis intrínsecas ao saneamento básico como: qualidade de água para consumo humano, sistema de abastecimento de água e as condições do esgotamento sanitário nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia. Concluiu-se que a qualidade da água é imprópria para o consumo humano, com necessidade de implantação emergencial de um sistema padronizado e adequado

para o tratamento e distribuição de água na área urbana. O maior percentual de crianças diagnosticadas com diarreia se correlacionou com o seguinte perfil de saneamento: fonte de água originada das estações públicas de tratamento e dos Igarapés, o transporte de água por tubulações do sistema público, água tratada quimicamente e residências com disposição de esgotos em fossas rudimentares. Em função dos graves problemas observados, recomenda-se de forma emergencial que os sistemas de tratamento e distribuição de água sejam modernizados e que seja construído um sistema de coleta e tratamento de esgotos com tecnologia adaptada para regiões de igarapés e sujeitas a inundações.

PALAVRAS-CHAVE: Saneamento básico, Recursos hídricos municipais, Doenças de veiculação hídrica.

ABSTRACT: The North region of Brazil has the highest abundance of water Country, however presents serious problems related to basic sanitation, resulting in significant impacts to the environment and public health. Therefore, in this work, it was evaluated the relationship between the basic sanitation conditions and the occurrence of diarrhea in children from 0 to 11 years old in the municipality of Afuá/PA. Was conducted surveys of variables intrinsic to the sanitation as: the quality of water intended for

human consumption, water supply system and sanitation conditions in the homes of the children diagnosed with diarrhea. It was concluded that the quality of water is unfit for human consumption, with need for emergency deployment of a standard system and suitable for the treatment and distribution in urban area. The highest percentage of children diagnosed with diarrhea, correlated with the following profile sanitation: water source originates from public treatment stations and Streams (Igarapés); water transport is conducted by public system pipes; the water is chemically treated and the sewers of the residences are placed in rudimentary cesspools. As a result of serious problems observed, it is recommended that emergency treatment systems and waterworks are modernized, with technology adapted to streams (igarapés) and regions prone to floods.

KEYWORDS: Basic Sanitation, Municipal Water Resources, water borne diseases.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de dimensões continentais, sendo abrangido por diferentes latitudes que ocasionam diferentes intensidades de insolação no decorrer do ano. Isso contribui para os diferentes climas brasileiros, que associados a geologia e relevos diferenciados, resultam em uma grande variedade de solos (IBGE, 2013). Esta vasta variação edafoclimática permitiu o desenvolvimento de uma grande diversidade de biomas e fisionomias vegetais (Figura 1).

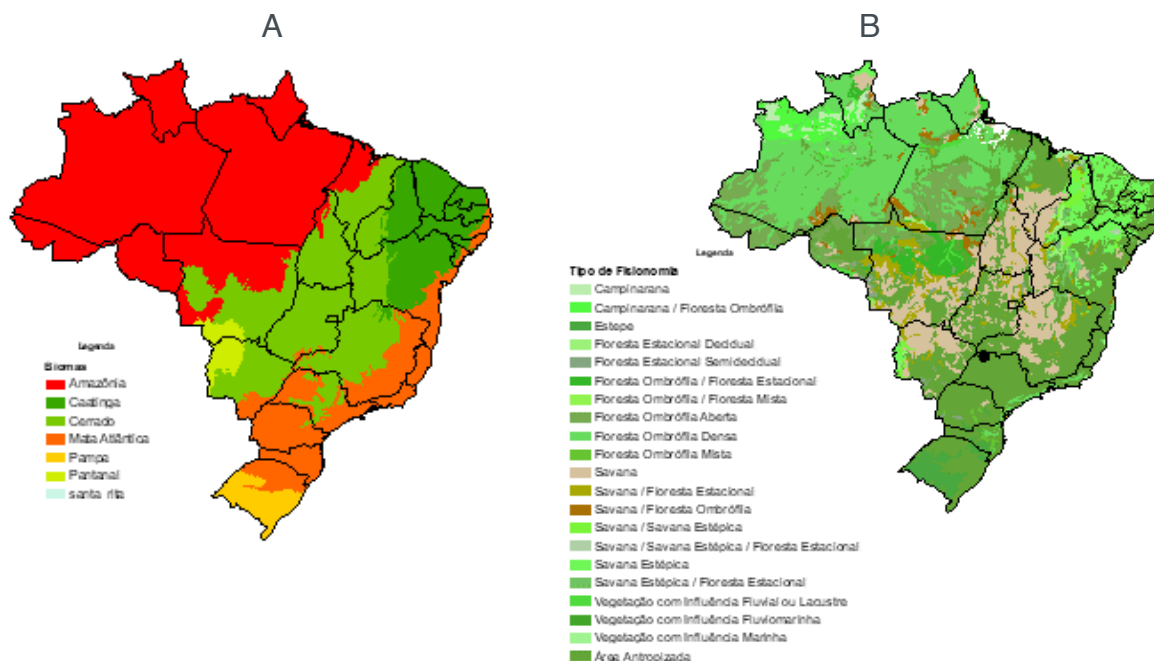


Figura 1. Biomas (a) e tipos de fisionomias vegetais (b) do Brasil (editado de IBGE, 2013).

Nesta grande diversidade natural brasileira, o desenvolvimento econômico proporcionou a evolução demográfica, que se moldou em função das diferentes formas de exploração dos recursos naturais. Algumas regiões se desenvolveram baseadas na agropecuária, enquanto outras na mineração e indústria.

Porém, em algumas regiões circundadas pelos grandes rios, a urbanização evoluiu em função da exploração da pesca e do turismo. Vários exemplos dessa interação podem ser encontrados na bacia hidrográfica amazônica, onde a pesca e o turismo em muitos municípios, representam a principal fonte de renda das famílias. Nestes municípios ribeirinhos, geralmente uma parte ou toda a área urbanizada se encontra sobre as margens dos cursos d'água, seja em tablados flutuantes sobre os rios ou em palafitas construídas nas áreas rasas ou sobre as várzeas.

A interação urbana com estes ambientes se torna problemática na medida em que não há saneamento básico (abastecimento de água tratada e gestão de resíduos sólidos e líquidos) ou, mesmo quando existe, as tecnologias empregadas não são preparadas para este tipo de ambiente. Esta combinação resulta em graves problemas de saúde pública na população considerando que, na maioria dos casos, ocorre contaminação da água de consumo humano pelas águas do esgotamento sanitário.

Neste contexto, será apresentado um estudo realizado no município de Afuá –PA, que evidencia a problemática da integração entre urbanização e as áreas de várzeas e a emergencial necessidade de investimento em inovações tecnológicas de saneamento adaptadas a essas situações. O objetivo da pesquisa foi avaliar a relação entre as condições do sistema de saneamento e os casos de diarreia por veiculação hídrica nas crianças do município de Afuá - PA.

2 | MUNICÍPIO DE AFUÁ

Historicamente Afuá surgiu em meados de 1845, quando Dona Micaela Arcanja Ferreira, que se estabeleceu ali ocupando uma posse de terras, a que denominou Santo Antônio. Sua área total é de 8.372,795 km² com vegetação costeira, típica da região do delta do rio Amazonas, com predominância de várzeas e igapós (HISTÓRIA DE AFUÁ, 2018).

O Município faz parte do chamado Furo de Breves, Microrregião formada de 5 municípios, que compõe uma das 6 mesorregiões da Ilha do Marajó, que no total é formado por 16 municípios do Pará.

Considerada como cidade ribeirinha e denominada de “Veneza Marajoara”, por ‘ser levantada’ sobre as águas em o terreno de várzea, criando uma obra em palafitas. Devido suas características típicas do bioma Amazônico é proibido a circulação de automóveis na cidade, sendo as estruturas das ruas constituídas de pontes de concreto e madeira.

A Estação de Tratamento de Água (ETA) é operada pela Companhia de Saneamento do Pará – COSANPA desde 1992, quando foi instalada em Afuá. A captação é realizada superficialmente no rio Cajuúna, local de trânsito intenso de embarcações.

Por estar assentada em área de várzea, a estrutura da cidade não permite a

implantação de esgotamento sanitário. Retomando o que discorre Dias e Silva (2001), sobre Afuá e suas condições de dificuldades estruturais, como a gestão dos resíduos líquidos ou efluentes, que atualmente são lançados diretamente na várzea e ou nos rios que a circundam.

Conseqüentemente, as estatísticas sobre as doenças de veiculação hídrica são graves, exigindo significativos investimentos em saúde pública. Na cidade de Afuá a única Unidade Mista de Saúde atende diariamente uma demanda considerável de pacientes acometidos por doenças diarreicas agudas, conforme o levantamento estatístico realizado por esta Vigilância Sanitária (Tabela 1).

Ano	Faixa Etária								Total	
	< 1	%	1 a 4	%	5 a 9	%	10+	%	Total	%
2009	169	23,6	394	23,6	113	18,7	214	20,2	890	21,8
2010	99	13,9	356	20,2	110	18,2	272	25,8	837	20,4
2011	139	19,5	309	18,1	134	22,2	165	15,6	760	18,5
2012	136	19,1	227	13,2	95	16,3	156	14,7	614	14,9
2013	171	23,9	428	24,9	148	24,6	251	23,7	998	24,4
Total	714	100	1714	100	604	100	1058	100	4099	100

Tabela 1. Casos de doenças diarreia aguda no município de Afuá, entre 2009 e 2013, por idade.

Fonte: Secretaria de Vigilância e Saúde (2013).

3 I RELAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DO SISTEMA DE SANEAMENTO E OS CASOS DE DIARREIA POR VEICULAÇÃO HÍDRICA NAS CRIANÇAS

3.1 Localização e características socioeconômicas

O trabalho foi conduzido no ano de 2016 na área urbana no município de Afuá, que está localizada na região Nordeste do Pará, entre latitudes 00°09'11,27" e 00°09'49,89" Sul e longitudes 50°22'48,15" e 50°23'41,08" Oeste (Figura 2).

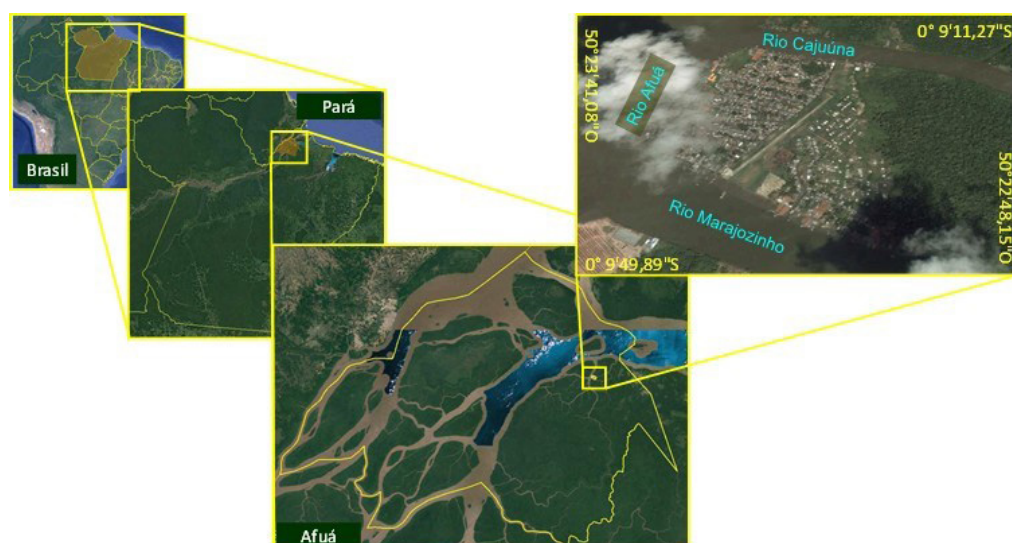


Figura 2. Localização do município de Afuá - PA.

O Estado do Pará é dividido em seis mesorregiões: Baixo Amazonas; Marajó; Metropolitana de Belém; Nordeste Paraense; Sudeste Paraense e Sudoeste Paraense. Nosso estudo concentra-se na mesorregião do Marajó e especificamente no Município de Afuá.

Segundo a Secretaria de Saúde do Município de Afuá (2018-2021), do período de janeiro à dezembro de 2016, sua população está estimada em 37.778 mil habitantes. O Município faz fronteira ao Norte com o Estado do Amapá e Município de Chaves; a Leste pelo Município de Chaves; ao Sul pelos Municípios de Anajás e Breves e a Oeste pelo Estado do Amapá e Município de Gurupá.

O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do município de Afuá é de 0,489 considerando baixo em comparação à média dos municípios brasileiros, dados obtidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ATLAS BRASIL, 2010).

No aspecto econômico, o município apresenta-se com concentração expressiva no setor primário e secundário da economia, no extrativismo vegetal com exploração do palmito, açaí e madeira. Com a exploração do palmito a preocupação está na ausência de sistematização controlada e ordenada que possibilite melhor controle ambiental. Com a exploração do açaí a importância para a economia do município ocorre pelo pouco cuidado com projetos de manejo no intuito de manter uma produção estável. Além disso, o setor madeireiro também se enquadra no preocupante manejo florestal frágil e de crescente produção (PLANO MUNICIPAL DE GESTÃO INTEGRADA RESÍDUOS SÓLIDOS, 2015).

3.2 Variáveis analisadas

Para avaliar a relação entre as características do sistema de saneamento da água e a ocorrência de doenças de veiculação hídrica em crianças de até 11 anos, realizou-se o levantamento de variáveis intrínsecas a dois fatores: (1) qualidade da água de abastecimento público do município no ano de 2016 e (2) condições do sistema de saneamento da água nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia em 2016.

3.3 Qualidade da água do abastecimento público

Para avaliar a qualidade da água do abastecimento público, as variáveis foram analisadas de forma temporal, com amostragens aleatórias entre os meses de fevereiro a outubro de 2016, e de forma espacial, em duas regiões da área urbana da cidade definidas de acordo com o divisor de águas entre os Rios Cajuúna (Zona Norte) e Marajozinho (Zona Sul) (Figura 3).

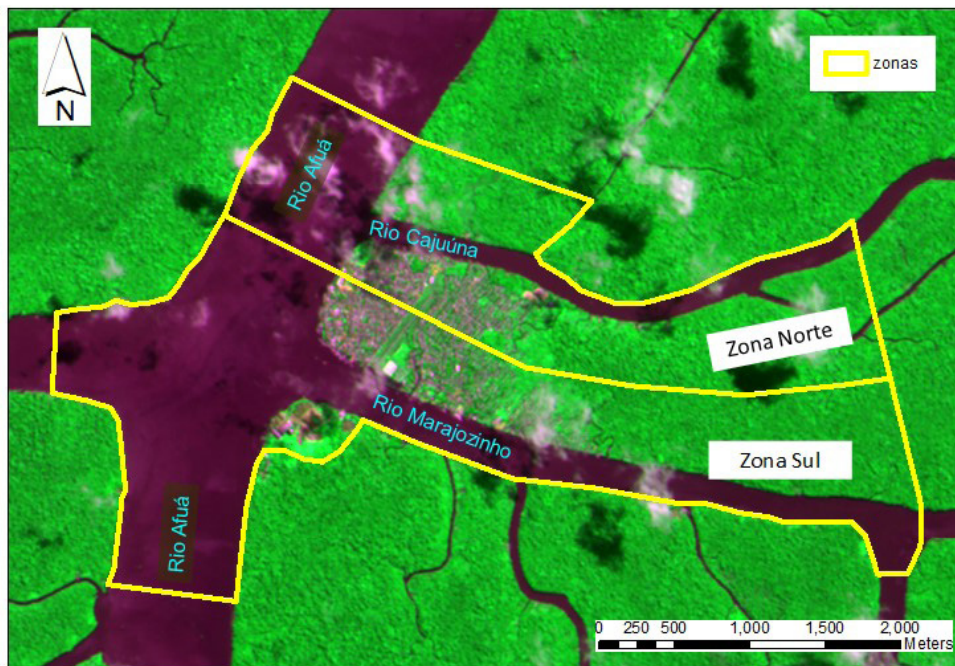


Figura 3. Localização das zonas urbanas definidas de acordo com a hidrografia da área urbana de Afuá - PA.

As amostras de água foram realizadas pela equipe da Vigilância Sanitária e consistiu em total de 70 amostras coletadas em torneiras e reservatórios de prédios públicos, sendo 35 na zona norte e 35 na zona sul. As amostras foram encaminhadas para o Laboratório Central de Saúde Pública do Pará – LACEN/PA, onde foram analisadas as variáveis indicadas na Tabela 1. A classificação da água teve seus resultados referenciados na portaria n. 2914/2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade (Tabela 2).

Variável	Valor máximo permitido
Turbidez	Máximo de 0,5 uT em filtração rápida (tratamento completo ou filtração direta) e máximo de 1,0 uT em filtração lenta, para 95% das amostras
Cloro residual livre	Mínimo de 0,2 e máximo de 5,0 mg L ⁻¹
<i>Escherichia coli</i>	Ausência em 100 mL em águas para consumo humano

Tabela 2. Padrões para classificação da qualidade de água para consumo humano no Brasil (BRASIL, 2011).

As análises foram realizadas conforme os métodos Nefelométrico para turbidez, colorimétrico para cloro total residual e substrato cromogênico/enzimático para *Escherichia coli*.

3.4 Condições de saneamento da água

As condições do sistema de saneamento da água nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia foram realizadas considerando quatro fatores: (1) Origem da água consumida; (2) Métodos de coleta ou distribuição da água, (3) Métodos de tratamento da água para consumo e (4) Métodos de disposição dos esgotos.

Para isso, realizou-se o levantamento do número de crianças de até 11 anos diagnosticadas com diarreia e os respectivos endereços das residências. Isso foi realizado por meio de acesso ao banco de dados da Unidade Mista de Saúde de Afuá, devidamente autorizado pela Secretaria de Saúde do Município e pela Coordenação da Vigilância Sanitária do Município de Afuá - PA.

Os dados acessados na Unidade Mista de Saúde foram separados por mês, de fevereiro a outubro de 2016. De posse dos endereços das crianças, realizou-se visitas técnicas nas residências juntamente com a equipe da Vigilância Sanitária do Município e com os Agentes Comunitários de Saúde. Na ocasião das visitas foram obtidas as seguintes informações: aquisição de coordenadas geográficas por GPS, origem da água consumida, a forma de coleta ou transporte da água consumida, a forma de tratamento da água consumida, como ocorre sua disposição e o tratamento dos esgotos. De um total de 320 residências, somente 197 endereços foram encontrados, ou seja, 62% de endereços visitados.

As informações sobre os sistemas de saneamento da água foram extraídas das residências das crianças por meio de observação visual e do preenchimento de planilhas de campo. Após as visitas de campo, realizou-se a tabulação dos dados em planilha eletrônica, sendo possível definir as variáveis sobre as condições de saneamento nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia conforme Tabela 3.

Sistema de saneamento de água avaliado	Parâmetro avaliado	Condição observada
4.1. Abastecimento e tratamento de água	i. Origem da água	a. ETA – Município b. ETA – COSAMPA c. Igarapé d. Poço e. Rio
	ii. Método de coleta ou transporte da água	a. Tubulação b. Manual por balde c. Caixa de coleta
	iii. Método de tratamento da água	a. Consumo direto b. Químico c. Filtração d. Filtração + químico e. Água mineral
4.2. Disposição do esgoto	i. Método de disposição do esgoto	a. Fossa rudimentar b. Lança no rio

Tabela 3. Variáveis que definem as condições de saneamento da água nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia.

Observações necessárias: ETA – Municipal: a água é originada da ETA de responsabilidade do município, ambas do Bairro Capim Marinho, em que a coleta ocorre tanto pelo Rio Cajuuna, como pelo Rio Marajozinho.

ETA – COSAMPA: a água é originada do Sistema da Companhia de Saneamento do Pará – COSAMPA. Neste sistema a água é coletada pelo Rio Cajuuna.

Igarapé: a água é originada dos igarapés (Estreito ou pequeno canal natural entre duas ilhas, ou entre uma ilha e a terra firme, que só dá passagem a embarcações pequenas– segundo Dicionário Online de Português, 2017).

Poço: água é originada de poços com profundidade variando de 2 a 3 m, localizados apenas no bairro Capim Marinho e utilizados pela comunidade daquele local em período de verão.

Rio: a água é originada dos rios Cajuuna e Marajozinho, e não passam pelos sistemas de ETA municipais e COSAMPA.

Tubulação: água é transportada da fonte para a residência por meio de tubulações.

Manual por balde: a captação e transporte da fonte para as residências são realizadas por meio de pequenos baldes transportados em carrinhos de mão ou em bicicletas.

Caixa de coleta: caixas que são colocadas próximo aos igarapés que ficam no Bairro Capim Marinho. O funcionamento dessa coleta ocorre também por mangueiras que são fixadas no igarapé e estendem-se até as caixas d'água. Em período sazonal de chuva na região as caixas também são utilizadas para coleta de água da chuva, mas não há ainda uma sistematização por parte da equipe de infraestrutura da Prefeitura, nem tão pouco por parte da população.

Sem tratamento: água é consumida da fonte de forma bruta, ou seja, sem nenhum tipo de tratamento.

Químico: o consumo da água é realizado após o tratamento com adição de sulfato de alumínio para decantação dos resíduos de barro e hipoclorito de cálcio para eliminar bactérias presentes na água.

Filtração: a água é tratada por meio de filtro industrial em algumas residências do bairro Centro e do bairro Capim Marinho, as famílias utilizam filtro de pedra ou ainda os filtros cerâmicos.

Filtração + químico: combinação de tratamento químico e filtragem, antes do consumo da água.

Água mineral: a água consumida é de origem mineral e é adquirida de fora do município.

Fossa rudimentar: dispõe os dejetos da residência em foças rudimentares construídas pelos próprios moradores

Lança no rio: os esgotos são lançados diretamente nos rios e igarapés por meio de sanitários construídos as margens dos mesmos.

3.5 Análises estatísticas

Depois de obtidos e tabulados os dados de qualidade de água, realizou-se a comparação de médias entre os meses (de fevereiro a outubro de 2016) e entre as zonas de coleta (norte e sul). Por se tratarem de variáveis aleatórias quantitativas contínuas, a diferença entre as médias foi realizada pelo teste “t” de Student ao nível de 5% de significância, para amostras independentes. Somente para a variável E. coli, a comparação foi por meio de intervalo de confiança de 95%.

Para avaliar se as condições de saneamento nas residências estavam associadas aos casos de crianças diagnosticadas com diarreia, utilizou-se o teste do qui-quadrado ao nível de 5% de significância. Também se determinou o Coeficiente de Contingência (C^*) para verificar a intensidade da associação, em que quanto mais próximo de $C^* = 1$, mais intensa é a associação entre as variáveis avaliadas.

3.6 Resultados e Discussão

3.6.1 Qualidade de água do abastecimento

Observa-se que na zona norte da cidade ocorreu maior turbidez média na água de abastecimento (39,7 uT), sendo 114% superior ao da zona sul (18,6 uT) ao nível de 5% de significância (Figura 4a).

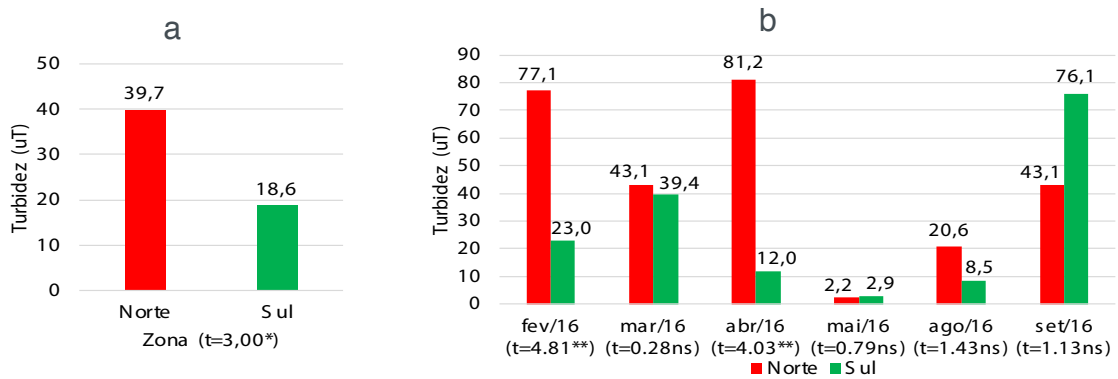


Figura 4. Comparação entre as médias de turbidez da água de abastecimento, entre as zonas norte e sul no município de Afuá – PA no geral em cada período avaliado.

ns – não significativo; *significativo ao nível de 5%; **significativo ao nível de 1%.

Durante o ano de 2016 (Figura 4b) observou-se que somente nos meses de fevereiro e abril, as médias das amostras apresentaram diferenças significativas ($p < 0,05$), onde a turbidez foi superior na zona norte. Em fevereiro (77,1 uT) e abril (81,2 uT) de 2016, a turbidez média na zona norte foram 236 e 578% superior que na zona sul.

Em todas as amostras coletadas, entre os meses de fevereiro e setembro de 2016, a turbidez média se manteve acima de 1 uT, classificando assim essa água imprópria para consumo humano de acordo com Brasil (2011).

Segundo Ministério da Saúde (2006), em seu documento intitulado Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano, os Sistemas de Abastecimento de Água - SAA são obras de engenharia que visam garantir conforto às populações uma infraestrutura adequada que garantam minimizar os riscos à saúde. Para tanto, é essencial que construam de modo cuidadoso todas as fases do processo, desde o seu planejamento, implantação, concepção até a manutenção dos SAA estejam adequados às realidades locais de cada região. Logo, o manancial de onde o sistema irá captar água “deve estarem livres de contaminantes naturais e, protegidos contra a contaminação de natureza química ou biológica provocada pelas mais diversas atividades antrópicas, esse padrão deve ser priorizado”.

Nas visitas in loco foi observado que a captação da água é realizada de modo superficial no Rio Cajuuna, pois existe intenso fluxo de embarcações que despejam dejetos e restos de alimentos, além do fluxo de pedestre circulando nas ruas de palafitas, potencializado por casas residências às proximidades do local de captação contribuindo assim em alto potencial contaminador das águas.

A concentração média de cloro residual livre nas amostras foi superior na zona norte do município ($0,58 \text{ mg L}^{-1}$), sendo 151% maior que na zona sul ($0,23 \text{ mg L}^{-1}$) ao nível de 5% de significância (Figura 5a).

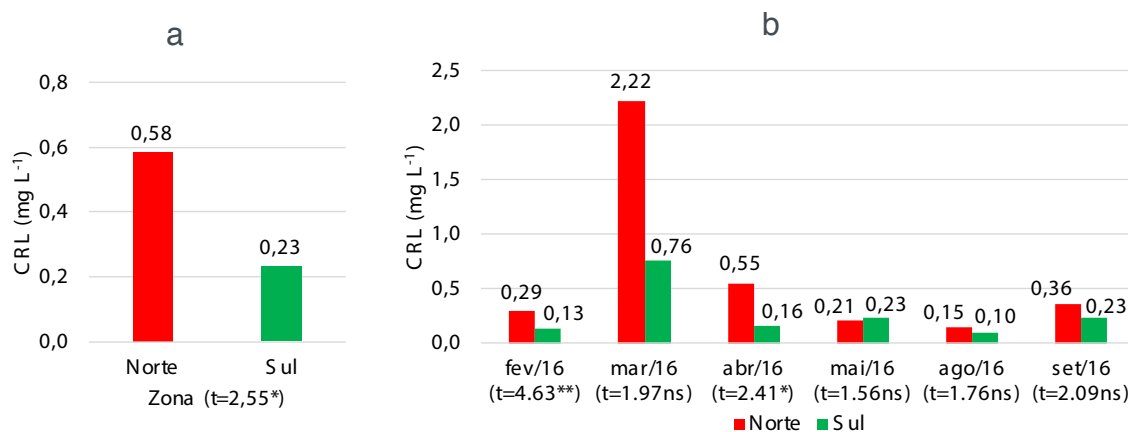


Figura 5. Comparação entre as médias de concentração de cloro residual total (CRT) na água de abastecimento, entre as zonas norte e sul no município de Afuá – PA no geral (a) e ao longo do período avaliado (b).

ns – não significativo; *significativo ao nível de 5%; **significativo ao nível de 1%.

Embora na maioria dos meses a concentração média de cloro residual livre tenha sido superior na zona norte (Figura 5b), somente nos meses de fevereiro e abril essas diferenças foram significativas. Mas independente da zona e períodos avaliados, observou-se que as médias estão dentro do intervalo preconizado por Brasil (2011).

O excesso de cloro na água, em combinação com substâncias orgânicas, pode levar a formação de trihalometanos, substâncias essas carcinogênicas, que podem culminar com o câncer em diversos órgãos do corpo humano, como já evidenciado em muitos estudos (MEYER, 1994).

Os motivos prováveis que levam a ter excesso de produto (Hipoclorito de Cálcio) nestes locais, em alguns períodos do ano, estão relacionados à atual situação estrutural dos Sistemas de Tratamento de Água, Estadual (operado pela CONSANPA) e Municipal (operado pela Secretaria Municipal de Infraestrutura). Os mesmos não apresentam as mínimas condições de garantir o tratamento da água a fim de enquadrá-la no que preconiza a Portaria 2.914/2011 do Ministério da Saúde que dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade (BRASIL, 2011)

Outro fator que está relacionado é a infraestrutura inadequada, tanto de tratamento da água, quanto de distribuição. Tal situação ocasiona ausência de atendimento a todos os moradores da cidade com água tratada, e favorece a contaminação da rede principal e a interrupção no fornecimento de água nos horários de maior pico de consumo (de 08h às 18h).

É importante considerar ainda que na etapa de cloração/desinfecção que é realizada utilizando o agente de desinfecção (produto hipoclorito de cálcio), que não cumpre os padrões exigidos pela legislação (Portaria 2914/2011 do Ministério da Saúde). Isso se deve pela ausência de equipamentos específicos para dosagem como, recipiente com graduação precisa para adição do hipoclorito de cálcio, sendo o mesmo injetado direto na cisterna sem o processo de homogeneização. Observou-

se que não há rotina de limpeza do recipiente de dosagem do hipoclorito de cálcio; ausência de monitoramento de concentração de dosagem e ausência de bomba dosadora com controle de vazão.

Nas zonas Norte e Sul da cidade foi identificado a presença de *E. coli*, apresentando praticamente os mesmos percentuais de persistência nas amostras de água de consumo humano ($60,0\pm 16,2\%$ e $57,1\pm 16,4\%$) respectivamente. (Figura 6a).

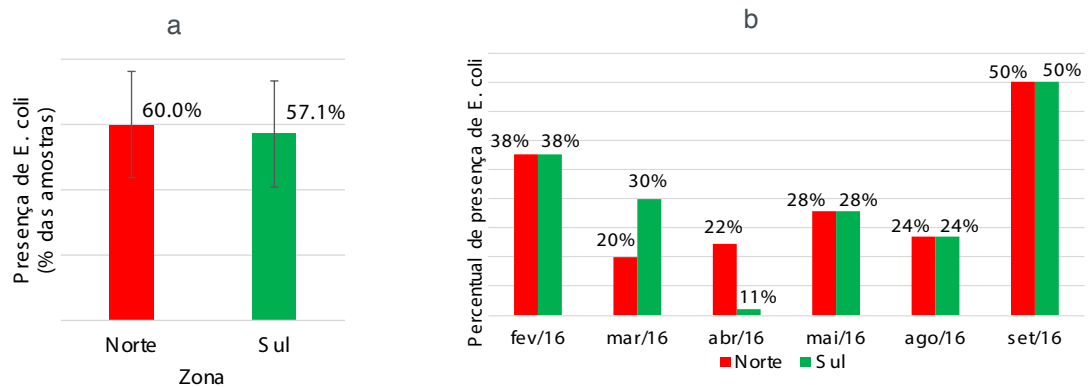


Figura 6. Intervalo de confiança de 95% do percentual de amostras com presença de *E. coli* da água de abastecimento público do município de Afuá – PA em todo período avaliado (a) e por mês avaliado (b).

Na Figura 6b observa-se a presença de *E. coli* em todos os meses avaliados. Os meses com maior percentual de amostras com *E. coli* foram fevereiro (38% das amostras em ambas as zonas) e setembro (50% das amostras em ambas as zonas). Os valores médios obtidos para essa variável nos pontos de abastecimento, demonstra a fragilidade do sistema e como a qualidade da água não atende os padrões mínimos exigidos de potabilidade (BRASIL, 2011).

Tal situação provavelmente porque as ETA's, em seu processo de tratamento e distribuição de água para os moradores da cidade de Afuá, estão operando de modo deficiente, uma vez que existe ausência de critérios técnicos e infraestrutura, está inadequada para tal fim.

Nas visitas *in loco* feitas foi observado que o local de captação de água no rio Cajuuna é preocupante. Verificou-se um intenso trânsito de embarcações e constante no rio (local de captação de água), com alto potencial de gerar contaminação, uma vez que o local de captação de água no rio Cajuuna apresenta com o descarte de restos de alimentos e dejetos sanitários, da presença de contaminantes derivados dos combustíveis das bombas flutuantes locais e pelos esgotos sanitários das residências, considerando que não há serviço de coleta e tratamento de esgotos.

No que concerne ao processo de tratamento da água, atualmente o mesmo funciona de modo precário visto que as etapas de floculação, filtração e desinfecção estão ocorrendo de forma ineficiente, em especial quando se trata da adição de coagulantes e floculantes. Além da adição do produto de forma improvisada sem nenhum critério técnico que garanta que os mesmos possam exercer sua função principal de criar os colóides para aglutinar a sujeira em suspensão da água e já

realizar o primeiro “polimento” (clarificação) através da redução de cor e turbidez.

Na sequência a etapa de floculação e filtração, que consiste em etapa de múltiplas barreiras e processo de extrema importância para o tratamento da água, na ETA (COSANPA/PA) de Afuá, essa etapa não está mais ativa, mesmo com a presença física dos tanques, os mesmos estão desativados por falta de manutenção e troca de carga (filtro de areia) Figura 7.



Figura 7. Tanques da Estação de Tratamento de Água - ETA da COSANPA que não estão em funcionamento no município de Afuá.

Outra etapa importante do processo de tratamento de água é a etapa de desinfecção e cloração. Em Afuá a etapa de desinfecção e cloração é realizada utilizando o hipoclorito de cálcio, que é um agente que possui eficiência comprovada para este fim, desde que bem manipulado e com equipamento de dosagem bem dimensionado.

Na visita *in loco* na ETA da COSANPA/PA em Afuá observou-se que há funcionamento precário do processo, pois o recipiente de graduação para adição do hipoclorito de cálcio não existe; o produto é injetado direto na cisterna sem o processo de homogeneização; não há rotina de limpeza do recipiente de dosagem do hipoclorito de cálcio; ausência de monitoramento de concentração de dosagem e ausência de bomba dosadora com controle de vazão.

O agente de desinfecção utilizado pelo Sistema de Abastecimento de Água da COSANPA/PA, na cidade de Afuá é o Hipoclorito de cálcio e este é adquirido pelo Governo do Estado do Pará em forma de pastilha. A utilização do Hipoclorito de cálcio em forma de pastilha necessita de um controle de vazão importante, uma vez que precisa de tempo para dissolução do produto na água e assim ocorra a eficácia do produto.

Entretanto o que foi observado é que na ETA da COSANPA/PA, a bomba de captação de água (Figura 8) é de potência menor do que a bomba de distribuição da água (respectivamente) para as tubulações na cidade. Este fato pode explicar a presença significativa de cloro residual total em algumas áreas da cidade em quantidade acima, do que prevê a Portaria 2914/2011.



Figura 8. Bombas de captação e distribuição de água da ETA da COSANPA.

3.6.2 Condições de saneamento da água

A ocorrência de diarreia nas crianças de Afuá, como observado na Figura 9, apresentou correlação significativa com a fonte de água utilizada para o consumo, sendo o maior percentual originado das ETA's na zona norte e dos igarapés na zona sul.

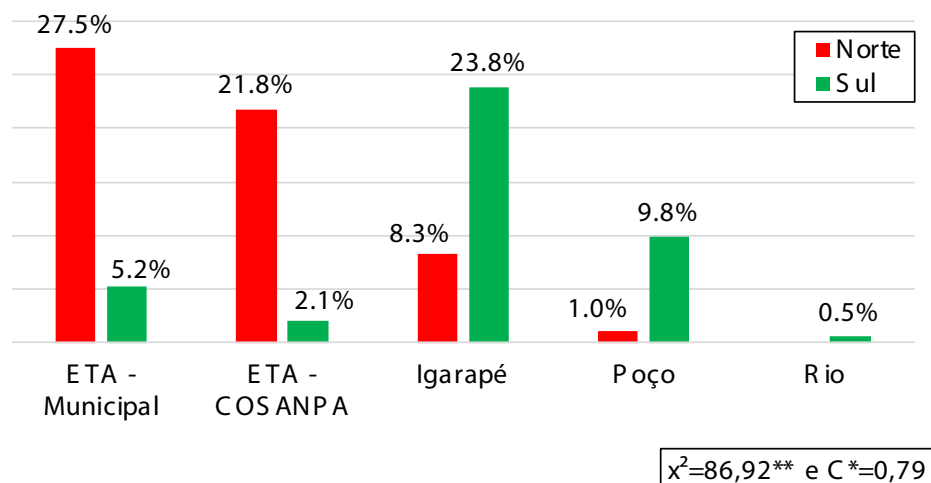


Figura 9. Fonte de água utilizada pelas crianças diagnosticadas com diarreia nas zonas norte e sul do município de Afuá – PA, sendo qui-quadrado (χ^2), significativo ao nível de 1% (**) e coeficiente de contingência (C^*).

Pode-se verificar que a maior parte das crianças que tiveram doenças diarreicas agudas na região norte (49,2% do total do município), está associada significativamente com a fonte de água originada das ETA's Municipais e da COSANPA. Na zona sul apresentou maior associação com as crianças que se abastecem de água dos Igarapés (23,8%).

De acordo com as observações feitas *in loco* verificou-se que a maioria das famílias acredita que somente a clarificação da água, ou seja, a decantação do barro pelo uso do sulfato de alumínio é suficiente para consumir. Muitas famílias não realizavam e ainda não realizam o processo de cloração da água dentro das residências, citando que o hipoclorito de sódio, é conhecido como “veneno” ou “medicamento”, e tem a função de provocar a morte de seus filhos, em função da percepção da mudança no

sabor da água.

Outro fato relevante observado é nos na maioria dos reservatórios de água coletada nos igarapés, apresentava lama no fundo, sugerindo a presença de bactérias causadoras de doenças.

Com relação ao método de coleta e transporte de água para as residências, observou-se correlação significativa do maior percentual de crianças com diarreia associadas ao modo e condições de transporte da água por tubulação em condições precárias, sendo 52,8% na zona norte e 25,9% na zona sul (Figura 10).

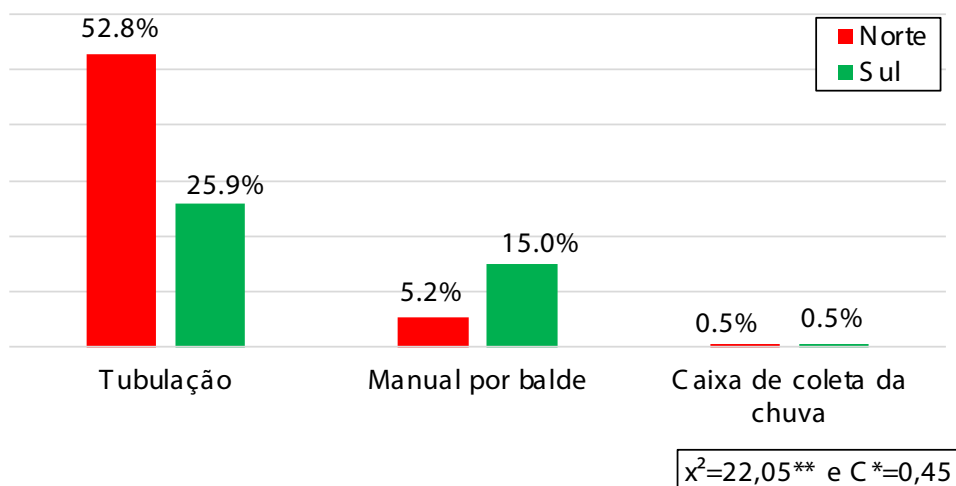


Figura 10. Método de coleta e transporte de água utilizada pelas crianças diagnosticadas com diarreia nas zonas norte e sul do município de Afuá – PA, sendo qui-quadrado (χ^2), significativo ao nível de 1% (**) e coeficiente de contingência (C^*).

Este resultado pode estar relacionado a idade das tubulações do sistema de distribuição de água, da falta de manutenção da rede e por estar submersa na várzea, em situação sanitária propícia para a contaminação, uma vez que pode haver comunicação da água da tubulação com ao ambiente externo (Figura 11).



Figura 11. Alguns locais onde se encontram a rede de distribuição de água do município de Afuá – PA.

Com relação ao método de tratamento de água, a maior correlação foi obtida com o consumo direto sem nenhum tipo de tratamento na zona norte (27,1%) e com o tratamento químico nas zonas norte (25,5%) e sul (38,0%) (Figura 12).

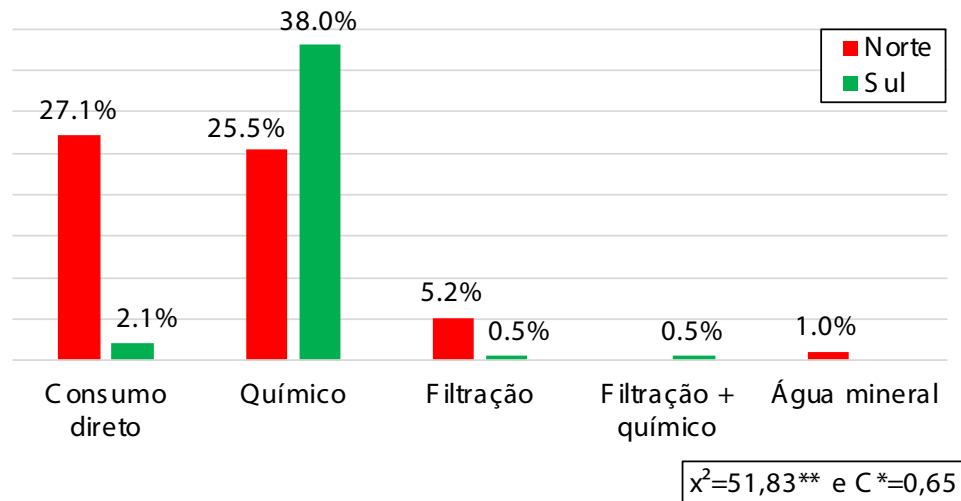


Figura 12. Método de tratamento de água utilizada pelas crianças diagnosticadas com diarreia nas zonas norte e sul do município de Afuá – PA, sendo qui-quadrado (χ^2), significativo ao nível de 1% (**) e coeficiente de contingência (C^*).

Como a principal origem da água de tratamento químico vem das ETA's é provável, diante dos problemas já citados anteriormente, que o método de tratamento de água não seja efetivo no que preconiza a Portaria 2914/2011 (BRASIL, 2011). Este fato associado à questão da distribuição por tubulação deficiente e sem manutenção, corrobora tais resultados.

O maior percentual de crianças que foram diagnosticadas com diarreia está associado ao uso de fossa rudimentar na zona norte (41,2%) e o lançamento no rio na zona sul (25,8%) (Figura 13).

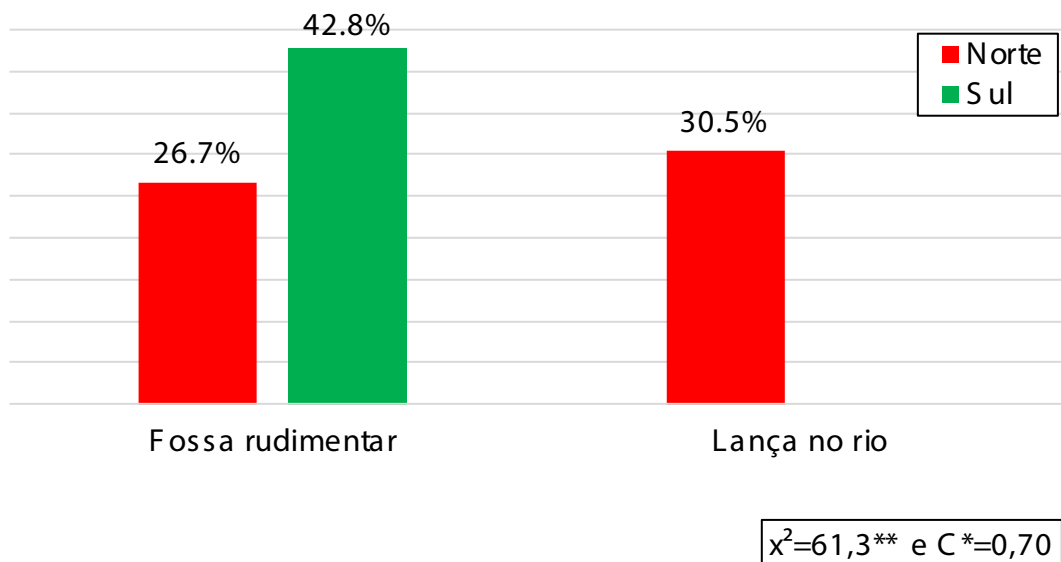


Figura 13. Método de disposição de esgotos utilizada nas residências das crianças diagnosticadas com diarreia nas zonas norte e sul do município de Afuá – PA, sendo qui-quadrado (χ^2), significativo ao nível de 1% (**) e coeficiente de contingência (C^*).

O município de Afuá, em sua sede, não apresenta rede de esgotamento sanitário, sendo que a principal alternativa é lançamento nos rios e igarapés, os quais são utilizados pela própria população para o abastecimento de água. A partir de

informações do SNIS (2016), em 80% das residências da área urbana, os moradores constroem as próprias fossas rudimentares, as quais não possuem tratamento dos resíduos sanitários gerados, e 20% despejam em valas a céu aberto, conhecidas popularmente como sanitário em madeira “cintina”.

A correlação significativa das condições de disposição dos esgotos com a ocorrência de diarreia nas crianças, demonstra que, mesmo os métodos mais rudimentares adotados pela população, não tem efetividade no ambiente da várzea.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidade ribeirinha de Afuá é cercada pelos rios Afuá, Marajozinho e Cajuuna, em que o movimento da maré é o elemento definidor da paisagem da região, onde se destacam as várzeas e os igapós. Estes ambientes são imprescindíveis para o sustento das famílias pela pesca, além de importante meio para navegação comercial da comunidade local.

Nestas áreas, a variação diária do nível da maré pode ultrapassar os 3 metros. A hidrografia regional tem importância vital para a economia da região, devido aos aspectos como único meio de transporte e comunicação entre a maioria das cidades e vilas do Marajó, além do seu potencial pesqueiro (Relatório Analítico do Território do Marajó, 2016).

Portanto é de suma importância que as cidades que se desenvolvem nestes ambientes sejam planejadas de forma a se adaptar a estas condições adversas, com investimento em inovações tecnológicas que integre harmonicamente o saneamento básico (abastecimento de água e coleta e tratamento de esgotos) com os recursos naturais (manutenção da qualidade de água para a vida aquática e consumo humano).

REFERÊNCIAS

Agencia Nacional de Água – **ANA**. Disponível em <http://www3.ana.gov.br/portal/ANA/panorama-dasalidade-da-agua>. Acesso em 27dez2017.

Atlas Brasil, abastecimento urbano de água: resultados por estado / Agência Nacional de Águas; Engecorps / Cobrape. — Brasília, 2010. Disponível em <http://arquivos.ana.gov.br/imprensa/publicacdf>. Acesso em 24 out 2018.

BRASIL, 2011. PORTARIA Nº- 2.914, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_conf. Acesso em jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. Grupo Executivo Interministerial. Plano de Desenvolvimento Territorial Sustentável para o Arquipélago do Marajó: resumo executivo da versão

preliminar para discussão nas consultas públicas / Governo Federal, Grupo Executivo Interministerial. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <https://www.seplan.pa.gov.br/sites/def> Acesso em 31ago2018.

DIAS, M. B.; SILVA, M. J. B. da. **AFUÁ: VENEZA MARAJOARA, PARÁ-BRASIL**. Volume 2, Nº 47E de 2001 da Revista Geográfica de América Central : XVIII Encontro de Geógrafos de América Latina (versão eletrônica). Disponível em <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2221> Acesso em 28fev. 2018.

História de Afuá. Disponível em Acesso em 07 fev.2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Município de Afuá 2010. Disponível em <https://ca> Acesso em 30 ago. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Município de Afuá 2013. Disponível em <https://ca> Acesso em 14 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Município de Afuá 2018. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/afua/panorama> Acesso em 31ago2018.

MEYER, Sheila T.. **O uso de cloro na desinfecção de águas, a formação de trihalometanos e os riscos potenciais à saúde pública**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1994, vol.10, n.1, pp.99-110. ISSN 0102-311X. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000100011&script=s> Acesso em 06 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Análise de indicadores relacionados à água para consumo humano e doenças de veiculação hídrica no Brasil, ano 2013**, utilizando a metodologia da matriz de indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/imes/pdf/2015/marco/12/analise-indicadores-agua-10mar15-web.pdf> Acesso em 28fev2018.

Plano Municipal de Saúde de Afuá / Gestão 2018-2021. Prefeitura Municipal de Afuá. Secretaria Municipal de Saúde de Afuá.

Plano Municipal de Gestão Integrada de Resíduos Sólidos, 2015. Disponível em <http://mma.gov.br/cidades-sustentaveis/residuos-solidos/instrumentos-da-politica-de-residuos/planos-municipais> Acesso em 23 mar. 2017.

Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde do Município de Afuá do período de janeiro à dezembro de 2016.

Relatório Analítico do Território do Marajó. Disponível em sit.mda.gov.br/download/ra/ra129.pdf Acesso em 12 jun. 2016.

Relatório de vistoria técnica 335/2018, elaborado pelo engenheiro químico do Grupo de Apoio Técnico Interdisciplinar – GATI do Ministério Público do Pará, disponibilizado à promotoria de Justiça do município de Afuá.

SANTO, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. - (Coleção Milton Santos; 1). Disponível em http://files.leadit-ufal.webnode.com.br/200000026-4d5134e4ca/Milton_Santos_A_Natureza_do_Esp Acesso em 19 fev. 2018.

SNIS - **Sistema Nacional de Informação de Saneamento**, 2016. Disponível em <http://www.snis.gov.br/> Acesso em 31 de ago. 2017.

ERROS DE PRESCRIÇÃO: UM PROBLEMA DE SAÚDE

Álef Lamark Alves Bezerra

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo/PB
lamark@gmail.com

Ednan Cardoso de Sousa

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras/PB

Gabriel Mendonça Diniz Lima

Faculdade de Medicina Nova Esperança
João Pessoa/PB

David Henrique Vieira Vilaca

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras/PB

Ricardo Montenegro Nóbrega De Pontes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo/PB

Maria Cristina Rolim Baggio

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
Cabedelo/PB

RESUMO: Esse trabalho tem por objetivo ressaltar os erros mais citados na literatura que ocorrem em prescrições médicas. Estudo do tipo Revisão de Literatura sobre eventos adversos medicamentosos, através da revisão de artigos científicos e textos obtidos em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – Medline, Scielo, Lilacs – PubMed e Redalyc e também livros. Os descritores pesquisados foram: Erros

de Medicação (Medication Errors); Preparações Farmacêuticas (Pharmaceutical Preparations). Utilizamos como critério de inclusão: artigos publicados em inglês ou português e entre os anos de 2009 e 2014 concernentes ao tema. A literatura revisada evidenciou algumas situações que podem levar a cometer erros de prescrições; deslizamentos, lapsos de memória, comunicação inadequada, mal planejamento, pressão, inexperiência, pressa, distração, fadiga, depressão, falta de conhecimento, interrupções e fatores ambientais. Foram encontrados na literatura revisada ausência ou erro na Via de Administração, ausência ou erro na dose, ilegibilidade, omissão, erro na data, erro na assinatura, erro na frequência, erro na medicação, presença de rasuras, presença de siglas ou abreviaturas, prescrição incompleta, prescrição com duplicidade, erro na transcrição, alergia indicada sem identificação, prescrição alérgeno, mesma Interação Medicamentosa dos fármacos, diluição ou tempo de infusão errado, medicamentos com Interação Medicamentosa incompatíveis e ordens erradas. A maioria desses erros podem ser evitados, principalmente reduzindo a carga de horária de trabalho dos profissionais. O excesso de trabalho dos profissionais da área da saúde é principal causa desencadeante de eventos adversos. Com ela, o médico cansado fica mais descuidado, podendo, assim, errar

nas prescrições, embora isso não justifique esse erro.

PALAVRAS-CHAVE: Erros de Medicação; Preparações Farmacêuticas; Erros Médicos; Saúde Pública

PRECURSION ERRORS: A HEALTH PROBLEM

ABSTRACT: This paper aims to highlight the most frequently cited errors in the literature that occur in medical prescriptions. Literature review study on drug adverse events, through the review of scientific articles and texts obtained in databases such as Virtual Health Library - Medline, Scielo, Lilacs - PubMed and Redalyc and also books. The descriptors searched were: Erros de Medicação (Medication Errors); Preparações Farmacêuticas (Pharmaceutical Preparations). We used as inclusion criterion: articles published in English or Portuguese and between the years of 2009 and 2014 concerning the theme. The reviewed literature has highlighted some situations that may lead to errors in prescriptions; slips, memory lapses, inadequate communication, poor planning, pressure, inexperience, haste, distraction, fatigue, depression, lack of knowledge, interruptions, and environmental factors. Absence or error in the dosage, illegibility, omission, date error, signature error, frequency error, medication error, presence of erasures, presence of acronyms or abbreviations, prescription incomplete, duplicate prescription, transcription error, allergy indicated without identification, allergen prescription, same Drug Drug Interaction, dilution or wrong infusion time, incompatible Medication Drug Interactions and wrong orders. Most of these mistakes can be avoided, mainly by reducing the workload of the professionals. The overwork of health professionals is the main cause of adverse events. With it, the tired doctor becomes more careless, thus being able to err in the prescriptions, although this does not.

KEYWORDS: Medication Errors; Pharmaceutical Preparations; Medical Errors; Public Health

INTRODUÇÃO

O processo de administrar uma medicação a um paciente necessita de uma equipe multiprofissional, com a participação do médico que prescreve, do farmacêutico que distribui e do enfermeiro que administra o medicamento. Esse sistema complexo pode criar oportunidades de erros e se o erro começa na prescrição todos os outros profissionais estão sujeitos a cometerem erros (SILVA; CARVALHO, 2013).

O erro de prescrição é definido como um erro de redação ou de decisão feito de forma não intencional, que pode reduzir o tratamento, quando comparada as práticas já estabelecidas. (ANACLETO et al, 2010) Os pacientes hospitalizados podem sofrer sérios danos com esses erros (SILVA, 2009; SILVA; CARVALHO, 2013). Alguns fatores individuais como atenção, experiência e também falhas sistêmicas, como problemas relacionados ao ambiente (iluminação, barulho), treinamento e falta de profissionais são algumas causas comuns em erros de prescrição (SILVA, 2009). Os efeitos adversos

aos medicamentos são causados por erros no processo de prescrição (39%), erros no processo de dispensação (11%) e no processo de administração (38%). (OLIVEIRA; MELO, 2011). Os erros de prescrição são muito difíceis de serem quantificados e conhecidos, pois, muitos profissionais tem vergonha de cometer erros e pensam que serão punidos por essas falhas, caracterizando, assim, a subnotificação dessas falhas. Isso prejudica os avanços da saúde quanto o que se diz respeito segurança do paciente (ROSA et al, 2009).

A utilização da informática não é muito comum nas prescrições, ainda é visualizada na prática médica o uso de manuscritos, a adesão ao sistema informacional diminuiria os erros relacionados as prescrição. Além disso, essa prática viabilizaria o trabalho da equipe multiprofissional (BARREIRA et al, 2011). O projeto tem por finalidade ressaltar a importância de uma prescrição precisa, a fim de proporcionar ao paciente um tratamento adequado e, conseqüentemente, a sua efetiva cura. Portanto, uma prescrição equivocada pode fazer com que uma doença seja tratada de forma inadequada (SILVA, 2009).

Esse trabalho tem por objetivo ressaltar os erros mais citados na literatura que ocorrem em prescrições médicas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo Revisão de Literatura sobre os eventos adversos medicamentosos, através da revisão de artigos científicos e textos obtidos em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde – Medline, Scielo, Lilacs – PubMed e Redalyc e também livros. Nas bases de dados foram utilizados títulos de artigos e os Descritores em Ciências da Saúde, da BIREME, disponibilizados no site <<http://decs.bvs.br/>>, os descritores foram pesquisados usando-se o português e o inglês como idiomas: Erros de Medicação (Medication Errors); Preparações Farmacêuticas (Pharmaceutical Preparations). Utilizamos como critério de inclusão de artigos a relação com a prescrição, publicados em inglês ou português e entre os anos de 2009 e 2014. Para efeito de conhecimento do tema como um todo, foram lidas um total de 75 referências, porém citadas e referenciadas apenas as que achamos concernentes ao objetivo.

Ao final da pesquisa, analisados os artigos, livros e textos e formulada as conclusões a partir do levantamento de toda bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita, foi redigido o texto definitivo em Microsoft Word 2013 para Windows 7.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram lidos um total de 15 artigos que abordavam os tipos de erros de prescrição ou as causas que levam a esses erros, sendo que: 6 abordaram as causas que levam a esses erros e 13 abordaram os tipos de erros. A literatura revisada evidenciou algumas

situações que podem levar a cometer erros de prescrições; deslizamentos, lapsos de memória, comunicação inadequada, mal planejamento, pressão, inexperiência, pressa, distração, fadiga, depressão, falta de conhecimento, interrupções e fatores ambientais (MCDOWELL; FERNER; FERNER, 2009) (LIKIC; MAXWELL, 2009) (VELO; MINUZ, 2009) (RYAN et al, 2013) (SCHACHTER, 2009) (ANACLETO et al, 2010) (CALLIGARIS et al, 2009) (GIMENES et al, 2009) (MENDONÇA et al, 2010) (SILVA, 2009) (MIASSO et al, 2009) (MOTA et al, 2009) (TEIXEIRA et al, 2010) (VELO; MINUZ, 2009) (SILVA et al, 2011) (SILVA; CARVALHO, 2012) (ARAÚJO; UCHÔA, 2011) (SENA; BRITO, 2011).

Foram encontrados na literatura revisada ausência ou erro na Via de Administração, ausência ou erro na dose, ilegibilidade, omissão, erro na data, erro na assinatura, erro na frequência, erro na medicação, presença de rasuras, presença de siglas ou abreviaturas, prescrição incompleta, prescrição com duplicidade, erro na transcrição, alergia indicada sem identificação, prescrição alérgeno, mesma Interação Medicamentosa dos fármacos, diluição ou tempo de infusão errado, medicamentos com Interação Medicamentosa incompatíveis e ordens erradas. (SILVA et al, 2011) (SILVA, 2009) (SILVA; CAMARGO, 2013). Um erro na prescrição como por exemplo um erro na ilegibilidade da prescrição pode desencadear erros na administração e comprometer a segurança do paciente (ARAÚJO; UCHÔA, 2011; SILVA, 2012).

Os erros de dose, são um dos que possuem maior incidência na literatura quanto a erros de prescrição, oito artigos relataram-no tipo principal de erro de prescrição. Doses superiores ou inferiores pode prejudicar o tratamento, a segurança e a adesão do paciente, esses erros podem ser causados principalmente por distração, falta de conhecimento e fatores ambientais. (BARREIRA et al,2011) (ANACLETO et al, 2011).

Outro tipo de erro muito comum, são as prescrições incompleta. Mais de 50% das prescrições tem ausência de uma ou mais informações desde o nome do paciente até o tipo de medicamento que será utilizado, aumentando, assim, a probabilidade de ocorrer um evento adverso (SILVA et al, 2011). 18,2% das prescrições eram feitas com a ausência da dose, esse descuido pode ser um fator preponderante para erros na dosagem no momento da administração. (SILVA,2009).

Os erros na Via de Administração também podem ocorrer devido à ilegibilidade na prescrição, sendo citado por oito artigos, prescrições ilegíveis podem levar um alto prejuízo a saúde do paciente. (SILVA et al, 2011). Erros cometidos nas prescrições no serviço de medicamentos potencialmente perigosos em um hospital, 19,3% deles eram decorrentes de ilegibilidade das prescrições, podendo causar danos irreversíveis ao paciente. (ROSA et al, 2009).

A falta de legibilidade pode acarretar uma série de problemas, como a não identificação do prescritor, o que impossibilita a comunicação com ele e o aumento de horas na preparação das doses individuais dos pacientes, pois o auxiliar de farmácia terá que recorrer ao prescritor para saber o que foi prescrito ou ir ao posto de enfermagem para verificar as informações ilegíveis, com o conseqüente atraso na entrega da dose individual para ser administrada ao paciente (CAMARGO SILVA;

REIS; MIASSO; et al., 2011).

O uso de siglas e abreviaturas apesar de serem legíveis podem ser confundidas pelo leitor. Esse tipo de erro foi o mais encontrado nas prescrições a nível hospitalar (96,3%), as presenças desses símbolos podem levar a erros de dosagem como o próprio autor descreve: a abreviação da “unidade” como “U” é muito comum, esse “U” pode ser confundido com “0” quando escrito à mão o que leva ao administrador aumentar a dose em dez vezes (GIMENES et al, 2010).

A presença de rasuras nas prescrições foram observadas em três artigos. Esse erro pode comprometer a leitura das informações presentes na prescrição, prejudicando, assim, a segurança do usuário (BARREIRA, 2011) (GIMENES et al, 2010).

Outro erro questionável é a ausência da via de administração nas prescrições médicas, o que pode interferir nos fatores farmacocinéticos, e, por conseguinte os fatores farmacodinâmicos do fármaco (BARREIRA, 2011). Houve ausência da via de administração em 7,2% das prescrições, como, também, prescrições com via de administração errada ou inadequada 6,4%. A administração em vias erradas ou inadequadas pode interferir no prognóstico do paciente. Foi constatado em pesquisas que cerca de 0,8% das prescrições em que estava contido um tipo de alergia do paciente a determinado tipo de fármaco, foi receitado o fármaco em que o indivíduo era alérgico (SILVA, 2009). Apesar da baixa incidência é importante ressaltar que erros como esse pode levar o paciente a óbito e são intimamente correlacionados a seguranças dos mesmos. Existem outros erros abordados na revisão, que são citados com menos frequência nos artigos, embora também possuam relevância.

Todas as causas de erro na prescrição estão sempre correlacionadas, como por exemplo: fazer uma aplicação de dose em paciente errado pode ser consequência de um erro de falta de identificação do paciente. Cerca de 41% dos pacientes não tem identificação o que pode gerar a troca de medicação principalmente em pacientes que possuem o mesmo nome, quando se falta à identificação do mesmo (ARAÚJO; UCHÔA, 2011).

CONSIDERAÇÃO FINAIS

A maioria desses erros podem ser evitados, principalmente reduzindo a carga de horária de trabalho dos profissionais. O excesso de trabalho dos profissionais da área da saúde é principal causa desencadeante de eventos adversos. Com ela, o médico cansado fica mais descuidado, podendo, assim, errar nas prescrições, embora isso não justifique esse erro. O mesmo também vale para os demais funcionários da saúde, onde a pressão constante, longas jornadas de trabalho, esforço repetitivo podendo desencadear desatenção, também deveriam ser levados em consideração.

REFERÊNCIAS

- ANACLETO, T.A. et al. Erros de medicação. **Pharm Bras**, v. 74, n. 1, p. 1-23, 2010.
- BARREIRA, P.F. et al. Prescrições Medicamentosas: luz ou sombra para o usuário e farmacêutico. **Rev. Bras. Farm**, v. 92, n. 4, p. 340-345, 2011.
- BRITO ARAÚJO, P.T; UCHÔA, S.A.C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1107-1114, 2011.
- CALLIGARIS, L. et al. Errors and omissions in hospital prescriptions: a survey of prescription writing in a hospital. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 9, n. 1, p. 9, 2009.
- CAMARGO SILVA, A.E.B. et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev Latino-Americana de Enferm**, v. 19, n. 2, p. 378-386, 2011.
- GIMENES, F.R.E et al. Patient safety in drug therapy and the influence of the prescription in dose errors. **Rev latino-americana de enferm**, v. 18, n. 6, p. 1055-1061, 2010.
- LIKIC, R.; MAXWELL, S.R.J. Prevention of medication errors: teaching and training. **British journal of clinical pharmacology**, v. 67, n. 6, p. 656-661, 2009.
- MCDOWELL, S.E.; FERNER, H.S.; FERNER, R.E. The pathophysiology of medication errors: how and where they arise. **British journal of clinical pharmacology**, v. 67, n. 6, p. 605-613, 2009.
- MENDONÇA, J. et al. Analysis and detection of dental prescribing errors at primary health care units in Brazil. **Pharmacy world & science**, v. 32, n. 1, p. 30-35, 2010.
- MIASSO, A.I. et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. **Cad de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 313-320, 2009.
- ROSA, M.B. et al. Errors in hospital prescriptions of high-alert medications. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 490-498, 2009.
- RYAN, C. et al. Junior doctors' perceptions of their self-efficacy in prescribing, their prescribing errors and the possible causes of errors. **British journal of clinical pharmacology**, v. 76, n. 6, p. 980-987, 2013.
- SCHACHTER, M. The epidemiology of medication errors: how many, how serious?. **British journal of clinical pharmacology**, v. 67, n. 6, p. 621-623, 2009.
- SILVA, A.M.S. Erros de prescrição médica de pacientes hospitalizados. *Einstein (São Paulo)*, v. 7, n. 3, p. 290-4, 2009.
- SILVA, L.D; CARVALHO, MF. Revisão integrativa da produção científica de enfermeiros acerca de erros com medicamentos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 4, p. 519-525, 2013.
- VELO, G.P.; MINUZ, P.. Medication errors: prescribing faults and prescription errors. **British journal of clinical pharmacology**, v. 67, n. 6, p. 624-628, 2009.

SITUAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FRENTE AS LEIS TRABALHISTAS

Álef Lamark Alves Bezerra

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa/PBrk@gmail.com

Ariel Patrick Alves Bezerra

Faculdade Paraíso do Ceará
Juazeiro do Norte/CE

Ricardo Montenegro Nóbrega de Pontes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba
João Pessoa/PB

Francisco Ramos de Brito

Universidade Estadual da Paraíba
Campina Grande/PB

RESUMO: Visando concretizar o direito a saúde, instalou-se o programa “Mais Médicos”. Porém, embora nele conste que as atividades desempenhadas não criam vínculo empregatício, os profissionais desse programa preenchem todos os pré-requisitos exigidos para se caracterizar relação de emprego. No entanto, alguns direitos trabalhistas não estão previstos no programa: pagamento de férias remuneradas e 13º salário. Por isso, realizou-se esse estudo com o escopo de analisar se as condições trabalhistas podem ou não configurar inconstitucionalidade, de acordo com o que rege a Carta Magna. Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica de literatura, cuja fonte de pesquisa envolve a Constituição, livros, artigos e monografias acerca do tema. Os artigos

foram retirados da SciELO e compuseram o período entre 2012 e julho de 2016. Como quem controla e coordena o programa é o SUS, o vínculo de emprego do médico com o governo brasileiro (caracterizado como terceirização), é ilegal, contudo cabe frisar que esse trabalho não tem características de estágio ou treinamento, mas sim de efetiva atuação médica. No caso do contrato do programa “Mais Médicos”, o que quiseram foi contornar a exigência legal e estabelecer regras próprias, o que não é permitido. Com efeito, é oportuno assinalar que o “Mais Médicos” se concentra na afirmação do direito à saúde, porém as regras ora assinaladas por esta política pública podem ser alteradas para que a saúde seja solidificada de maneira válida e efetiva para todos, sem a supressão de direitos fundamentais e, sem tão pouco, enfrentar contrassensos em sua efetividade.

PALAVRAS-CHAVE: Administração de Serviços de Saúde; Medicina; Serviços de Saúde Comunitária; Programa Mais Médicos, Atenção Primária à Saúde.

SITUATION OF THE MEDICAL PROGRAM IN FRONT OF LABOR LAWS

ABSTRACT: In order to realize the right to health, the program “Mais Médicos” was installed. However, although it is stated that the activities performed do not create an

employment relationship, the professionals of this program fulfill all the prerequisites required to characterize the employment relationship. However, some labor rights are not foreseen in the program: payment of paid vacations and 13th salary. Therefore, this study was carried out with the scope of analyzing whether labor conditions may or may not constitute unconstitutionality, according to the provisions of the Charter. This is a study of the type literature review, whose source of research involves the Constitution, books, articles and monographs on the subject. The articles were taken from SciELO and composed the period between 2012 and July 2016. Since the control and coordination of the program is SUS, the doctor's employment relationship with the Brazilian government (characterized as outsourcing) is illegal, however, it should be emphasized that this work does not have characteristics of stage or training, but of effective medical performance. In the case of the "Mais Médicos" program contract, they wanted to circumvent the legal requirement and establish their own rules, which is not allowed. It should be pointed out that "Mais Médicos" concentrates on the affirmation of the right to health, but the rules set forth in this public policy can be modified so that health can be solidified in a valid and effective way for all, without suppression of fundamental rights and, without undermining its counteracting effects.

KEYWORDS: Health Services Administration; Medicine; Community Health Services; Mais Médicos Program; Primary Healthcare

INTRODUÇÃO

A sustentabilidade consiste na qualidade ou condição do que é sustentável, ou seja: que se pode sustentar; que se pode defender; e que tem condições para se manter ou conservar (AURÉLIO, 2016). Para alguns autores, a sustentabilidade possui um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Sem deixar de considerar a importância fundamental da dimensão ecológica, o aspecto da sustentabilidade assumido para este estudo considera a problemática do prosseguimento do programa "Mais Médicos" frente aos direitos trabalhistas.

É importante ressaltar que as relações trabalhistas devem agir de acordo com o princípio da razoabilidade, ou seja, mesmo que algo não esteja implícito nas leis, esse princípio pode direcionar o caminho a seguir no momento da regulação dos interesses trabalhistas (MEDEIROS, 2016). Dentre os direitos sociais contidos no art. 6º da Constituição Federal, está previsto o direito a saúde, que é protegido de forma ampla no art. 196. Portanto, a saúde é um direito de todos e é dever do Estado. Para que esse direito seja materializado, ele depende da instauração de políticas públicas (MENDES; BRANCO, 2011).

Dessa forma, foi visando concretizar o direito a saúde, suprimindo a carência de médicos, que o programa "Mais Médicos" foi instalado. Porém, embora no artigo (art.) 17 da lei nº 12.871/2013 diga que "a atividades desempenhadas no âmbito do Projeto

“Mais Médicos” para o Brasil não criam vínculo empregatício de qualquer natureza”, os profissionais desse programa preenchem todos os pré-requisitos exigidos para se caracterizar uma relação de emprego: trabalho prestado por pessoa física, pessoalidade, não eventualidade na prestação de serviço, onerosidade, subordinação e alteridade. No entanto, alguns direitos trabalhistas não estão previstos no contrato do programa: pagamento de férias remuneradas e 13º salário.

Concluindo, junto com a solução encontrada, surgiram problemas de cunho trabalhista, que ferem direitos inerentes a essa seara, urgindo estudos que abordem a temática. Assim, fica a questão se o programa seria ou não uma forma inconstitucional de contratar cidadãos sem que eles tenham todos os seus direitos trabalhistas conquistados, uma vez que preenchem os requisitos para ter relação de emprego constituída. Por isso, realizou-se esse estudo com o escopo de analisar se as condições trabalhistas do programa “Mais Médicos” podem ou não configurar inconstitucionalidade, de acordo com o que rege a Carta Magna, podendo, por conseguinte, interferir na sustentabilidade desse programa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo revisão bibliográfica de literatura, cuja fonte de pesquisa envolve a Constituição, livros, artigos e monografias acerca do tema. Os artigos foram retirados da base de dados Scientific Electronic Library Online e compuseram os anos entre 2012 e julho de 2016.

Inicialmente, realizou-se uma pesquisa sobre o tema; em seguida, destacou-se a legislação pátria pertinente, para então realizar uma discussão dos resultados. Ao final da pesquisa, analisados os artigos, livros e textos e formulada as conclusões a partir do levantamento de toda a bibliografia, foi redigido o texto definitivo em Microsoft Word 2010 para Windows 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O programa “Mais Médicos” foi implantado no Brasil pela Medida Provisória nº 621/2013 convertida na lei nº 12.871/2013 com o objetivo de suprir a carência do número de médicos existentes nas áreas mais precárias e menos desenvolvidas do país. Além disso, também prevê investimentos na infraestrutura de hospitais e unidades de saúde, cursos de especialização com atividades de ensino para médicos, pesquisa e extensão com o objetivo de integrar o ensino com a prática, equivaler a distribuição de médicos no país, bolsas de extensão acadêmica e recrutamento de estrangeiros (uma vez que os profissionais nacionais não seriam o suficiente para suprir o tal déficit) (BRASIL, 2013). Logo, o Mais Médicos não intenta somente levar profissionais para atuarem nas localidades necessitadas a fim de suprir a carência de médicos, mas, além disso, contribui para aperfeiçoar a formação médica brasileira,

estruturando os cursos de medicina, elaborando programas de residência médica voltados para a atenção básica da saúde de forma a estabelecer novos parâmetros para a formação de tais profissionais.

Este programa veio em caráter de contingência para a atenção básica, uma vez que a Estratégia de Saúde da Família, vinha há sete anos apresentando um aumento de cobertura de apenas 1,5% da população a cada ano (PINTO. et al., 2014) por motivos como a dificuldade dos gestores municipais em atrair e fixar médicos nas equipes de Saúde da Família (GIRARDI, 2011). Já com o advento do programa houve um acréscimo de 33% no número de consultas de janeiro de 2013 a janeiro de 2015 nos municípios participantes, concorrendo com o aumento de 15% nos municípios não participantes (BRASIL, 2016). No entanto, vale ressaltar que antes dessa medida, houve outras na tentativa de reforçar a cobertura de médicos na atenção básica como a Lei 12.202/2010, que permitiu aos médicos, que se formaram com o Fundo de Financiamento Estudantil, fazer moratória e descontar a dívida na proporção da atuação em áreas indicadas pelo Ministério da Saúde, e o Programa de Valorização dos Profissionais de Atenção Básica que oferecia diversos benefícios como bolsa de estudos e pontuação adicional válida em concursos de residência médica (PINTO. et al., 2014). Porém os resultados desses programas foram destoantes do almejado, o que acarretou movimentos políticos como o de janeiro de 2013, realizado por prefeitos eleitos em 2012, denominado ‘Cadê o médico’ para que o governo federal tomasse medidas para enfrentar o problema (FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS, 2013). Associado a esse movimento, houve massivas manifestações públicas até que se cedesse às pressões crescentes, instaurando-se o programa em questão (PINTO et al., 2014).

Cumprasse assinalar que embora o programa “Mais Médicos” seja uma das soluções propostas pelo Governo Federal, com o objetivo de melhorar as condições da saúde no Brasil, trata-se de uma política que tem despertado contrariedade em face da racionalidade jurídica da afirmação de certos direitos relacionados a tal política pública. Como quem controla e coordena o programa é o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012), o vínculo de emprego do médico com o governo brasileiro (caracterizado como terceirização), é ilegal. Ele tem duas finalidades principais relacionadas à participação dos médicos: uma imediata e outra mediata. A primeira diz respeito a cursos profissionalizantes e a segunda a prestação de serviço à população de baixa renda, mas cabe frisar que esse trabalho não tem características de estágio ou treinamento, mas sim de efetiva atuação médica, uma vez que o médico dispõe de autonomia nos seus procedimentos (OLIVEIRA, 2014) e os médicos supervisores e tutores não serão responsabilizados pela conduta praticada isoladamente por um dos médicos participantes (BRASIL, 2013).

Para manutenção dos participantes, são concedidos a eles bolsas, em reconhecimento da prestação de um serviço associado à atividade de aprendizado, para cobrir os seus gastos de instalação no Brasil. Parte do valor a ser concedido pode

ser retirado para contribuição previdenciária, caso o intercambista não possua em seu país sistema equivalente, dando-lhes o direito de garantir uma aposentadoria.

Da mesma forma em que o Judiciário está legitimado a agir em caso de descumprimento ao mandamento da garantia à saúde (MENDES; BRANCO, 2011), cabendo ao cidadão à requisição de que o Estado não atente contra esse direito social fundamental (SILVA, 2013), ele também deve agir em caso de descumprimento ao mandamento da garantia de direitos trabalhistas aos trabalhadores. Para tal medida, ele encontra suporte no 9º art. da Consolidação das Leis do Trabalho, em que diz que qualquer meio jurídico que tente burlar a legislação, será dito como nulo e cabe suporte a indenização. No caso do contrato do programa “Mais Médicos”, o que quiseram foi contornar a exigência legal e estabelecer regras próprias, o que não é permitido. Com efeito, averigua-se que um lado há a necessidade de assegurar o direito à saúde, mas de outro há supressão dos direitos inerentes a uma relação de trabalho.

A violação de direitos sociais e, por consequência, o não reconhecimento do vínculo empregatício, expresso no art. 17 da Lei 1.2871/13, afronta os princípios constitucionais brasileiros. Os fundamentos de relevância e urgência que justificaram a implantação do programa “não pode servir de subterfúgio para o descumprimento da legislação brasileira” (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva, estudo assinala que o programa “Mais Médicos” é uma política pública que assegura o direito à saúde na forma de ampliar o acesso da população à saúde pública com o cerne de levar médicos a regiões carentes de atendimento e de profissionais. A prerrogativa de melhorar os níveis de saúde do país coaduna com a perspectiva do programa assim como a previsão constitucional, sendo necessários, portanto, alguns ajustes, como no caso da legislação e proteção trabalhista dos médicos participantes (CARVALHO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao tema ser relativamente novo e aos fatores inerentes a ele, a pesquisa aqui apresentada pode ser classificada como de boa relevância acadêmica e social no âmbito da medicina. É oportuno assinalar que o programa “Mais Médicos” concentra-se na afirmação do direito à saúde, porém as regras ora assinaladas por esta política pública podem ser alteradas para que a saúde seja solidificada de maneira válida e efetiva para todos, sem a supressão de direitos fundamentais e, sem tão pouco, enfrentar contrassensos em sua efetividade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. DECRETO-LEI N.º 5.452, DE 1º DE MAIO DE 1943. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 12 de set. 2016.

BRASIL. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/>>

prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 12 set. 2016.

BRASIL. *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 26 ago. 2016.

BRASIL. Mais Médicos: resultado para o país. 2016. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/resultados-para-o-pais>>. Acesso em: 13 set. 2016.

BRASIL. STF. Parecer PGR: Ação Direta de Constitucionalidade 5035. AMB e Presidente da República. Relator: Min. Marco Aurélio. 28 de maio de 2014. p.22 Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24615910/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-5035-df-stf>>. Acesso em 06/10/14.

CARVALHO, Gabriela Loyola de Enfrentando Paradoxos: a análise constitucional do programa Mais Médicos como afirmação do direito à saúde. Pouso Alegre-MG: FDSM, 2014 149 p. Orientador: Prof. Dr. Cicero Krupp da Luz Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito do Sul de Minas, Programa de Pós-Graduação em Direito

DICIONÁRIO DO AURÉLIO. Dicionário de português. 2016. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com>>. Acesso em: 12 set. 2016.

FRENTE NACIONAL DE PREFEITOS (FNP). Movimento 'Cadê o Médico?'. 2013. Disponível em: <<http://cadeomedico.blogspot.com.br/p/peticao.html>>. Acesso em: 12 set. 2016

GIRARDI, S. N. et al. Índice de Escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186.

MEDEIROS, MCC. PRINCÍPIOS DO DIREITO DO TRABALHO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. **THEMIS: Revista da Esmec**, v. 7, n. 2, p. 159-182, 2016.

MENDES, Gilmar; BRANCO, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

OLIVEIRA, Fernão Justen de. Contratação de estrangeiros sob a lei federal 12.871/2013 (Projeto Mais Médicos Para o Brasil). **Revista de Direito Administrativo Contemporâneo: ReDAC**, v.2 n.9, p.59-83, jun. 2014.

PINTO, Hêider Aurélio et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulg. saúde debate**, n. 51, p. 105-120, 2014.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37 ed. São Paulo: Malheiros Editores. 2013.

MANEJO DA AGITAÇÃO PSICOMOTORA NO CENÁRIO DAS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Maria Juliana de Arruda Queiroga

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba,
Cabedelo - Paraíba

Débora Costa Marques

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba,
Cabedelo - Paraíba

Ianny de Almeida Santiago

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba,
Cabedelo - Paraíba

Eveline de Almeida Silva Abrantes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba,
Cabedelo - Paraíba

RESUMO: Frequentemente, os profissionais de saúde que atuam em serviços de emergência atendem pacientes agitados ou agressivos. Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica que necessita de intervenção terapêutica imediata. Desta forma, a presente pesquisa propõe-se analisar a produção científica acerca do manejo de pacientes com agitação psicomotora em serviços de emergência. Trata-se de uma revisão integrativa realizada na BVSsalud e Pubmed e selecionou os artigos com base nos seguintes critérios: data de publicação nos últimos 5 anos, artigos completos e compatibilidade com o tema. Tendo como descritores: Emergência, Agitação psicomotora, Manejo e Saúde mental. A seleção final contou com 14 artigos. Os artigos elegíveis

apresentaram os seguintes enfoques temáticos: uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados; manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas e consequências da sedação dos pacientes agitados e do uso de gaciclydine. O manejo da agitação psicomotora requer suporte adequado com medidas seguras de abordagem, comportamental e de intervenções farmacológicas, destacando drogas como cetamina, droperidol e haloperidol, além de gaciclydine o qual é preciso avaliar as consequências do uso abusivo devido a sua toxicidade.

PALAVRAS-CHAVE: Emergência. Agitação Psicomotora. Manejo. Saúde Mental.

ABSTRACT: Often, health professionals attend agitated or aggressive patients. Psychomotor agitation is a psychiatric emergency that requires immediate therapeutic intervention. This study aims to analyze the scientific production about the management of patients with psychomotor agitation in emergency services. This is an integrative review done at BVSsalud and Pubmed and selected articles based on the following criteria: date of publication in the last 5 years, complete articles and compatibility with the topic. Having as descriptors: Emergency, Psychomotor agitation, Management and Mental health. The final selection had 14

articles. Eligible articles presented the following thematic approaches: use of prehospital ketamine and droperidol and haloperidol in agitated patients; handling of the agitated patient, including medical prescriptions and pharmacological interventions and consequences of sedation of agitated patients and the use of gacicydine. The management of psychomotor agitation requires adequate support with safe measures of approach, behavioral and pharmacological interventions, highlighting drugs such as ketamine, droperidol and haloperidol, in addition to gacicydine which must be evaluated the consequences of abuse due to its toxicity.

KEYWORDS: Emergency. Psychomotor agitation. Management. Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência psiquiátrica surgiram na época da II guerra mundial, com o intuito de realizar tratamento e então devolver mais rapidamente os soldados aos campos de batalha. Porém, esses serviços só destacaram-se após a reforma psiquiátrica. Esta, trouxe o processo de desinstitucionalização e o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos “manicomiais” (BARROS; TUNG; MARI, 2010; DOS SANTOS et al., 2000; KAPCZINSKI et al., 2001).

Frequentemente, os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em serviços de emergência, atendem pacientes agitados ou agressivos. Em geral, a admissão desses pacientes ocorre por meio de terceiros, como familiares ou amigos. Estes pacientes costumam apresentar uma redução do juízo crítico e diversas vezes têm dificuldade de reconhecer a necessidade de ajuda (CALIL; TERRA; CHAGAS, 2006; MANTOVANI et al., 2010).

Agitação psicomotora é uma emergência psiquiátrica que necessita de intervenção terapêutica imediata. Caracteriza-se por inquietação, aumento da excitabilidade psíquica, resposta exacerbada aos estímulos, irritabilidade, atividade motora e verbal aumentada, inadequada e repetitiva, podendo cursar com agressividade (BERNIK; GOUVÊA; LOPES, 2010).

Diversas condições médicas podem levar à necessidade de avaliação e intervenção psiquiátrica de emergência. A avaliação psiquiátrica de emergência possui algumas peculiaridades. O tempo, em geral, é limitado, devido às próprias características clínicas do paciente em situação de emergência, além da necessidade de tomada de decisão e intervenções rápidas (DEL-BEL et al., 2017).

Diante de um paciente agitado na emergência, tenta-se obter, o mais breve possível, condições para colaboração do paciente. Se o médico percebe-o agitado, potencialmente perigoso, pode intervir farmacologicamente. Entretanto, sempre ocorrendo a distinção entre uma contenção química e um tratamento (CALIL; TERRA; CHAGAS, 2006).

Neste contexto, o presente artigo tem como finalidade analisar a produção científica

acerca do manejo de um paciente com agitação psicomotora numa emergência.

2 | METODOLOGIA

A revisão integrativa consiste em uma metodologia que permite a síntese de conhecimento e permite a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática, constituindo um instrumento da Prática Baseada em Evidências (DE SOUZA; DA SILVA; DE CARVALHO, 2010).

É nomeada de integrativa por fornecer informações amplas sobre um assunto ou problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Assim, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser utilizada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para elaborar a revisão integrativa, inicialmente o revisor determina o objetivo específico do estudo, depois formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas e então realiza a busca para identificação e coleta do máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (MENDES et al., 2008).

Diante da temática proposta, o estudo procurou realizar uma síntese de informações já publicadas. A pesquisa foi realizada na base de dados BVSsalud e PubMed, utilizando os seguintes descritores na língua portuguesa: Emergência, Agitação Psicomotora, Manejo e Saúde Mental, e na língua inglesa: Emergency, Psychomotor Agitation, Management e Mental Health. Estes descritores foram combinados utilizando o operador lógico AND e foram submetidos ao Medical Subject Headings (MeSH).

Os critérios de inclusão foram: data de publicação compreendida nos anos 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018, além de artigos completos e compatíveis com o tema proposto. Os critérios de exclusão foram estudos secundários, teses, artigos duplicados, trabalhos apresentados em conferências e pesquisas não relacionadas.

Foram realizados 5 processos de pesquisa, o primeiro foi realizado no banco de dados BVSsalud, através dos descritores na língua portuguesa: “Emergência” e “Agitação Psicomotora” sendo combinados com o operador lógico AND. Sem utilizar os filtros obteve-se 299 artigos, com a utilização dos seguintes filtros - “texto completo”, “anos 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018” e “humanos” - o resultado foi de 55 artigos. Após realizar a leitura dos resumos e metodologias dos artigos, foram excluídos alguns artigos, resultando em 7 artigos.

Ainda na BVSsalud foram utilizados os seguintes descritores: “emergência”, “agitação psicomotora” e “manejo” com o operador lógico AND resultando em 72 artigos. Após o uso dos mesmos filtros da primeira busca, obteve-se 17 artigos, dos quais apenas 3 trabalhos foram selecionados para compor a amostra deste estudo.

A terceira busca, ainda na BVSalud, utilizou os descritores: “emergência”, “agitação psicomotora” e “saúde mental”, com o mesmo operador lógico AND, onde o resultado apontou 56 artigos, após uso dos mesmos filtros, restaram 10 trabalhos em que apenas 1 foi efetivamente selecionado.

Na plataforma Pubmed foram utilizados os descritores na língua inglesa: “emergency” e “psychomotor agitation” e usando o operador lógico AND, onde foram encontrados 488 estudos. Após este resultado foram inseridos filtros, sendo eles “Free full text”, “5 years” e “human”. O resultado foi então 24 trabalhos, após leitura minuciosa, apenas 1 artigo foi selecionado.

A última busca também foi realizada no banco de dados Pubmed com os seguintes descritores: “emergency”, “psychomotor agitation” e “management” com o operador lógico AND resultou em 234 artigos, na qual, após a utilização dos mesmos filtros resultou em 43 artigos, no qual foi escolhido apenas 1 trabalho.

Para seleção final dos artigos foram levados em consideração: títulos e metodologias, excluindo aqueles que não se enquadram nos critérios de inclusão ou apresentaram alguns dos critérios de exclusão.

Após a realização de 5 processos de busca e após nova leitura integral, retirada dos estudos repetidos e análise criteriosa do tipo de publicação chegou-se ao resultado final de 14 artigos que foram organizados e sumarizados através de quadros, para análise e interpretação dos resultados.

3 | RESULTADOS

Autoria	Ano	Título	Periódico-Qualis
Del-ben et al.	2017	Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida	Medicina - Ribeirão Preto B1
Zeller; Citrome.	2016	Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting	Western Journal of Emergency Medicine B2
Garriga et al.	2016	Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus	The World Journal of Biological Psychiatry A1

Cole et al.	2016	A prospective study of ketamine versus haloperidol for severe prehospital agitation	Clinical Toxicology B3
Bervoets et al.	2015	Prescribing preferences in rapid tranquillisation: a survey in Belgian psychiatrists and emergency physicians	BMC Research Notes B1
Hopper et al.	2015	Ketamine use for acute agitations in the emergency department	The Journal of Emergency Medicine B2
Chenoweth et al.	2015	Altered Mental Status and End Organ Damage Associated with the use of Gacyclidine: A Case Series	Journal of Medical Toxicology B1
Rubio-Valera et al.	2015	Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence	BMC Psychiatry A2
Calver; Drinkwater; Gupta; Page; Isbister	2015	Droperidol v. haloperidol for sedation of aggressive behaviour in acute mental health: randomised controlled trial	The British Journal of Psychiatry B2

Deitch et al.	2014	Unrecognized Hypoxia and Respiratory Depression in Emergency Department Patients Sedated For Psychomotor Agitation: Pilot Study	Western Journal of Emergency Medicine B2
Stucchi-Portocarrero et al.	2014	Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva.	Revista Neuropsiquiatria B3
Schultz.	2014	Ketamine for Pre-hospital Control of Agitated Delirious Patients: Promising but Not yet Ready for Prime Time	Western Journal of Emergency Medicine B2
Schepke; Braghirolli; Shalaby; Chait.	2014	Prehospital Use of IM Ketamine for Sedation of Violent and Agitated Patients	Western Journal of Emergency Medicine B2
Pacciardi et al.	2013	Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety?	Frontiers in Psychiatry A2

Tabela 1. Caracterização dos estudos segundo autoria, ano, título, periódico. Cabedelo/PB 2017.

País	Base de Dados	Enfoques
Brasil	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas
Estados Unidos	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas
Espanha	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas

Estados Unidos	BVSalud	Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados
Bélgica	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas
Estados Unidos	BVSalud	Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados
Estados Unidos	BVSalud	Consequências da sedação dos pacientes agitados e do uso de gaciclydine.
Espanha	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas
Austrália	Pubmed	Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados
Estados Unidos	BVSalud	Consequências da sedação dos pacientes agitados e do uso de gaciclydine.
Peru	BVSalud	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas
Estados Unidos	BVSalud	Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados
Estados Unidos	BVSalud	Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados
Itália	Pubmed	Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas

Tabela 2. Caracterização dos estudos segundo país, base de dados e enfoque. Cabedelo/PB 2017.

Foram incluídos na caracterização da amostra do estudo 14 artigos. A partir da análise dos quadros 1 e 2 é possível verificar as produções no que se referem aos títulos, autores, bases indexadas, anos de publicação e os periódicos que mais publicaram na temática, as unidades federativas que mais produziram e o enfoque.

Quanto aos anos de publicação dos estudos selecionados, destacam-se as publicações nos anos de 2014, 2015 e 2016, onde observou-se concentrações das publicações nos anos de 2013 com 7,14%, 2014 com 28,6%, 2015 com 35,71% de artigos da amostra, 2016 com 21,42% e 2017 com 7,14%.

Em relação à análise dos periódicos, a revista *The World Journal of Biological Psychiatry* destaca-se pelo qualis A1, sendo responsável por 7,14%. Já as revistas *BMC Psychiatry* e *Frontiers in Psychiatry* destacam-se pelo qualis A2 com 14,28%. Além disso, as revistas com qualis B1 são responsáveis por 21,42%. Já as revistas com qualis B2 representaram a maioria dos artigos publicados com 43%; B3 com 14,28%.

Em relação aos locais de publicação dos artigos, os Estados Unidos da América

apresentaram 50% das publicações, seguido da Espanha com 14,3% e a Bélgica, Brasil, Austrália, Peru e Itália com 7,14% das publicações da amostra cada.

Em relação à biblioteca observou-se o predomínio da BVSalud com 85,7% dos artigos analisados, conseqüentemente Pubmed teve uma representação de apenas 14,3% dos documentos selecionados.

Quanto a análise de conteúdo dos artigos selecionados, verificou-se a formação de três núcleos relacionados à avaliação dos fatores relacionados à agitação psicomotora: 1) Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados; 2) Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas; 3) Consequências da sedação dos pacientes agitados e do uso de gaciclydine.

4 | DISCUSSÃO

4.1 Uso da cetamina pré hospitalar e do droperidol e haloperidol em pacientes agitados

Fornecer cuidados médicos para pacientes que apresentam agitação severa é um grande desafio. Esses pacientes geralmente representam uma ameaça a sua própria segurança e para os atendentes dos serviços médicos de emergência. Há uma necessidade de contenção desses pacientes para que se possa prestar assistência médica corretamente para eles. O controle rápido destes pacientes é primordial, sendo frequentemente necessária a sedação nesses pacientes. Porém não há um claro posicionamento de qual seria a melhor escolha da medicação para a sedação destes indivíduos violentos e agitados, principalmente, aqueles que tem como hipótese diagnóstica, a Síndrome do Delirium Excitado (SCHULTZ, 2014).

Uma droga muito estudada para sedação é a cetamina, injeção intramuscular, que tem excelente eficácia e poucos efeitos colaterais na fase pré-hospitalar dos cuidados, seguindo o protocolo. É uma escolha a ser pensada em situações que necessitam de uma sedação segura, rápida e sem acesso intravenoso (SCHEPPKE et al., 2014).

Em algumas situações, o uso da cetamina em departamentos de emergências, necessitou de uma administração farmacológica adicional para a agitação, sendo o uso da cetamina mais útil apenas no controle inicial da agitação severa. Além disso, foi constatado que o uso dessa droga tem poucos efeitos adversos sobre os sinais vitais dos pacientes (HOPPER et al., 2015). Foram estudados outras drogas como haloperidol e droperidol comparando sua eficácia e segurança com a cetamina. Tanto o haloperidol como o droperidol são eficientes para pacientes com distúrbios comportamentais agudos (CALVER et al., 2015).

Com relação à diferença entre cetamina e haloperidol, foi observado que a cetamina é superior ao haloperidol no quesito de tempo de sedação adequada para

agitação indiferenciada aguda pré-hospitalar grave. Porém a cetamina está associada com mais complicações e maior taxa de intubação (COLE et al., 2016).

4.2 Manejo do paciente agitado, incluindo prescrições médicas e intervenções farmacológicas

Existe uma necessidade de avaliar o paciente, em emergências psiquiátricas e ter capacidade de aplicar as competências e habilidades necessárias para a situação, seguindo as diretrizes publicadas e utilizando recursos como a entrevista psiquiátrica, abordagem comportamental e intervenções farmacológicas. Cada pessoa deve ser avaliada individualmente e o julgamento clínico dos avaliadores vai determinar o melhor tratamento para cada caso. Porém, com a grande variedade de medicamentos disponíveis hoje, a necessidade de prestar cuidados de qualidade e o aspecto econômico definem certos parâmetros de homogeneidade no tratamento (STUCCHI-PORTOCARRERO et al., 2014).

Quanto a agitação e a contenção, que são frequentes nos cuidados psiquiátricos, deve ser avaliado o uso de serviços e os custos dos mesmos em pacientes admitidos em serviço de emergência (RUBIO-VALERA et al., 2015).

O manejo farmacoterapêutico da agitação é um desafio clínico comum e frequentemente usado, o uso de diretrizes publicadas não é conhecido, portanto a prescrição padrão de psiquiatras e médicos de emergência devem ser avaliadas em que medida as diretrizes são usadas (BERVOETS et al., 2015).

O comportamento agitado constitui até 10% das intervenções psiquiátricas de emergência. A tranquilização é frequentemente usada como um tratamento válido para a agitação. É principalmente baseado no tratamento farmacológico parenteral. Ao sugerir o uso de antipsicóticos de primeira geração e benzodiazepínicos, deve ser incluídas drogas com perfil de tolerabilidade questionável, como clorpromazina, haloperidol, midazolam e lorazepam (PACCIARDI et al., 2013).

A estratégia de “restrição e sedação” não é mais tão utilizada, dando lugar cada vez mais em abordagens centradas no paciente, incorporando medidas não farmacológicas quando estes são viáveis. Quando necessário intervenção farmacológica, centrar em uma abordagem cooperativa entre paciente e médico, visando medicamentos não invasivos, utilizando de vias administrativas que não sejam intramuscular e intravenosas, por exemplo, via inalatória, nasal, sublingual. Com essas abordagens, podemos ter como consequência, melhores resultados no tratamento (ZELLER; CITROME, 2016).

A agitação psicomotora está associada à diferentes condições psiquiátricas e representa uma questão importante na psiquiatria. Uma avaliação e gerenciamento inadequados podem resultar em desnecessários tratamentos coercitivos ou sedativos. Uma análise completa e equilibrada de um perito pode guiar decisões de avaliação e tratamento (GARRIGA et al., 2016).

4.3 Consequências da sedação dos pacientes agitados e do uso de gaciclydine

A depressão respiratória, em pacientes quimicamente sedados por comportamentos violentos e agitação psicomotora, tem uma incidência não compreendida. Como os medicamentos utilizados na contenção química são depressores respiratórios, faz-se necessário uma melhoria na monitorização respiratória destes pacientes. Um dos estudos avaliados realizou monitorização dos pacientes sedados e percebeu-se que metade dos pacientes observados teve depressão respiratória. A maioria das incidências de hipóxia foi precedida por depressão respiratória e poucos desses eventos foram reconhecidos por seus médicos tratantes (DEITCH et al., 2014).

Em relação ao uso de gaciclydine, derivado da fenciclidina (PCP), ela foi estudada para ser usada como um agente neuroprotetor em trauma e como terapia de toxinas. Porém, ela tem um potencial de se tornar uma droga de abuso tanto por si mesmo como em conjunto com outras drogas (exemplo: metanfetaminas) e a toxicidade da gaciclydine pode ser grave, sendo necessária informar a população do uso dessa droga de abuso e suas consequências. Denota-se a importância da necessidade de aprofundar cada vez mais os estudos sobre a gaciclydine como droga de abuso, onde as referências bibliográficas sobre esta ainda são escassas (CHENOWETH et al., 2015).

5 | CONCLUSÃO

A pesquisa demonstra que os anos de 2014, 2015 e 2016 apresentaram a grande maioria dos estudos, sendo publicados 50% nos Estados Unidos da América, com Qualis variando de A1 a B3, destacando a diversidade de evidência no meio científico.

As publicações analisadas corroboram que as emergências psiquiátricas abrangem condições inespecíficas, exigindo o estabelecimento de uma intervenção terapêutica apropriada para cada caso. Como também, que o sucesso no manejo de situações de agitação psicomotora, emergência comum em psiquiatria, requer atitude médica adequada, reflexão crítica e experiência profissional.

Sobre o uso das drogas cetamina, droperidol e haloperidol em pacientes agitados, os estudos evidenciaram êxito no objetivo de sedação segura com a administração de cetamina na fase pré-hospitalar, como também relevante eficácia do haloperidol e droperidol em pacientes com distúrbios agudos.

A análise dos estudos enfatiza a realização de avaliação individualizada dos casos, visando a condução de uma intervenção hábil em termos de tratamento, uso de serviços e custos para pacientes admitidos em serviços de emergência, evadindo-se de situações de sedação excessiva e contenção física que podem contribuir para complicações clínicas e riscos para o paciente.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Régis Eric Maia; TUNG, Teng Chei; MARI, Jair de Jesus. **Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, p. 71-77, 2010.
- BERNIK, Vladimir; GOUVÊA, Fernando Sauerbronn; LOPES, Katrini Vianna. **Agitação psicomotora.** Revista brasileira medicina, p. 289-95, 2010.
- BERVOETS, Chris et al. **Prescribing preferences in rapid tranquillisation: a survey in Belgian psychiatrists and emergency physicians.** BMC research notes, v. 8, n. 1, p. 218, 2015.
- CALIL, Luís Carlos; TERRA, João Ricardo; CHAGAS, Marcos Hortes Nishihara. **Agitação em Psiquiatria.** Revista Brasileira de Medicina, p. 61-4, 2006.
- CALVER, Leonie et al. **Droperidol vs. haloperidol for sedation of aggressive behaviour in acute mental health: randomised controlled trial.** The British Journal of Psychiatry, v. 206, n. 3, p. 223-228, 2015.
- CHENOWETH, J. A. et al. **Altered mental status and end organ damage associated with the use of gacyclidine: a case series.** Journal of medical toxicology, v. 11, n. 1, p. 115-120, 2015.
- COLE, Jon et al. **A prospective study of ketamine versus haloperidol for severe prehospital agitation.** Clinical Toxicology, v. 54, n. 7, p. 556-562, 2016.
- DEITCH, Kenneth et al. **Unrecognized Hypoxia and Respiratory Depression in Emergency Department Patients Sedated For Psychomotor Agitation: Pilot Study.** Western Journal of Emergency Medicine, v. 15, n. 4, p. 430, 2014.
- DEL-BEN, Cristina Marta et al. **Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida.** Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 50, n. supl1., p. 98-112, 2017.
- DE SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; DE CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.
- DOS SANTOS, Maria Eugênia et al. **Serviço de emergências psiquiátricas em hospital geral universitário: estudo prospectivo.** Revista de Saúde Pública, v. 34, p. 468-474, 2000.
- ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. **Revisão integrativa versus revisão sistemática.** Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.
- GARRIGA, Marina et al. **Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus.** The world journal of biological psychiatry, v. 17, n. 2, p. 86-128, 2016.
- HOPPER, Austin et al. **Ketamine use for acute agitation in the emergency department.** The Journal of emergency medicine, v. 48, n. 6, p. 712-719, 2015.
- KAPCZINSKI, Flávio et al. **Emergências psiquiátricas.** Emergências psiquiátricas, v. 23, p. 55-56, 2001.
- MANTOVANI, Célia et al. **Manejo de paciente agitado ou agressivo.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 32, n. suppl 2, p. S96-S103, 2010.
- MENDES, Karina Dal Sasso et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

PACCIARDI, Bruno et al. **Issues in the management of acute agitation: how much current guidelines consider safety?**. *Frontiers in psychiatry*, v. 4, p. 26, 2013.

RUBIO-VALERA, Maria et al. **Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence.** *BMC psychiatry*, v. 15, n. 1, p. 35, 2015.

SCHEPPKE, Kenneth et al. **Prehospital use of im ketamine for sedation of violent and agitated patients.** *Western journal of emergency medicine*, v. 15, n. 7, p. 736, 2014.

SCHULTZ, Carl . **Ketamine for pre-hospital control of agitated delirious patients: promising but not yet ready for prime time.** *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 15, n. 7, p. 742, 2014.

STUCCHI-PORTOCARRERO, Santiago et al. **Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva.** *Revista de Neuro-Psiquiatría*, v. 77, n. 1, 2014.

ZELLER, Scott; CITROME, Leslie. **Managing agitation associated with schizophrenia and bipolar disorder in the emergency setting.** *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 17, n. 2, p. 165, 2016.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: OFICINAS DE ORIENTAÇÃO EM DISPOSITIVOS SOCIAIS EM MUNICÍPIO DE REGIÃO FRONTEIRIZA BRASILEIRA

Gladys Amélia Velez Benito

Dra. Profa. Pesquisadora de Políticas e Gestão em Saúde.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)
Foz do Iguaçu – Paraná

Roberth Steven Gutiérrez Murillo

Discente Bacharelado em Saúde Coletiva
Aluno Bolsista do Ministério da Saúde no programa PET-Saúde

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)
Foz do Iguaçu – Paraná

Derlis Gustavo Adolfo Duarte Zoián

Discente Bacharelado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)
Foz do Iguaçu – Paraná

Michael Alberto Gutiérrez Sánchez

Bacharel em Saúde Coletiva

Residente do Programa Saúde da Família e da Comunidade

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA)

Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN)

Foz do Iguaçu – Paraná

RESUMO: Desde sua implementação no Brasil, no ano de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por diferentes processos de organização, planejamento e gestão. Uma das mais recentes mobilizações ocorreram na consolidação do Pacto pela Saúde, no ano de 2006, no qual foram instituídos três pactos, onde um deles é denominado de Pacto pela Gestão. O Sanitarista coloca-se como um profissional apto para lidar com gestão, políticas, educação, comunicação e promoção em saúde, sendo capaz exercer a gestão de cursos, palestras e conferências no âmbito interdisciplinar do campo da saúde. Nesse sentido, o objetivo deste projeto de extensão universitária foi fortalecer o empoderamento cidadão, através da informação e comunicação em saúde, no entendimento do funcionamento do sistema público de saúde local e no reconhecimento de seus direitos como usuário. Assim, a metodologia adotada foi a realização de oficinas, feitas por meio de exposições audiovisuais, linguagem oral, rodas de conversa e problematização de casos, bem como a entrega de material informativo impresso. As ações propostas neste projeto permitiram o fortalecimento da parceria institucional UNILA – SMSA/FOZ, propiciando a participação dos acadêmicos, como futuros

sanitaristas, o que contribui para a gestão e o planejamento das ações sanitárias no município. Ademais, as ações abriram espaço às vivências e desafios que o sistema entesta no âmbito municipal, oportunizando à análise e aprendizagem para lidar com a dinâmica da gestão municipal do SUS. O empoderamento cidadão experimenta um aprofundamento nos processos e mecanismos ligados ao sistema de saúde público local através de ações como estas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação e Comunicação em Saúde. Extensão Universitária. Gestão em Saúde. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Since its implementation in Brazil in 1988, the Unified Health System (SUS) has been undergoing different organizational, planning and management processes. One of the most recent mobilizations occurred in the consolidation of the Pact for Health in 2006, in which three pacts were instituted, one of which is called the Management Pact. The Sanitarian places itself as a professional able to carry out management, education, communication and health promotion, being able to teach courses, lectures and conferences in the interdisciplinary scope of health. In this sense, the objective of this university extension project was to strengthen citizen empowerment, through information and communication in health, in understanding the functioning of the local public health system and in the recognition of their rights as a user. Thus, the methodology adopted was the realization of workshops, made through audiovisual exhibitions, oral language, conversation groups and case study, as well as the delivery of printed information material. The actions proposed in this project allowed the strengthening of the institutional partnership UNILA - SMSA / FOZ, providing the participation of academics as future sanitarians, which contributes to the management and planning of sanitary actions in the municipality. In addition, the actions opened the way to experience challenges that the system entails in the municipal scope, allowing the analysis and learning to deal with the dynamics of the SUS local management. Citizen empowerment experiences a deepening of the processes and mechanisms linked to the local public health system for actions like these.

KEYWORDS: Collective Health. Health Education and Communication. Health Management. Health System. University Extension

1 | INTRODUÇÃO

Desde sua implementação no Brasil, no ano de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por diferentes processos de reorganização, planejamento e gestão. Uma das mais recentes mobilizações ocorrem na consolidação do Pacto pela Saúde no ano de 2006, no qual são instituídos três pactos, onde um deles é denominado de Pacto pela gestão. Para o Ministério da Saúde, o Pacto pela Gestão radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Ainda, reforça a territorialização da saúde como base para a

organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Assim, a dinâmica organizacional do SUS apresenta-se em cenário local como uma tarefa complexa no que tange os níveis de atenção à saúde.

A gestão em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde.

Cabe apontar que a gestão do sistema público de saúde, em Foz do Iguaçu-PR vem sofrendo mudanças consideráveis na sua estrutura organizacional, que bem ao encontro da implementação de novos projetos e ações locais, na busca de melhoras nas condições de vida dos cidadãos e indo ao compasso das políticas de saúde do Ministério da Saúde, fato esse que justifica a necessidade e importância deste projeto, uma vez que o sistema público de saúde municipal está passando por mudanças constantes que a população precisa conhecer e acompanhar, no intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde e a manutenção dos direitos do usuário definidos por lei.

A iniciativa de um projeto com este caráter contribui e auxilia o empoderamento comunitário sobre a Saúde Pública, que tem assumido face de pauta social nos últimos anos no cenário político-social brasileiro. A formação da graduação em Saúde Coletiva também contextualiza a necessidade de se disseminarem informações de saúde para a população através dos mecanismos que centros formadores e academias ofertam em sua práxis educacional. Logo, este trabalho trata de um projeto de extensão que tem como objetivo o desenvolvimento de oficinas temáticas sobre a organização do SUS, ou seja: a estrutura da organização, referência e contra referência, a rede de atendimento dos equipamentos de saúde, os três níveis de atenção à saúde, como se articula o sistema de atenção, tipo de serviços que dão suporte aos moradores dos bairros; junto a dispositivos sociais, como associações, cooperativas, conselhos, e instituições de ensino desenvolvidas pelos acadêmicos bolsista e voluntário do projeto.

2 | MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Metodologicamente, este projeto foi desenvolvido em duas etapas: Primeiramente, foram realizadas ações baseadas na Comunicação e Educação em Saúde, tais sejam: oficinas, com grupos diversos de cidadãos, dinâmica de grupo, como utilização de diversas mídias, metodologias ativas, problematização, e abordagem da temática da organização do sistema público de saúde municipal. Na realização das oficinas foram utilizados pôsteres com quadros informativos, apresentações em formato PowerPoint e materiais impressos, entregues aos ouvintes.

Seguidamente, foi realizada a leitura e análise, na íntegra do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior Maio à Agosto de 2018 – 2º Quadrimestre, da Secretaria

Municipal de Saúde e, o Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021, com o objetivo de apontar as principais mudanças na gestão municipal/local do Sistema Público de Saúde.

As reuniões técnicas com a coordenadora da ação visaram conferir o andamento dos objetivos do projeto, e ajustes necessários, de acordo com mudanças no cronograma. Nessas reuniões além dos aspectos técnicos do projeto, foram debatidas diversas concepções teórico-práticos baseados em diversas bibliografias indicadas pela coordenadora, trabalhando-se, dessa forma, a formação teórico-prática do acadêmico na área da gestão em saúde, políticas públicas e educação e comunicação em saúde.

As reuniões técnicas na Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, que permitiram a troca de informações atualizadas sobre a realidade que o município entesta, em termos da gestão e acesso aos serviços de saúde locais.

Cabe aqui retomar o dito por Junqueira (2002, p42), no que se refere à intersectorialidade, que é considerada como o processo de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e também na avaliação das ações para conseguir alcançar efeitos sinérgicos. Nesse sentido, as ações propostas no projeto sempre buscaram caminhar do lado do cronograma sanitário do município.

3 | CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO, DAS AÇÕES E DOS ACHADOS

3.1 Foz Do Iguaçu – Pr: “A Terra Das Águas E Da Diversidade Cultural”

Historicamente, em 14 de março de 1914, pela Lei 1383, foi criado o Município de Vila Iguaçu, instalado efetivamente no dia 10 de junho do mesmo ano, com a posse do primeiro prefeito, Jorge Schimmelpfeng, e da primeira Câmara de Vereadores. O município passou a denominar-se “Foz do Iguaçu”, em 1918 (SM – FOZ, 2018).

Conhecido nacional e internacionalmente como “a terra das águas” pela presença das Cataratas do Iguaçu, e “da diversidade cultural”, o município de Foz do Iguaçu contém uma mistura cultural significativa, sendo encontradas mais de 90 nacionalidades distintas, maioritariamente representadas pelos países de Paraguai, Argentina, Líbano (segunda cidade brasileira com maior população árabe) e China. Segundo aproximações da Prefeitura Municipal, a cidade conta com mais de 263 mil habitantes (IBGE, 2010). Foz do Iguaçu forma parte da região da tríplice fronteira, tendo como limites o extremo oeste do Paraná (Brasil – Paraguai, latitude 25°32’45” S) e ao sul, com Puerto Iguazu (Brasil – Argentina, longitude 54°35’07” O).

No ano de 2007, baixo mandato do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, foi apresentado o projeto de lei que teria por objetivo primário a criação da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), sendo sancionada em 12 de janeiro de 2010, aprovada pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal. A ideia de criar uma universidade latino-americana atendeu ao objetivo de formar recursos humanos

aptos para contribuir com a integração latino-americana, com o desenvolvimento regional e com o intercâmbio cultural, científico e educacional da América Latina (UNILA, 2018).

Logo, a UNILA significa, indiscutivelmente, uma mistura de culturas, línguas e modos de viver, que têm reforçado a diversidade cultural da cidade, pois anualmente o município recebe centenas de estudantes latino-americanos, oriundos desses das regiões norte, sul e central da América Latina, quanto também do Caribe, que vêm com o objetivo de finalizar seus estudos a nível de graduação, pós-graduação e/ou especialização. Em total, são 19 nacionalidades distintas que formam a identidade unileira, sendo o Português o Espanhol línguas institucionais, porém comumente ouvidas o Guaraní, Francês e Criole haitiano.

Dessa forma, Foz do Iguaçu, o Sistema Público de Saúde Local e, muito especialmente, os profissionais da Rede de Atenção, passaram por um processo de adequação às necessidades específicas destes usuários. A participação social dos sujeitos e o engajamento dos profissionais de saúde deve ser um binômio, visto através das lentes da Saúde Coletiva, que propicia o fortalecimento de um sistema contra hegemônico, respeitando os princípios doutrinários e defendendo os direitos de seus usuários, construindo assim no desenvolvimento de olhares e saberes diversos e equitativos.

Verdadeiramente, a UNILA tem sido de vital importância para o fortalecimento do SUS local, por meio das ações de extensão universitária realizadas pelos cursos de Saúde Coletiva, Medicina, Biotecnologia e Serviço Social, principalmente nas UBS, UPA, Hospitais e demais instituições. Pretende-se descentralizar os saberes na prática da democratização do conhecimento, sendo esse levado para fora das paredes institucionais, compartilhado com a comunidade externa e discutido sobre o trinômio Universidade – Comunidade – SUS.

3.2 Estrutura Da Rede De Serviços De Saúde De Foz Do Iguaçu

O município de Foz do Iguaçu registra – PR, até dezembro de 2018, um total de 28 Unidades Básicas de Saúde, 33 Equipes de Saúde da Família, 16 Equipes de Saúde Bucal, 03 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – AB, 1 Banco de Leite Humano e 1 Centro de Nutrição Infantil (SMSA – FOZ, 2018).

Com relação aos Serviços de Atenção Especializada, o município conta com 1 Centro de Especialidades Médicas, 1 Centro Especializado em Reabilitação, Ambulatório de Feridas, Ambulatório de Ostomias, 1 Ambulatório de Psiquiatria, 1 CAPS de segundo nível, 1 CAPS AD, 1 CAPS de primeiro nível, 1 Central de Regulação de Agendamento de Consultas e Exames, que visa descongestionar o fluxo de consultas recebidas nas UBS, 1 Centro de Regulação de Cirurgias, diminuindo a carga do terceiro nível, e 1 Central de Regulação de Tratamento Fora de Domicílio, ademais da Assistência Farmacêutica e o Laboratório Municipal.

Já no que concerne ao terceiro nível da atenção, o município conta com 2 Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Emergência – SAMU, Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE e 3 hospitais, tais sejam: Hospital Municipal Padre Germano Lauck, Hospital Costa Cavalcanti (que trabalha as especialidades de obstetrícia, cardiologia e oncologia) e o Hospital e Maternidade Cataratas.

A Vigilância Sanitária de Foz do Iguaçu está composta por 1 Centro de Testagem e Aconselhamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, 1 Centro de Referência para Tuberculose e Hanseníase e 1 Centro de Controle de Zoonoses.

Nesse sentido, a rede de atenção à saúde em Foz do Iguaçu está formada pela Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Atenção Hospitalar, Regulação em Saúde, Vigilância Sanitária e os Serviços de Urgência e Emergência.

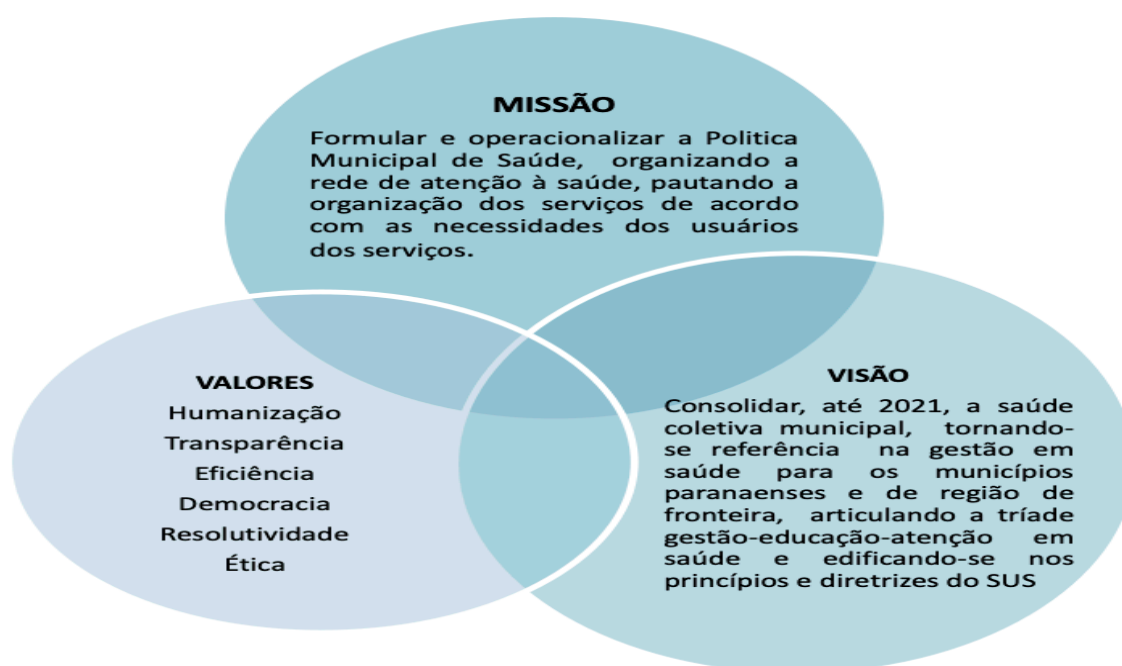


Figura 01. Identidade Organizacional 2018 – 2021.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu 2018 – 2021. Pág 13.

3.3 Cobertura Dos Serviços De Saúde No Município De Foz Do Iguaçu

Como resultado da intervenção com a Secretária de Saúde, os acadêmicos receberam permissão para visitar as diretorias que compõem a SMSA de Foz do Iguaçu. Assim, foi possível dialogar com os representantes das 8 diretorias, onde receberam-se informações sobre o fluxo de tarefas que são desenvolvidas por cada unidade e como essas ações são refletidas no acesso aos serviços de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde local. São essas oito diretorias: Diretoria de Atenção Básica; Diretoria de Atenção às Emergências e Urgências; Diretoria de Atenção Especializada; Diretoria de Vigilância em Saúde; Diretoria de Supervisão e Controle; Diretoria de Residência Médica e Qualidade; Diretoria de Gestão em Saúde.



Imagem 01. Reunião técnica, com a Secretária de Saúde de Foz do Iguaçu, Diretora da Atenção Básica, Docentes e Discentes do Curso de Saúde Coletiva – UNILA.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Página Oficial de facebook. Notícia publicada em 06 de junho de 2018. Disponível em: <https://www.facebook.com/2122192174476649/photos/a.2122639324431934/2145229122172954/?type=3&theater>

“No último dia 06/06 a secretária da saúde e representantes do corpo docente da UNILA do curso de Saúde Coletiva estiveram em reunião para o fortalecimento da articulação ensino-serviço por meio da ampliação dos cenários de práticas de formação. Esta parceria visa estabelecer programas de formação continuada voltados para a realidade vivenciada em nosso sistema municipal de saúde, bem como levar para o bojo das discussões entre os estudantes a análise do SUS municipal que garante a promoção de conhecimento sobre a realidade local oportunizando a busca de soluções e melhora dos processos de trabalho na saúde” (SMSA – FOZ, 2018).

Seguindo esse apontamento, uma das observações que mais chamou atenção, foi a mudança realizada neste ano (2018), por parte da Diretoria de Atenção Básica (DAB), no se que refere à emissão dos Cartões-SUS. O Cartão-SUS (Cartão Nacional de Saúde) é um dos documentos principais que os usuários devem apresentar no processo de acolhimento, ou seja, assim que chegar na recepção da UBS ou UPA, pois permite a inserção dos dados do usuário no sistema, registrando assim as observações realizadas pelo profissional de saúde e o encaminhamento, caso seja necessário. Segundo as novas diretrizes municipais de 13 de setembro de 2018 (*Normativa N° 001/2018 – SMSA*), os estrangeiros devem apresentar os seguintes documentos para emitir o Cartão SUS: RNE/passaporte ou protocolo emitido pela PF (temporário, provisório ou refugiado), CPF e comprovante de residência. No caso dos estudantes unileiros, será necessária a apresentação do comprovante de matrícula ativo com a instituição.

Todas estas informações foram conferidas por meio de reuniões com a acadêmica responsável, do curso de Saúde Coletiva, que se encontrava realizando o estágio obrigatório, na Diretoria de Atenção Básica. O processo de re-cadastramento foi

realizado de maio a agosto de 2018, segundo declarações da acadêmica responsável.

Um aporte significativo à Atenção Básica em Saúde em Foz do Iguaçu, segundo a (SMSA – FOZ, 2018), é a participação dos NASF-AB presentes na rede municipal, o que permite o acompanhamento das principais patologias tratadas na atenção básica. O NASF-AB desenvolve atividades como: visitas domiciliares, matriciamento, atendimentos ambulatoriais, caminhadas, academia da saúde, grupo de emagrecimento, grupo de cessação do tabagismo, puericultura compartilhada, grupo de gestantes, grupo de educação popular em saúde, grupo de prevenção de doenças crônicas, orientações nutricionais, atendimento de serviço social, programa saúde na escola, hiperdia, terapia comunitária, entre outras.

A Saúde da Criança e do Adolescente (SCA) recebe um trato diferenciado, sendo realizadas as ações de puericultura (0 < 5 anos), triagem neonatal (teste do pezinho 0 < 1 ano), consultas médicas (0 < 19 anos) na atenção primária e consultas profissionais nível superior – exceto médico, na mesma faixa etária. Segundo o dito pela SMSA – FOZ (2018), o município tem conseguido manter uma cobertura acima do 80% de recoletas para a realização de um segundo Teste do Pezinho, no número total de nascimentos, fato que vem a reforçar o atendimento especializado dedicado à Saúde da Criança, no combate direto aos índices de mortalidade infantil do município.

Dentre as principais ações realizadas no Programa Saúde na Escola, destacam-se: promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação de flúor; promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; verificação da situação vacinal; promoção e segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; prevenção ao uso do tabaco, álcool, crack e outras drogas; promoção de práticas corporais, atividade física e do lazer; promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; prevenção de violências e dos acidentes; promoção da cultura da paz, cidadania e dos direitos humanos, entre outras.

O Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) está composto por 1 médico, 2 enfermeiros e 2 auxiliares de enfermagem. Esse programa tem como objetivo primário realizar o acompanhamento dos usuários com patologias incapacitantes, tal seja o caso dos idosos em condição de acamados, acamados por outras razões, quanto também é realizado o acompanhamento de usuários com patologias crônicas não-incapacitantes, como o Diabetes e a Hipertensão Arterial.

No âmbito da Saúde da Mulher são realizadas três ações de primordial importância para o município, sejam: 1- acompanhamento pré-natal, servindo ao objetivo de garantir o acesso e o acolhimento nas diversas etapas da gestação; 2- prevenção do câncer de mama, que contempla a realização de mamografias em mulheres, principalmente, na faixa etária dos 50 aos 69 anos, realizados por equipe altamente qualificadas na detecção precoce deste tipo de câncer e, por último; 3- prevenção citopatológico uterino, que pretende garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade às mulheres na faixa etária dos 25 a 64 anos.

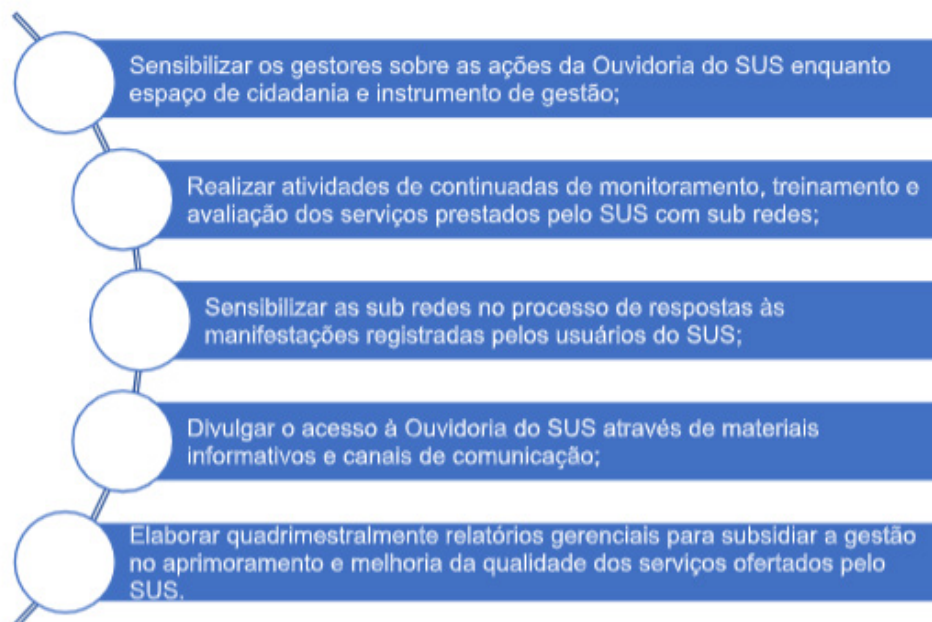
De acordo com a DAB, a primeira diretriz da atenção básica do município diz com respeito ao fortalecimento da rede primária de cuidado e atenção à saúde materno-infantil, tendo dois objetivos fundamentais: 1- organizar e qualificar a atenção à saúde materno-infantil na atenção primária à saúde e 2- qualificar a rede de atenção pré-natal de risco habitual, intermediário e de alto risco.

Por outro lado, o Banco de Leite realiza atendimento em três modalidades diferentes: 1- atendimento em grupo, por meio da realização de rodas de conversas sobre temáticas relacionadas à amamentação e à doação do leite humano; 2- atendimento individual, ou seja, o atendimento à gestante, puérpera, o filho ou à família e; 3- visita domiciliar, na coleta do leite oferecido pelas doadoras, especificamente coletado no lar. Atualmente o número de doadoras se mantém na média esperada, segundo dados da SMSA – FOZ (2018).

A SMSA – FOZ estabeleceu, mediante decreto municipal Nº 20.881, de 07 de novembro 2011 a Divisão de Ouvidoria de Saúde em Foz do Iguaçu, sendo parte da Diretoria de Residência Médica e Qualidade da SMSA. A ouvidoria é considerada um espaço para manifestação dos cidadãos sobre qualquer assunto relacionado aos serviços de saúde locais. Nesse lugar, como dito anteriormente, os usuários podem trazer as suas inquietudes ou reclamações não só presencialmente, mas também esta ouvidoria conta com uma central de atendimento telefônico, correspondência oficial e constante supervisão no e-mail institucional. Essas manifestações dos usuários são classificadas, dependendo da urgência, e como tal, encaminhadas ao respectivo departamento dentro da mesma secretaria, para imediata resposta/solução (SMSA – FOZ, 2018).

De acordo com a SMSA – FOZ/CMS (2018), de 2014 para 2017 foram contabilizadas um total de 3843 manifestações; classificadas como denúncias e reclamações. Dessa quantidade, obteve-se: 326 denúncias; 123 elogios; 96 contatos informativos; 1895 reclamações; 1269 solicitações; 134 sugestões.

Atendendo à meta de estruturar e qualificar a Ouvidoria do SUS em Foz do Iguaçu para o quadriênio de 2018 – 2021, estabeleceram-se as seguintes ações:



Fonte: Readaptado pelos autores. Plano Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu 2018 – 2021.

4 | O SANITARISTA E O IMPACTO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA SUA FORMAÇÃO E INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU

A saúde coletiva critica e questiona a ordem vigente nos sistemas e serviços de saúde, interrogando pela sua correspondência às necessidades de saúde da população, essa é a mesma interrogação a ser lançada sobre a relevância da formação das novas gerações de profissionais de saúde. Nosso país precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializam em administração, mas porque dominam o seu campo de trabalho ao final da graduação; profissionais com capacidade de escuta ampliada no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializam em planejamento, mas porque sabem o que é um projeto terapêutico singular. (CECCIM; CARVALHO, 2014, p. 165-166).

A constituição e a implementação do SUS, com ênfase nas interfaces e singularidades entre trabalho, educação e saúde, têm exigido novas estratégias formativas para alinhamento a essas propostas, diante da necessidade de readequação da formação profissional para atuação nas instituições de saúde (AMÂNCIO, 2004).

MACHADO (2015), descreve que a gestão do trabalho e da educação na saúde “tem merecido atenção por parte dos gestores e instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e seus objetivos institucionais. Pensar em gestão do trabalho como política significa pensar estrategicamente, e pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do profissional de saúde e do seu trabalho, tais como: carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação permanente das relações de trabalho em saúde, capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho, ética profissional, dentre outros”.

Segundo SAMPAIO (2007), A atuação nos níveis de atenção à saúde do SUS exige, em especial na APS, uma diversidade de saberes e práticas em áreas relacionadas à gestão sanitária, do cuidado de famílias e comunidades, ao manejo das determinações e consequências sociais, ao território sanitário de atuação, que impõe, diariamente, novas situações a serem enfrentadas.

Segundo MERHY (1999), o trabalho em saúde produz atos de saúde, ou seja, procedimentos, acolhimentos, ações de responsabilização, etc., que, pela sua vez, produzem o cuidado individual ou coletivo, que será a forma na qual serão abordados os problemas de saúde, e que tem como finalidade impactar direitos dos usuários finais, sejam essas necessidades de saúde, representadas como utilidades para o usuário.

O dito pelo autor acima mencionado reflete muito a característica subjetiva do fazer em saúde. Nessa perspectiva, a presença do Sanitarista, na região da tríplice fronteira, requer destrezas para observar, interpretar, compreender e poder intervir no processo de tomada de decisões neste tipo de cenário dominado por um sistema de saúde multicultural, lidando com os diferentes saberes latino-americanos que, infelizmente, ainda são influenciados notoriamente pelos modelos hegemônicos de prevenção e tratamento de enfermidades e não tanto pela comunicação e promoção em saúde.

O Sanitarista em formação no município, pela UNILA, está em constante estimulação para trabalhar com dinâmicas de grupo, através da consolidação das relações interpessoais de trabalho que exigem coletividade, autonomia intelectual, características essas da multidisciplinaridade em saúde, evidenciando uma aprendizagem ativa, de cunho crítica-reflexiva.

Considerando o acima mencionado, a atuação do Sanitarista no município de Foz do Iguaçu, seja na extensão universitária, seja na inserção laboral, estará marcada pelas aptidões de: identificação, avaliação, análise e intervenção sobre situações do processo saúde – doença – cuidado, e, ademais, identificação, apoio e fortalecimento da intersectorialidade em saúde, no desenvolvimento de programas conjuntos, na rede privada ou pública (CONSUN – UNILA, 2014).

Referente ao impacto na formação do bolsista, o vivenciado neste projeto de extensão permitiu que o acadêmico entendesse as fragilidades que têm emergido no Sistema Público de Saúde, no que se refere à gestão local, que devido ao histórico, tem entestado dificuldades no planejamento e execução, além de claro, nas questões orçamentárias.

No eixo da Gestão de Serviços de Saúde, as ações realizadas ao longo do projeto, facilitou a aquisição de conhecimentos não só teóricos, mas também práticos, para avaliar o acesso aos serviços de saúde municipal, valendo-se da análise geográfica, sociocultural e econômica, para realizar a gestão, a organização e o funcionamento do sistema no cenário local.

Distingue-se a aplicação dos conceitos e modelos de gestão aprendidos na

graduação, elemento esse que auxiliou no processo da realização das oficinas, nos diversos dispositivos sociais da cidade e, evidentemente, no esclarecimento de dúvidas que foram sendo manifestadas pelos cidadãos.

Ultimamente, gostaríamos de ressaltar a aptidão do Sanitarista de poder desenhar, programar e avaliar ações e projetos com abordagens socioculturais, atendendo às demandas de saúde dos usuários, porém, ainda respeitando as características étnicas, culturais e sociais, por meio da comunicação social, oral ou até escrita, sendo essas aptidões pensadas do Sanitarista em uma cidade com Foz do Iguaçu.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde brasileiro é considerado uma vitória do seu próprio povo, logo, a sua consolidação deve ser uma prioridade para toda a sociedade, sendo uma Política de Estado e não simplesmente mais um outro programa do governo. Nesse sentido, para conseguir ter um nível adequado de saúde, as pessoas necessitam saber e reconhecer e satisfazer suas necessidades básicas.

Fica claro que “fazer saúde” não se limita simplesmente ao ato de cuidar do usuário diretamente, no âmbito clínico, mas que é primordial que os usuários compreendam e se apropriem dos serviços oferecidos pelo SUS, de forma integral, fazendo com que seus direitos sejam respeitados e suas vozes ouvidas, no processo de construção e desenvolvimento do sistema como um todo.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se o valor da extensão universitária no aperfeiçoamento do acadêmico para posterior inserção ao ambiente profissional, que demandará aptidões como a interdisciplinaridade, a diversidade de sujeitos com um fim em comum e a capacidade de rápida resposta para situações que surgem no cotidiano do fazer em saúde. A extensão universitária, como mecanismo de conscientização social, auxilia suntuosamente no desenvolvimento de sujeitos socialmente responsáveis, no que diz respeito a sua atuação profissional e civil. É por meio desse contato com o mundo real, que o acadêmico e o profissional conseguem criar um vínculo que lhes permite deixar de lado posições hierárquicas e, como resultado disto, abre espaço à descoberta do trabalho coletivo, na busca de um objetivo comum, aprendendo cada dia mais, um do outro.

É pelo acima mencionado que recomenda-se que ações como as realizadas nesta extensão universitária possam servir como ponto de referência não só para os Sanitaristas, mas também para todos aqueles profissionais da saúde que procurem entender o funcionamento da gestão local do Sistema Público de Saúde de Foz do Iguaçu – PR, compreendendo as dinâmicas de mudança que o sistema como tal tem vivenciado, com vistas a reforçar a rede dos serviços de saúde ofertados no município, lutando pelos princípios que norteiam o SUS e os direitos dos usuários, direitos esses consagrados na Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1998).

6 | AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) através da Pró-reitoria de Extensão e do Curso de Saúde Coletiva e, à Prefeitura de Foz do Iguaçu através da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu – Paraná – Brasil.

REFERÊNCIAS

PARANA. Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu. Acesso em 04 de janeiro de 2018. Disponível em: <http://www.pmf.pr.gov.br/>

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Conselho Universitário. **Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva**. 2014. Acesso em 03 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.unila.edu.br/sites/default/files/files/PPC-SaudeColetiva.pdf>

Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Histórico Institucional. Acesso em 08 de janeiro de 2018. Disponível em: <https://www.unila.edu.br/conteudo/institucional>

Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Conselho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. Acesso em 02 de dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.saudefoz.com.br/SaudeFOZ/Formularios/wfrmVisualizarObjetos.aspx?ObjId=993>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde, Pacto pela Gestão e Consolidação do Sistema Único de Saúde 2006**, Disponível em http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf

CARVALHO, Yara M.; CECCIM, Ricardo B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. et al. (orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 165-166.

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.

MACHADO MH, Vieira ALS, Oliveira E. Gestão, Trabalho e Educação em Saúde: perspectivas teórico-metodológicas. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, organizadores. *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Cap. 10. p. 294-321.

XIMENES NETO FRG, SAMPAIO JJC. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2007 Dec [acessado 2018 Jan 6];60(6):687-695. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000600013>.

OS FATORES SOCIOECONÔMICOS DA MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ (SC), NO PERÍODO DE 1996 A 2013

Jéssica Tozatti

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECO)
Chapecó - SC

Patrícia Pereira de Oliveira

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECO)
Chapecó – SC

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECO)
Chapecó – SC

RESUMO: INTRODUÇÃO: Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, de causa relacionada e agravada pela gravidez, excluindo causas acidentais (OMS, 1998). A morte materna é considerada evitável e revela a qualidade da assistência à saúde da mulher e condições socioeconômicas (BORGES, 2013). Os objetivos almejados foram conhecer as características socioeconômicas da mortalidade materna de Chapecó (SC) entre 1996 a 2013 e possíveis fatores de risco. METODOLOGIA: Estudo observacional, retrospectivo, transversal realizado no município de Chapecó/SC. Foram utilizados dados secundários da base de dados da Secretaria de Vigilância de Chapecó e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

– DATASUS. RESULTADOS: Foram registrados 34 óbitos maternos durante o período. O perfil da maioria das mulheres que foram a óbito por causa materna foi: idade entre 25 a 34 anos, de cor/raça branca, casadas, e estudaram de 8 a 11 anos. A razão de mortalidade materna (RMM) demonstrou que o risco de morte materna aumenta nas faixas etárias mais extremas. A cor/raça branca foi predominante, com 64,7%, devido ao maior número de gestantes brancas, porém a RMM foi 10 vezes maior em mulheres pretas (566/100.000) do que em mulheres brancas (56/100.000). A distribuição dos óbitos por escolaridade materna revela a relação entre a maior taxa de morte materna com a menor escolaridade materna. **CONCLUSÃO:** A análise mostrou a cor preta, baixa escolaridade e idade materna extrema como risco para morte materna.

PALAVRAS-CHAVE: Morte Materna, Mortalidade Materna; Fatores Socioeconômicos.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Maternal death is the death of a woman during pregnancy or until 42 days after the end of gestation, related cause and aggravated by pregnancy, excluding accidental causes (WHO, 1998). Maternal death is considered preventable and reveals the quality of women's health care and socioeconomic conditions (BORGES, 2013). The objectives was know the socioeconomic

characteristics of the maternal mortality of Chapecó (SC) between 1996 and 2013 and possible risk factors. **METHODS:** Observational, retrospective, transversal study. Were used informations from the municipal health surveillance secretary of Chapecó and the Mortality Information System (SIM) - DATASUS. **RESULTS:** There were 34 maternal deaths during the period. The profile of the majority of women who died due to maternal causes was: aged between 25 and 34 years, white / caucasian, married, and studied to 8 - 11 years. The maternal mortality ratio (MMR) demonstrated that the risk of maternal death increases in the more extreme age. The white race was predominant, with 64.7%, because of the higher number of white women, but the MMR was 10 times higher in black women (566 / 100,000) than in white women (56 / 100,000). The distribution of deaths by maternal schooling reveals the relationship between the higher rate of maternal death and lower maternal schooling. **CONCLUSION:** The analysis showed black color, low schooling and extreme maternal age as risk for maternal death. **KEYWORDS:** Maternal Death; Maternal Mortality; Socioeconomic Factors.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna, pela Classificação Internacional de Doenças - (CID-10):

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou de até 42 dias após o término da gestação, independentemente de duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devidas a causas acidentais ou incidentais. (OMS, 1998)

A mortalidade materna é um indicador importante porque reflete as condições socioeconômicas do país (LAURENTI, 2004), qualidade de vida da população, assim como das políticas públicas que promovem as ações de saúde coletiva (BRASIL, 2007; WHO, 2010). Segundo o Ministério da Saúde, em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), as complicações maternas que levam ao óbito, na maioria das vezes, são devidas à inadequada ou tardia assistência à saúde.

Os fatores de risco para a mortalidade materna parecem estar envolvidos: idade materna elevada, o menor nível de escolaridade, o tipo de ocupação, o número reduzido de consultas de pré-natal, a ausência de companheiro e as condições prévias de saúde (LEITE, 2011; MORSE, 2011).

O indicador de mortalidade materno mais utilizado atualmente é a Razão de Mortalidade Materna (RMM) obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000 (SOMBRIO, 2011; TEIXEIRA, 2012; THEME-FILHA, 1999). Esta é a expressão que estima o risco de morte por gestação devida a complicações da gravidez, do parto e puerpério dividida pelo número de nascidos vivos no período (SOMBRIO, 2011).

Para o Comitê Central de Mortalidade Materna (2002), o coeficiente de

Mortalidade Materna aceitável pelos órgãos de saúde no mundo está cerca de 10 mortes maternas/100.000 nascidos vivos. No Brasil, o coeficiente de morte materna em 2008 foi de 58/100.000 (CARRENO, 2012), e com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5% (MORSE, 2011).

Para o Ministério da Saúde, em Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (2004), as altas taxas de mortalidade materna correspondem à violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo principalmente as classes sociais com menor poder socioeconômico.

A mortalidade materna é um dos indicadores de saúde da mulher que mostra diretamente o impacto da assistência no pré-natal, parto e puerpério. Portanto, conhecer a mortalidade materna de uma região, avalia a necessidade de adequar políticas públicas da assistência a mulher.

O objetivo desse estudo foi conhecer as características socioeconômicas da mortalidade materna de Chapecó (SC) entre 1996 a 2013 e possíveis fatores de risco.

2 | METODOLOGIA

Estudo observacional, retrospectivo, transversal realizado no município de Chapecó/SC. Foram utilizados dados secundários da base de dados da Secretaria de Vigilância de Chapecó e o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, disponível no Departamento de Informática do SUS – DATASUS, do período de 1996 a 2013. A amostra corresponde à todos os casos de óbitos maternos identificados, investigados e confirmados pela Secretaria de Vigilância em Saúde, ocorridos no período de 1996-2013 em Chapecó –SC.

Foi utilizado como indicador de mortalidade materna a Razão de Mortalidade Materna (RMM) obtida pelo quociente entre o número de mortes maternas e o número de nascidos vivos em determinado período, multiplicado por 100.000. Esta é a expressão que estima o risco de morte por gestação devido a complicações da gravidez, do parto e puerpério.

O número de nascidos vivos foi obtido a partir da base de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Essa pesquisa preenche critérios éticos conforme orientações da resolução 196/96 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNOCHAPECO, sob o número de parecer: 1.128.722. A aprovação da Secretária Municipal de Saúde foi pré-requisito básico.

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido a partir do projeto de iniciação científica, fomentado pelo CNPq, através do Edital nº 228, Reitoria 2014 da UNOCHAPECÓ.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados 34 óbitos maternos durante o período de 1996 à 2013. A maioria das mulheres que foram a óbito por causa materna tinha idade entre 25 a 34 anos, de cor/raça branca, casadas, e estudaram de 8 a 11 anos.

A concentração percentual de óbitos está na faixa etária de 20 a 34 anos, pois é a idade com maior prevalência de mulheres gestantes.

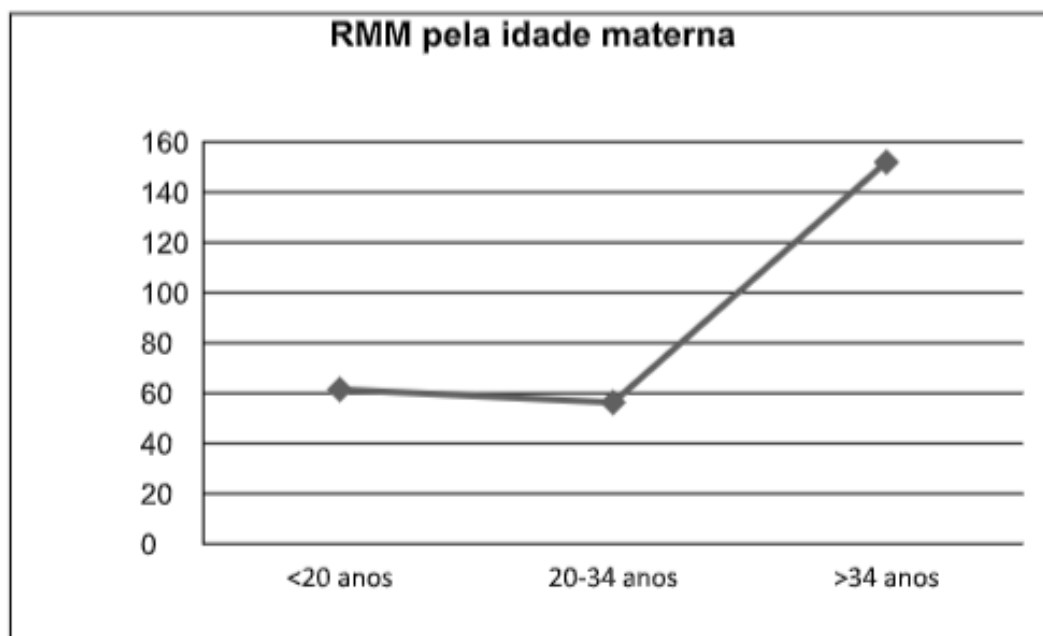


Figura 1. Razão de Mortalidade Materna pela idade materna.

A figura 1 analisa o número de óbitos com o número de nascidos vivos pela idade materna, mostrando que as idades extremas (<19 anos e >34 anos) chegam a RMM= 95,64.

O risco de morte materna aumenta nas faixas etárias mais avançadas e entre adolescentes (LEITE, 2011), conforme o presente estudo.

Cor/raça branca foi a predominante, com 64,7%, devido ao maior número de gestantes brancas em relação a pretas e pardas. Quando comparado a RMM em relação a gestantes brancas e pretas, a RMM foi 10 vezes maior em mulheres pretas (566/100.000) do que em mulheres brancas (56/100.000). Estudos mostram que existe aumento da RMM em relação às mulheres pretas e pardas, relacionando sua maior exposição as desigualdades sociais (CARRENO, 2012), corroborando com os resultados apresentados.

A distribuição dos óbitos por escolaridade dos óbitos mostra que apenas 21,73% das mulheres estudaram 12 ou mais anos e 26% estudaram mais de 8 anos. Portanto percebe-se aumento da paridade nas mulheres conforme a menor escolaridade. A figura 2 mostra claramente a relação entre a maior taxa de morte materna com a menor escolaridade materna. Sabe-se que os riscos de morte materna são inversamente proporcionais a quantidade de anos de estudos (MORSE, 2011). A RMM com alta

escolaridade provavelmente é explicada ao viés de que, quanto mais anos de estudos, maior a idade da mulher ao gestar (fator de risco independente).

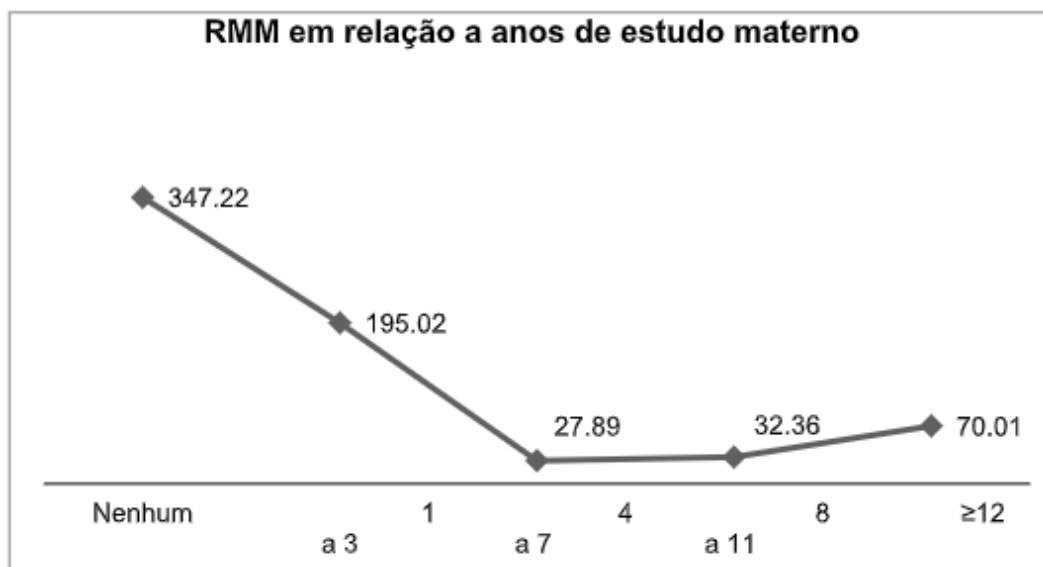


Figura 2. Razão de Mortalidade Materna pela escolaridade materna.

O estado civil das mulheres com óbito materno foi predominantemente casado em 52,9%, seguido de solteiro em 29,4%. A RMM das mulheres casadas também foi maior que a de mulheres solteiras. Apesar dos valores encontrados, estudos mostram que o estado civil/situação conjugal mais vulnerável ao óbito materno é não ter companheiro/marido, desta forma, a presença de um companheiro no período gravídico-puerperal tornaria-se um fator de proteção relevante na redução da morbimortalidade materna (CARRENO, 2012). Pode haver viés de dados sobre o estado civil, devido a diversidade de classificações, bem como os ignorados.

As variáveis subnotificadas são reveladas em vários estudos, sendo as acometidas, raça/cor da pele, estado civil e principalmente anos de estudo, “ignorado” em 35,6% (BORGES, 2013).

4 | CONCLUSÃO

A análise mostrou a cor preta, baixa escolaridade e idade materna extrema como risco para morte materna.

As variáveis socioeconômicas parecem ser fatores de risco para a morte materna. A qualidade de atenção à saúde da mulher e as condições de vida socioeconômicas estão intimamente ligadas a mortalidade materna (BORGES, 2013; MORAES, 2013). É consenso que as mulheres acometidas pela morte materna são as de baixa escolaridade e menor renda (MARTINS, 2006; MORSE, 2011).

Provavelmente um dos fatores envolvidos seria a abrangência do pré-natal, já que as classes menos favorecidas, geralmente tem dificuldade de acesso a esse serviço, porém não temos dados consistentes que confirmem essa afirmativa em Chapecó.

Sem dúvidas, a mortalidade materna é um dos indicadores de saúde da mulher que avalia diretamente o impacto da assistência no pré-natal, parto e puerpério, revelando as principais deficiências do sistema de saúde (LEITE, 2011; MACEDO, 2012).. Portanto, a mortalidade materna de uma região, deve ser constantemente avaliada para criticar e adequar às políticas públicas de assistência à mulher bem como as classes mais suscetíveis da sociedade.

REFERÊNCIA

BORGES, Cristiani Ludmila Mendes Sousa, *et al.* Evolução temporal e diferenciais intra-urbanos da Mortalidade Materna em Aracaju, Sergipe, 2000-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22, n. 2, p.307-316, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. (3ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CARRENO, Ioná; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, jun. 2012 .

COMITÊ CENTRAL DE MORTALIDADE MATERNA. Relatório sobre o ano 2000. 2. ed. Coordenação de desenvolvimento da gestão descentralizada (COGEst-SMS), 2002.

LAURENTI, Ruy; MELLO-JORGE, M.; GOTLIEB, Sabina. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p.449-460, jan-marc. 2004.

LEITE, Régia Maria Batista et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1977-1985, out. 2011.

MARTINS LEANDRO, Alaerte. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2473-2479, nov., 2006.

MARTINS LENTZ, Haimée Emerich; SOUZA, Maria de Lourdes de; ARZUAGA-SALAZAR, María Angélica. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.5, p.1025-1030, Abr. 2013.

MORAES, Ana Paula Pierre de et al. **Reproductive Health**, v.10, n.11, 2013.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.623-638, abr., 2011.

Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10). 4ª

ed. v.2. São Paulo: Edusp, p.143, 1998.

SOMBRIO, Stefanie Normanton et al. Razão de mortalidade materna na região sul do Brasil no período de 1996 a 2005. Maternal mortality ratio in southern Brazil from 1996 to 2005. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.40, n.3, 2001.

TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia et al . Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 12, n. 1, Mar. 2012 .

THEME-FILHA, Mariza Miranda; SILVA, Rosanna Iozzi da; NORONHA, Claudio P. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, Apr. 1999 .

World Health Organization (WHO). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank; Switzerland: World Health Organization; 2010.

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES RESIDENTES EM CHAPECÓ-SC

Mariana Martins De Moraes

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECÓ)
Chapecó – SC

Patricia Pereira De Oliveira

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECÓ), Área de Ciências da Saúde.
Chapecó - SC

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
(UNOCHAPECÓ), Área de Ciências da Saúde.
Chapecó – SC

RESUMO: Este trabalho buscou verificar a prevalência, analisar a intensidade dos sintomas característicos da Síndrome do Climatério em mulheres na pós-menopausa residentes em Chapecó-SC e correlacionar a intensidade destes sintomas com fatores da história clínica e sociodemográfica das mulheres entrevistadas. Foram entrevistadas 49 mulheres residentes em Chapecó – SC, com mais de 60 anos, em amenorreia por no mínimo um ano e que não fazem uso de terapia de reposição hormonal (TRH). A coleta de dados da história clínica foi realizada através de questionário e a avaliação dos sintomas climatéricos foi realizada através do Índice Menopausal de Kupperman (IMK). A prevalência dos sintomas climatéricos foi de 93,9% (n=49). Quarenta e nove por cento (n=24)

das mulheres relataram apresentar sintomas de intensidade leve e 6,1% (n=3) severos. O principal sintoma relatado foi artralgia/mialgia em 79,6% (n=39) dos casos. Muitos fatores demonstraram influenciar a intensidade dos sintomas, dentre eles, destacam-se doenças como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a depressão, por exemplo, que demonstraram levar a uma piora da intensidade dos sintomas climatéricos ($p<0,05$), enquanto a prática de atividade física e o uso de medicamentos antidepressivos demonstrou trazer um alívio dos sintomas a essas mulheres ($p<0,05$).

PALAVRAS-CHAVE: Climatério; Menopausa; Pós-menopausa.

ABSTRACT: This study aimed to verify the prevalence of characteristic symptoms of menopause as well as analyze their intensity in women with Postmenopausal Syndrome living in Chapecó-SC and then correlate the intensity of these symptoms with clinical history and socio-demographic factors of respondent women. Forty-nine women residing in Chapecó - SC older than 60 years and amenorrhea for at least one year were interviewed. Gathering of data concerning clinical and socio-demographic history was carried out through a questionnaire; climacteric symptoms evaluation was carried out through the Kupperman Menopausal Index. The prevalence of climacteric symptoms was 93.9 %

(n=49). Forty-nine percent (n=24) of women reported having mild symptoms, 38.8 % (n = 19) moderate ones and 6.1 % (n = 3) severe ones. The main symptom reported was arthralgia/myalgia, in 79.6 % (n=39) of the cases. Many factors were observed to influence the intensity of symptoms, among them, diseases such as systemic arterial hypertension (SAH) and depression, for example, it has been shown to worsen the intensity of climacteric symptoms ($p < 0.05$) while the practice of physical activity and the use of antidepressant medications was shown to bring relief of symptoms to these women ($p < 0.05$).

KEYWORDS: Climacteric; Menopause; Postmenopausal.

1 | INTRODUÇÃO

O climatério é o período da vida da mulher em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva. Clinicamente a menopausa é caracterizada pela interrupção definitiva da menstruação, constatada após um período de 12 meses de amenorreia. (FONSECA, HALBE, 2000; FONSECA et al., 2000; FREITAS et al., 2010; BRASIL, 2008). Ela pode ocorrer naturalmente, pelo envelhecimento, ou ser induzida, através de cirurgia, de forma química ou por radiação (MANSON, BASSUK, 2008; SOULES et al., 2001).

Devido à queda gradativa dos níveis hormonais, o climatério é marcado por muitas alterações fisiológicas que podem se manifestar através de sintomas (FONSECA et al., 2000; FREITAS et al., 2010; BRASIL, 2008). Estes sintomas são comuns e exercem influência sobre a qualidade de vida das mulheres climatéricas (LEE, LEE, 2013). Até 86% das mulheres com menopausa natural procuram auxílio médico para manejo dos sintomas climatéricos (GUTHRIE et al., 2003).

O estudo de Santos et al. (2007), através do índice menopausal de Kupperman (IMK), e o estudo de Bién et al. (2015) avaliaram a relação entre a intensidade dos sintomas climatéricos e a qualidade de vida e demonstraram que a qualidade de vida era menor entre as mulheres com sintomas mais intensos. Por tanto é imprescindível conhecer mais sobre a fase para desenvolver propostas assistenciais para promover o desenvolvimento sadio da mulher climatérica (LORENZI et al., 2006).

O objetivo desse trabalho foi avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos e a prevalência destes em mulheres na pós-menopausa residentes em Chapecó-SC relacionando-os com fatores da história clínica e sociodemográfica.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo tipo transversal observacional e descritivo. Para este estudo foram selecionadas 49 mulheres residentes em Chapecó, com mais de 60 anos, e em amenorreia por no mínimo um ano, não usuárias de terapia de reposição

hormonal (TRH), sem história de histerectomia sem ooforectomia e que preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada através de um questionário aplicado pelas pesquisadoras. O questionário foi dividido em duas partes. A primeira parte do questionário foi composta por dados sociodemográficos e dados da história médica e questões sobre o estilo de vida. A segunda parte do questionário foi composta pelo índice menopausal de Kupperman (IMK). Este índice avalia a intensidade referida de 11 sintomas (sintomas vasomotores, insônia, parestesia, nervosismo, tristeza, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação e formigamento) em uma escala de 4 pontos, de 0 – nenhum a 3 – intensidade severa, sendo que os sintomas vasomotores têm seu escore multiplicado por quatro e os sintomas parestesia, insônia e nervosismo tem seu escore multiplicado por dois. Os resultados obtidos foram somados e o escore foi avaliado de maneira categorizada, sendo menor ou igual a 19, caracterizado como leve, moderado se estiver entre 20 e 35, e maior do que 35, acentuado ou intenso (ADLER, 1998; SOUSA, 2000).

A análise estatística dos dados foi realizada com auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 22.0, a partir de banco de dados digitado na forma Excel. O nível de significância adotado foi de 95%, com $p < 0,05$.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó, sob o CAAE número 53941816.7.0000.0116.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sintomas mais comuns durante a pós-menopausa são: palpitações, vertigens, fraqueza, ansiedade, depressão, irritabilidade, ressecamento vaginal, dispareunia, vaginites, incontinência urinária, cefaleia, artralgias e mialgias (FONSECA et al., 2000; FREITAS et al., 2010; BRASIL, 2008). No estudo de Pedro et al. (2003a) os sintomas mais frequentes na pós-menopausa foram nervosismo (80,3%), fogachos (77,8%), sudorese (66,2%), irritabilidade (66,2%), cefaléia (63,1%), tontura (61,1%), insônia (61,1%), depressão (57,6%) e palpitação (53,5%). Os sintomas mais frequentes no presente estudo foram: artralgia/mialgia, nervosismo, tristeza, insônia, formigamento, cefaleia e palpitação, atingindo mais de 40% das entrevistadas. O presente estudo não investigou sintomas urogenitais.

A Tabela 1 descreve a frequência e a intensidade dos sintomas climatéricos entre as entrevistadas.

Sintomas	Leve		Moderado		Intenso		Total	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)
Vasomotores	8	(16,3)	2	(4,1)	9	(18,4)	19	(38,8)
Parestesia	3	(6,1)	3	(6,1)	8	(16,3)	14	(28,6)
Insônia	4	(8,2)	8	(16,3)	12	(24,5)	24	(49)

Nervosismo	13	(26,5)	9	(18,4)	15	(30,6)	37	(75,5)
Tristeza	11	(22,4)	10	(20,4)	9	(18,4)	30	(61,2)
Vertigem	8	(16,3)	5	(10,2)	11	(22,4)	24	(49)
Fraqueza	7	(14,3)	4	(8,2)	7	(14,3)	18	(36,7)
Artralgia/Mialgia	5	(10,2)	7	(14,3)	27	(55,1)	39	(79,6)
Cefaleia	9	(18,4)	7	(14,3)	7	(14,3)	23	(46,9)
Palpitação	8	(16,3)	6	(12,2)	7	(14,3)	21	(42,9)
Formigamento	7	(14,3)	6	(12,2)	11	(22,4)	24	(49)

Tabela 1 - Frequência dos sintomas climatéricos e sua intensidade nas mulheres na pós-menopausa residentes em Chapecó (n=49)

Fonte: autoria própria

Os sintomas vasomotores são os mais frequentes e mais prevalentes afetando 60 a 80% das mulheres climatéricas, principalmente durante os anos que precedem a menopausa e os primeiros anos da pós-menopausa. Em 43% das mulheres há uma redução na intensidade dos sintomas vasomotores até cinco anos após a DUM (FREITAS et al., 2010; SANTORO, 2008; WELTON et al., 2008). Dentre as entrevistadas no presente estudo, 38,8% (n=19) apresentaram sintomas vasomotores, sendo 16,3% (n=8) em intensidade leve e 18,4% (n=9) severa. Todas estavam no período pós-menopausa há mais de cinco anos.

A média de idade das entrevistadas foi de 67,94±6,11 anos e a média de anos decorridos desde a DUM foi de 20,73±9,2 anos. As entrevistadas foram distribuídas em três grupos de acordo com os anos decorridos desde a DUM: cinco a 10 anos (n=5), 10 a 20 anos (n=20) e 20 anos ou mais (n=24). Já a média idade na qual ocorreu a DUM foi de 47,2±5,1 anos. As entrevistadas foram classificadas em grupos de acordo com a idade em que ocorreu a DUM, sendo estes: “menopausa precoce” (n=3), quando a DUM ocorre antes dos 40 anos; “regular” (n=45), quando ocorre entre os 40 e 55 anos; ou “menopausa tardia” (n=1), quando a DUM ocorre após os 55 anos, de acordo com a classificação apresentada por Freitas, 2010.

Segundo Freitas et al. (2010), a média de idade na menopausa é de 50 anos de idade. No estudo de Lorenzi et al. (2005) realizado na cidade de Caxias do Sul-RS a média de idade na menopausa foi de 47,7±4,6 anos. No estudo de Malheiros et al. (2014) realizado na cidade de São Luiz – MA, a média de idade na menopausa foi de 48±4,61 anos. No estudo de Pedro et al. (2003b), realizado na cidade de Campinas – SP, a média de idade na menopausa foi de 51,2 anos. No presente estudo, a média de idade foi próxima da média esperada.

A menopausa precoce está relacionada com o aparecimento de mais sintomas e sintomas mais intensos do que as demais (HENDRIX, 2005). Neste estudo a menopausa precoce esteve associada com o sintoma parestesia (p=0,011), que era mais intenso entre estas mulheres. Dentre as mulheres que apresentaram menopausa precoce, 66,7% (n=3) não apresentaram o sintoma parestesia e 33,3% (n=3) o apresentaram na forma intensa. Dentre as mulheres com a idade na DUM entre 40 e 55 anos, 73,3% (n=33) não apresentaram parestesia, 4,4% (n=2) apresentaram parestesia leve, 6,7%

(n=3) em intensidade moderada e 15,6% (n=7) apresentaram parestesia intensa. Apenas uma entrevistada apresentou menopausa tardia e esta relatou parestesia leve.

A menopausa pode ocorrer naturalmente pelo envelhecimento ou pode também ser induzida através de cirurgia, de forma química ou por radiação (MANSON, BASSUK 2008; SOULES et al., 2001). No presente estudo, 85,7% (n=49) das mulheres apresentaram menopausa natural. Nenhuma das mulheres incluídas no estudo apresentou menopausa medicamentosa ou por radiação. Segundo os estudos realizados por Özdemir et al. (2009) e Hendrix (2005), as mulheres que passaram por menopausa cirúrgica apresentam mais sintomas e sintomas mais intensos do que as demais. Esta correlação não foi evidenciada no presente estudo.

Em um estudo realizado na cidade de São Luis - MA com mulheres entre 45 e 60 anos a prevalência de sintomas climatéricos foi de 85,9%. (MALHEIROS et al., 2014). No estudo de Pedro, et al. (2003a) realizado na cidade de Campinas – SP, também com mulheres de 45 a 60 anos, a prevalência de sintomas climatéricos foi de 96,9%. A prevalência dos sintomas climatéricos no presente estudo foi de 93,9% (n=49), porém espera-se uma redução na prevalência e na intensidade dos sintomas com o passar dos anos (DALAL, AGARWAL, 2015; FREITAS et al., 2010; SANTORO, 2008;). No presente estudo 48,98% (n=49) das entrevistadas foram classificadas com sintomas leves, 38,78% (n=49) moderados, 6,12 % (n=49) intensos e apenas . 6,12 % (n=49) referiram não ter sintomas climatéricos, portanto, a prevalência de sintomas climatéricos em mulheres com mais de 60 anos, residentes em Chapecó-SC é alta.

Geralmente os sintomas duram um a dois anos após a menopausa, mas algumas mulheres podem apresentar sintomas climatéricos até 10 anos ou mais após a menopausa (DALAL, AGARWAL, 2015). No presente estudo todas as mulheres que referiram não apresentar sintomas já estavam na fase pós-menopausa há 20 anos ou mais. Dentre as mulheres que estavam na pós-menopausa há mais de 10 anos, 94% (n=41) ainda apresentavam sintomas, sendo que, destas, 7% (n=3) apresentavam sintomas intensos. Nenhuma das entrevistadas apresentou sintomas intensos após 20 anos da DUM. Neste estudo também houve correlação direta entre os sintomas parestesia e palpitação e o tempo na pós-menopausa conforme a Tabela 2.

Anos desde a DUM:	5-10		10-20		20 ou mais		Total (n)	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
IMK								0,255
<i>Não apresenta sintomas</i>	0		0		3	(100)	3	
<i>Leve</i>	3	(12,5)	10	(41,7)	11	(45,8)	24	
<i>Moderado</i>	2	(10,5)	7	(36,8)	10	(52,6)	19	
<i>Intenso</i>	0		3	(100)	0		3	
Parestesia								0,013
<i>Não apresenta</i>	2	(5,7)	14	(40)	19	(54,3)	35	
<i>Leve</i>	2	(66,7)	0		1	(33,3)	3	
<i>Moderado</i>	1	(33,3)	2	(66,7)	0		3	
<i>Intenso</i>	0		4	(50)	4	(50)	8	

Palpitação	0,05						
<i>Não apresenta</i>	4	(14,3)	7	(25)	17	(60,7)	28
<i>Leve</i>	0		7	(87,5)	1	(12,5)	8
<i>Moderado</i>	0		4	(66,7)	2	(33,3)	6
<i>Intenso</i>	1	(14,3)	2	(28,6)	4	(57,1)	7

Tabela 2 - Correlação entre tempo na pós-menopausa e intensidade dos sintomas climatéricos (n=49)

DUM = data da última menstruação; IMK = Índice Menopausal de Kupperman;

Fonte: autoria própria

Quanto aos hábitos de vida, 83,7% (n=41) das entrevistadas relataram praticar atividade física, sendo que destas, 73,5% (n=36) o fazem regularmente. A frequência média da prática de atividade física foi de $2,41 \pm 1,24$ vezes por semana, com duração média de cada sessão de $52,44 \pm 17,50$ minutos.

A prática de atividade física mostrou correlação inversa com intensidade do sintoma cefaleia ($p=0,004$). A prática de atividade física regular, dentre as mulheres que relataram praticar atividade física, também mostrou correlação inversa com intensidade do sintoma fraqueza ($p=0,019$). Dentre as mulheres que relataram praticar atividade física, 61% (n=25) não apresentaram o sintoma cefaléia, 9,8% (n=4) apresentaram cefaléia leve, 14,6% (n=6) moderada e 14,6% (n=6) intensa. Já as mulheres que não praticam atividade física, 12,5% (n=1) não apresentaram o sintoma cefaléia, 62,5% (n=5) apresentaram cefaléia leve, 12,5% (n=1) moderada e 12,5% (n=1) intensa. Dentre as mulheres que relataram praticar atividade física regularmente, 72,2% (n=26) não apresentaram o sintoma fraqueza, 13,9% (n=5) apresentaram fraqueza leve, 2,8% (n=1) moderada e 11,1% (n=4) intensa. Já as mulheres que praticam atividade física, porém não o fazem regularmente, 40% (n=2) não apresentaram o sintoma fraqueza, 40% (n=2) apresentaram fraqueza moderada e 20% (n=1) intensa.

Canário et al. (2012) avaliou através do IMK a relação entre a intensidade dos sintomas climatéricos e a prática de exercícios físicos em mulheres brasileiras residentes na cidade de Natal – RN. Esse estudo mostrou que mulheres sedentárias apresentavam sintomas climatéricos com maior intensidade do que as que praticavam exercício físico. Esse estudo também mostrou que a intensidade dos sintomas climatéricos era inversamente proporcional a intensidade do exercício físico, ou seja, mulheres que realizavam exercícios físicos mais vigorosos apresentavam menor intensidade dos sintomas climatéricos. Villaverde-Gutiérrez et al. (2006) também avaliou a repercussão da atividade física na intensidade dos sintomas e na qualidade de vida de mulheres entre 55 e 72 anos, sendo que entre as mulheres que praticavam atividade física, houve melhora na qualidade de vida e redução na intensidade dos sintomas climatéricos. A prática de atividade física também mostrou correlação com sintomas climatéricos no presente estudo, principalmente com os sintomas cefaléia e fraqueza. Não foi avaliada neste estudo a intensidade do exercício físico, entretanto,

a prática regular mostrou-se superior à prática esporádica de atividade física no alívio dos sintomas.

O mecanismo pelo qual o exercício físico atua para reduzir os sintomas ainda não está bem esclarecido, entretanto sugere-se que pode haver relação entre a liberação de endofinas hipotalâmicas durante a prática de atividade física e o alívio dos sintomas, também sugere-se que a prática de atividade física possa agir como uma distração das preocupações, reduzindo os sintomas depressivos e possa melhorar a autoestima, o que poderá levar a uma melhora da qualidade de vida e uma redução da percepção da intensidade dos sintomas climatéricos (DALEY, STOKES-LAMPARD, MACARTHUR, 2009).

Dentre as mulheres entrevistadas, 79,6% (n=49) relataram ter algum tipo de comorbidade, sendo que destas 61,2% (n=39) relataram ser hipertensas e 16,3% (n=39) referiram ter diagnóstico de depressão. Quanto ao uso de medicações, 87,8% (n=49) das entrevistadas fazem uso de algum tipo de medicação regularmente e/ou diariamente, sendo que 25,6% (n=43) destas fazem uso de antidepressivo.

As alterações de humor são frequentes nesta fase da vida e geralmente se manifestam como irritabilidade, ansiedade e depressão (FREITAS et al., 2010). Segundo Dalal e Agarwal (2015), 20% das mulheres apresentam depressão em algum momento durante o climatério. Os sintomas de alteração de humor estavam entre os mais frequentes, sendo que, 75,5% (n=37) apresentaram nervosismo e 61,2% (n=30) tristeza.

No presente estudo diagnóstico de depressão apresentou correlação direta com os valores do IMK (p=0,022). Dentre as mulheres que relataram ter diagnóstico de depressão, todas apresentaram sintomas, sendo que, 12,5% (n=1) apresentaram sintomas leves e 87,5% (n=7) apresentaram sintomas moderados, porém, nenhuma apresentou sintomas intensos. Já as mulheres que relataram não ter diagnóstico de depressão, 7,3% (n=3) não apresentaram sintomas, 56,1% (n=23) apresentaram sintomas leves, 29,3% (n=12) moderados e 7,3% (n=3) intensos.

O uso de antidepressivos em mulheres sintomáticas pode levar ao alívio dos sintomas (SANTORO, 2008). No presente estudo todas as mulheres que relataram fazer uso de antidepressivos referiram ter sintomas climatéricos, porém, 18,2% (n=11) apresentaram sintomas leves e 81,8% (n=11) sintomas moderados. Neste grupo não houve relatos de sintomas intensos. Já entre as não usuárias de antidepressivos, 7,9% (n=38) referiram ter sintomas intensos, 26,3% (n=38) moderados e 57,9% (n=38) leves. Neste grupo 7,9% das entrevistadas não referiram sintomas (p=0,01).

De acordo com Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa de 2014 o uso de inibidores seletivos de recaptção da serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e gabapentina é eficaz para o tratamento de sintomas climatéricos, porém, não é recomendado o uso de fluoxetina ou paroxetina em mulheres que estão em uso de tamoxifeno (BAGNOLI, 2014; WENDER, POMPEI, FERNANDES, 2014; SANTORO, 2008).

Segundo um estudo realizado por Borkoles et al. (2015), a depressão tende a aumentar a frequência e a intensidade dos sintomas climatéricos. Neste mesmo estudo também foi evidenciada a relação entre sintomas depressivos, como ansiedade, irritabilidade e depressão, e sintomas somáticos, físicos e vasomotores do climatério, como sintomas vasomotores, parestesia, insônia e cefaleia, sendo que mulheres que apresentaram sintomas depressivos com mais intensidade também apresentaram outros sintomas do climatério com maior intensidade. Esse dado concorda com o presente estudo, que aponta que mulheres com diagnóstico de depressão e mulheres com nervosismo e tristeza mais acentuados apresentaram sintomas mais frequentemente do que as demais. Entretanto, o fato de mulheres com depressão não apresentarem valores do IMK compatíveis com a classificação de sintomas intensos pode estar relacionado com o uso do antidepressivo para o tratamento de tal comorbidade.

O sintoma insônia apresentou correlação positiva com hipertensão arterial sistêmica (HAS) ($p=0,021$). Dentre as mulheres que relataram ter diagnóstico de HAS, 33,3% ($n=10$) apresentaram insônia intensa, 6,7% ($n=2$) moderada, 13,3% ($n=4$) apresentaram insônia leve e 46,7% ($n=14$) relataram não apresentar o sintoma insônia. Já as mulheres que relataram não ter diagnóstico de HAS, 57,9% ($n=11$) não apresentaram o sintoma insônia, 31,6% ($n=6$) apresentaram insônia moderada e apenas 10,5% ($n=2$) apresentaram insônia intensa.

O estudo de Halbe et al. (1990) identificou a correlação entre diagnóstico de HAS e sintomas climatéricos, sendo que mulheres hipertensas apresentaram sintomas mais intensos do que as demais. Esta correlação também foi evidenciada neste estudo, sendo significativa a relação dentre diagnóstico de HAS e insônia. O estudo de Freitas (2013) também evidenciou a relação entre HAS e insônia em idosos, corroborando os achados do presente estudo.

Os sintomas também foram correlacionados entre si. Os sintomas nervosismo e artralgia/mialgia mostraram correlação direta ($p=0,012$). Dentre as mulheres que não apresentaram nervosismo, 50% ($n=6$) não apresentaram artralgia/mialgia, 8,3% ($n=1$) apresentaram artralgia/mialgia leve, 8,3% ($n=1$) apresentaram artralgia/mialgia moderada e 33,3% ($n=4$) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram nervosismo leve, 15,4% ($n=2$) não apresentaram artralgia/mialgia, 7,7% ($n=1$) apresentaram artralgia/mialgia leve, 7,7% ($n=1$) moderada e 69,2% ($n=9$) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram nervosismo de intensidade moderada, 22,2% ($n=2$) não apresentaram artralgia/mialgia, 44,4% ($n=4$) apresentaram artralgia/mialgia moderada e 33,3% ($n=3$) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram nervosismo intenso, todas apresentaram artralgia/mialgia, sendo que 20% ($n=3$) apresentaram artralgia/mialgia leve, 6,7% ($n=1$) moderada e 73,3% ($n=11$) intensa.

Os sintomas insônia e artralgia/mialgia também mostraram correlação positiva ($p=0,033$). Dentre as mulheres que não apresentaram insônia, 40% ($n=10$) não apresentaram artralgia/mialgia, 12% ($n=3$) apresentaram artralgia/mialgia leve, 4%

(n=1) apresentaram artralgia/mialgia moderada e 44% (n=11) intensa. Todas as mulheres que apresentaram insônia também apresentaram artralgia/mialgia. Dentre as mulheres que apresentaram insônia leve, 25% (n=1) apresentaram artralgia/mialgia leve, 20% (n=1) moderada e 50% (n=2) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram insônia moderada, 37,5% (n=3) apresentaram artralgia/mialgia moderada e 62,5% (n=5) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram nervosismo intenso, 8,3% (n=1) apresentaram artralgia/mialgia leve, 16,7% (n=2) moderada e 75% (n=9) intensa.

O sintoma artralgia/mialgia também mostrou correlação positiva com os sintomas vasomotores ($p=0,006$). Dentre as mulheres que não apresentaram artralgia/mialgia, 80% (n=8) não apresentaram sintomas vasomotores, 10% (n=1) apresentaram sintomas vasomotores leves, 10% (n=1) intensos. Dentre as mulheres que apresentaram artralgia/mialgia leve, 40% (n=2) não apresentaram sintomas vasomotores, 40% (n=2) apresentaram sintomas vasomotores moderados e 20% (n=1) intensos. Dentre as mulheres que apresentaram artralgia/mialgia moderada, 71,4% (n=5) não apresentaram sintomas vasomotores e 28,6% (n=2) apresentaram sintomas vasomotores intensos. Dentre as mulheres que apresentaram artralgia/mialgia intensa, 55,6% (n=15) não apresentaram sintomas vasomotores, 25,9% (n=7) apresentaram sintomas vasomotores leves e 18,5% (n=5) intensos.

O sintoma insônia também apresentou correlação positiva com cefaleia ($p=0,005$). Dentre as mulheres que não apresentaram insônia, 72% (n=18) não apresentaram cefaleia, 16% (n=4) apresentaram cefaleia leve, 8% (n=2) apresentaram cefaleia moderada e 4% (n=1) apresentaram cefaleia intensa. Dentre as mulheres que apresentaram insônia leve, 50% (n=2) não apresentaram cefaleia, 25% (n=1) apresentaram cefaleia moderada e 25% (n=2) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram insônia moderada, 62,5% (n=5) não apresentaram cefaleia e 37,5% (n=3) apresentaram cefaleia leve. Dentre as mulheres que apresentaram insônia intensa, 8,3% (n=1) não apresentaram cefaleia, 16,7% (n=2) apresentaram cefaleia leve, 33,3% (n=4) moderada e 41,7% (n=5) intensa.

O sintoma tristeza mostrou correção positiva com o sintoma insônia ($p=0,033$). Dentre as mulheres que não apresentaram tristeza, 73,7% (n=14) não apresentaram insônia, 10,5% (n=2) apresentaram insônia leve, 5,3% (n=1) apresentaram insônia moderada e 10,5% (n=2) apresentaram insônia intensa. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza leve, 45,5% (n=5) não apresentaram insônia, 9,1% (n=1) apresentaram insônia leve, 36,4% (n=4) moderada e 9,1% (n=1) intensa. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza moderada, 40% (n=4) não apresentaram insônia, 10% (n=1) apresentaram insônia leve, 20% (n=2) moderada e 30% (n=3) apresentaram insônia intensa. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza intensa, 22,2% (n=2) não apresentaram insônia, 11,1% (n=1) apresentaram insônia moderada e 66,7% (n=7) intensa.

O sintoma tristeza mostrou correlação direta com o sintoma nervosismo ($p=0,003$). Dentre as mulheres que não apresentaram tristeza, 52,6% (n=10) não

apresentaram nervosismo, 21,1% (n=4) apresentaram nervosismo leve, 10,5% (n=2) apresentaram nervosismo moderado e 15,8% (n=3) apresentaram nervosismo intenso. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza leve, 18,2% (n=2) não apresentaram nervosismo, 54,5% (n=6) apresentaram nervosismo, leve, 18,2% (n=2) moderado e 9,1% (n=1) intenso. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza moderada, todas apresentaram nervosismo, sendo que, 20% (n=2) apresentaram nervosismo leve, 20% (n=2) moderado e 6% (n=60) apresentaram nervosismo intenso. Dentre as mulheres que apresentaram tristeza intensa, todas apresentaram nervosismo, sendo que, 11,1% (n=1) apresentaram nervosismo leve, 33,3% (n=3) moderado e 55,6% (n=5) nervosismo intenso.

Os sintomas também foram correlacionados com os valores do IMK. A Tabela 3 mostra os sintomas que mostraram exercer maior influência sobre o IMK. Os sintomas vasomotores não mostraram influenciar significativamente os valores de IMK nesta população.

IMK	Leve		Moderado		Intenso		Total (n)	p
	n	%	n	%	n	%		
0,027								
Não apresenta	16	(64)	6	(24)	0		25*	
Leve	2	(50)	2	(50)	0		4	
Moderado	4	(50)	4	(50)	0		8	
Intenso	2	(16,7)	7	(58,3)	3	(25)	12	
0,002								
Não apresenta	7	(58,3)	2	(16,7)	0		12*	
Leve	10	(76,9)	3	(23,1)	0		13	
Moderado	4	(44,4)	5	(55,6)	0		9	
Intenso	3	(20)	9	(60)	3	(20)	15	
0,011								
Não apresenta	13	(68,4)	3	(15,8)	0		19*	
Leve	7	(63,6)	4	(36,4)	0		11	
Moderado	3	(30)	6	(60)	1	(10)	10	
Intenso	1	(11,1)	6	(66,7)	2	(22,2)	9	
0,014								
Não apresenta	7	(70)	0		0		10*	
Leve	3	(60)	2	(40)	0		5	
Moderado	3	(42,9)	4	(57,1)	0		7	
Intenso	11	(40,7)	13	(48,1)	3	(11,1)	27	

Tabela 3: Correlação entre o valor do IMK e os sintomas climatéricos (n=49)

* Três mulheres não apresentaram sintomas climatéricos (leves, moderados ou intensos).

IMK = Índice Menopausal de Kupperman

Fonte: autoria própria

De acordo com o estudo de Słopień et al. (2015) os distúrbios da continuidade do sono são comuns durante o climatério e estão relacionadas com a intensidade dos

sintomas, sendo que a o alívio dos sintomas pode trazer uma melhora na qualidade do sono desta população. A mesma correlação foi encontrada no presente estudo, sendo que as mulheres com sintomas mais intensos também apresentaram insônia mais intensa do que as demais.

O estudo realizado por Cunha e Mayrink (2011) avaliou a influência da dor crônica e a qualidade de vida dos pacientes idosos e percebeu que a dor influencia negativamente a qualidade de vida destacando-se a piora da qualidade de vida no domínio físico e psicológico. Dentre os pacientes entrevistados nenhum relatou perceber a própria saúde como muito boa, porém, não houve correlação estatisticamente significativa entre dor crônica e percepção da saúde. Um resultado similar foi encontrado no presente estudo, sendo que a intensidade do sintoma artralgia/mialgia influenciou a intensidade geral dos sintomas climatéricos, assim como a intensidade dos sintomas insônia, nervosismo e sintomas vasomotores individualmente.

4 | CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados a respeito da sintomatologia climatérica em mulheres na pós-menopausa residentes em Chapecó-SC, foi possível verificar que a prevalência dos sintomas climatéricos foi de 93,9% (n=49) em mulheres na pós-menopausa residentes em Chapecó-SC, sendo maior do que o esperado para a faixa etária pesquisada.

Com relação à intensidade dos sintomas, 49% (n=24) das mulheres relataram apresentar sintomas de intensidade leve, 38,8% (n=19) moderados e 6,1% (n=3) severos. Sendo evidente uma predominância de sintomas leves sobre sintomas severos em mulheres, na pós-menopausa, com mais de 60 anos de idade.

Muitos fatores estão correlacionados com a intensidade dos sintomas climatéricos, dentre eles, destaca-se que doenças, como HAS e depressão, podem levar a um agravamento na intensidade dos sintomas climatéricos, mas a prática de exercícios físicos e o uso de antidepressivos pode constituir uma terapia não hormonal eficaz para o controle de sintomas climatéricos nesta população.

REFERÊNCIAS

ALDER, Elizabeth. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. **Maturitas**, Amsterdam, v. 29, n. 1, p. 19-24, jan. 1998.

BAGNOLI, Vicente Renato; FONSECA, Ângela Maggio; BAGNOLI Fábio; CEZARINO Pérsio Yvon Adri; SILVA Jucilene Sales da Paixão; BARACAT Edmund Chada. Alternativas para o tratamento não hormonal de mulheres no climatério. **RBM rev. bras. med.**, v. 71, n. 9, set. 2014.

BIEŃ, Agnieszka; RZOŃCA, Ewa; IWANOWICZ-PALUS, Grażyna; PAŃCZYK-SZEPTUCH, Małgorzata. The Influence of Climacteric Symptoms on Women's Lives and Activities. **International journal of environmental research and public health**, v. 12, n. 4, p. 3835-3846, abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.

BORKOLES, Erika et al. The role of depressive symptomatology in peri- and post-menopause. **Maturitas**, v. 81, n. 2, p. 306-310, 2015.

CANÁRIO, Ana C. G.; CABRAL, Patrícia U.; SPYRIDES, Maria H.; GIRALDO, Paulo C.; EUTÉRIO JR., José; GONÇALVES, Ana Katherine. The impact of physical activity on menopausal symptoms in middle-aged women. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, n. 1, p. 34-36, jul. 2012.

CUNHA, Lorena Lourenço; MAYRINK, Wildete Carvalho. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Rev Dor**, v. 12, n. 2, p. 120-4, 2011.

DALAL, Pronob K.; AGARWAL, Manu. Postmenopausal syndrome. **Indian journal of psychiatry**, v. 57, n. Suppl 2, p. S222 – S232, jul. 2015.

DALEY, A. J.; STOKES-LAMPARD, H. J.; MACARTHUR, C. Exercise to reduce vasomotor and other menopausal symptoms: a review. **Maturitas**, v. 63, n. 3, p. 176-180, fev. 2009.

GUTHRIE, J. R.; DENNERSTEIN L.; TAFFE J. R.; DONNELLY V.. Health care-seeking for menopausal problems. **Climacteric**, v. 6, n. 2, p. 112-117, jan. 2003.

HALBE, Hans Wolfgang et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos em 1.319 pacientes climatéricas. **Rev. ginecol. obstet**, v. 1, n. 3, p. 182-94, 1990.

HENDRIX, Susan L. Bilateral oophorectomy and premature menopause. **The American journal of medicine**, v. 118, n. 12, p. 131-135, dez. 2005.

FONSECA, Angela Maggio da; BAGNOLI, Vicente Renato; HALBE, Hans Wolfgang; SAUERBRONN, Adolfo Victor Dias; ASSIS, Joserita Serrano de. Fisiologia do Climatério In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. v. 2, 3v.

FONSECA, Angela Maggio; HALBE, Hans Wolfgang. Síndrome do Climatério In: HALBE, Hans Wolfgang. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. v. 2, 3v.

FREITAS, Fernando; WENDER, Maria Celeste Osório; CASTRO, José Augusto Sisson de; CARAN, Juliana Zanrosso; OLIVEIRA, Patrícia Pereira. Climatério. In: FREITAS, Fernando; MENKE, Carlos Henrique; RIVOIRE, Waldemar Augusto; PASSOS, Eduardo Pandolfi. **Rotinas em ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 736 p.

FREITAS, Denise Cuoghi de Carvalho Veríssimo et al. **Sintomas de insônia e sono diurno associados à ocorrência de hipertensão e diabetes mellitus em idosos**. Tese. UNICAMP, Campinas, 2013.

LEE, Jee-Yon; LEE, Duk-Chul. Muscle strength and quality are associated with severity of menopausal symptoms in peri-and post-menopausal women. **Maturitas**, Amsterdam, v. 76, n. 1, p. 88-94, set. 2013.

LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LORENZI, Dino Roberto Soares de et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-11, jan. 2005.

LORENZI, Dino Roberto Soares de; BARACAT, Edmund Chada; SACILOTO, Bruno; PADILHA JR., Irineu. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev assoc med bras**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 312-7, set. 2006.

MALHEIROS, Elizabeth Santos de Andrade et al. Síndrome climatérica em uma cidade do Nordeste brasileiro: um inquérito domiciliar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 163-169, abr. 2014.

MANSON JoAnn E, BASSUK Shari S. Transição da menopausa e terapia hormonal pós-menopausa. In: FAUCI, Anthony S. (Ed.). **Medicina interna**. 17. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2008. 2 v.

ÖZDEMİR, Suna; ÇELİK, Çetin; GÖRKEMLİ, Hüseyin; KIYICI, Aysel; KAYA, Buğra. Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 106, n. 1, p. 57-61, jul. 2009.

PEDRO, Adriana Orcesi; PINTO-NETO, Aarão Mendes; PAIVA, Lúcia Helena Simões da Costa; OSIS, Maria José Duarte; HARDY, Ellen Elizabeth. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 735-742, dez. 2003a.

_____. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 07-25, fev. 2003b

SANTORO, Nanette. Symptoms of menopause: hot flushes. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 51, n. 3, p. 539-548, set. 2008.

SANTOS, Livia Matavelli et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 20-6, jan. 2007.

SŁOPIENÍ, Radosław et al. Disturbances of sleep continuity in women during the menopausal transition. **Psychiatr. Pol**, v. 49, n. 3, p. 615-623, mai. 2015.

SOULES, Michael R. et al. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. **Menopause**, New York, v. 8, n. 6, p. 402-407, 2001.

SOUSA, Rilva Lopes de; SOUSA, Eduardo Sérgio Soares; SILVA, José Carlos Barros; FILIZOLA, Rosália Gouveia. Fidedignidade do Teste-reteste na Aplicação do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 481-487, set. 2000.

VILLAVÉRDE-GUTIÉRREZ, Carmen et al. Quality of life of rural menopausal women in response to a customized exercise programme. **Journal of advanced nursing**, v. 54, n. 1, p. 11-19, abr. 2006.

WELTON, Amanda J. et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. **Bmj**, v. 337, ago. 2008.

WENDER, Maria Celeste Osório; POMPEI, Luciano de Melo; FERNANDES, César Eduardo. **Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa-Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC)**. São Paulo: Leitura Médica, 2014.

REGISTROS DE ENFERMAGEM NO FATURAMENTO HOSPITALAR PÚBLICO

Ellen Souza Ribeiro
Ana Lígia Barbosa Messias
Fernando Roberto Dörnte
Flávia Rosana Rodrigues Siqueira
Mônia Alves Mendes de Souza
Minoru German Higa Júnior

RESUMO: O prontuário do paciente, em suporte eletrônico ou papel, forma a base de qualquer sistema gerencial de clínicas ou hospitais. É definido como um documento único, constituído de um conjunto de informações relacionadas aos cuidados prestados ao paciente no âmbito hospitalar. A enfermagem é responsável por mais de 50% das informações registradas no prontuário do paciente, sendo estes registros fundamentais para a avaliação da qualidade do atendimento prestado, bem como para subsidiar o faturamento hospitalar de forma justa e correta, pois sem a comprovação da execução dos cuidados prestados, não há como validar a cobrança dos procedimentos e gastos dos insumos hospitalares. O objetivo foi avaliar as principais divergências e/ou ausências relacionadas aos registros de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente – PEP que acarretam na impossibilidade de comprovação dos procedimentos realizados e prejuízo financeiro ao faturamento hospitalar. É um estudo quantitativo e avaliativo, realizado no

Setor de Faturamento de um hospital público de Curitiba (Paraná), no período de outubro de 2014 a março de 2015, por meio de coleta de indicadores de auditoria interna, relacionados à “feridas e curativos especiais” e “dietas enterais/parenterais”. Foram identificadas 6.604 divergências e/ou ausências de registros de enfermagem relacionados a dietas enteral/parenteral, e feridas e curativos especiais, resultando em uma perda mensal de 34.642 reais em média, ao faturamento do hospital. Foi possível verificar que as divergências e/ou ausências de registros de enfermagem no prontuário do paciente, podem ocasionar, além da falha na continuidade de registros de cuidados prestados, um significativo prejuízo ao faturamento hospitalar.

PALAVRAS CHAVE: Prontuário. Prontuário eletrônico. Sistema Único de Saúde. Sistemas de informação hospitalar.

REGISTRIES OF NURSING IN PUBLIC HOSPITAL BILLING

ABSTRACT: The patient’s medical record, in electronic or paper form, forms the basis of any clinical or hospital management system. It is defined as a single document, consisting of a set of information related to the care provided to the patient in the hospital setting. The nursing is responsible for more than 50% of the

information recorded in the patient's medical records, being these records essential for the evaluation of the quality of the care provided, as well as to subsidize the hospital billing in a fair and correct way, since without the proof of the execution of the care, there is no way to validate the collection of procedures and expenditures for hospital supplies. The objective was to evaluate the main divergences and / or absences related to the nursing records in the electronic patient record that result in the impossibility of proving the procedures performed and financial loss to the hospital billing. This is a quantitative and evaluative study carried out in the Billing Sector of a public hospital in Curitiba (Paraná), from October 2014 to March 2015, through the collection of internal audit indicators related to "special wounds and dressings " and " enteral / parenteral diets ". There were 6.604 divergences and / or absences of nursing records related to enteral / parenteral diets, and special wounds and dressings, resulting in a monthly loss of 34.642 reais on average, to the hospital billing. It was possible to verify that the differences and / or absences of nursing records in the patient's medical records can cause, in addition to the lack of continuity of care records, a significant impairment to hospital billing.

KEYWORDS: Medical record. Electronic records. Unified Health System. Hospital information systems.

INTRODUÇÃO

A base de qualquer sistema gerencial, de clínicas e hospitais, inicia-se pelo prontuário do paciente. O prontuário médico ou prontuário do paciente é o conjunto de documentos gerados, a partir do paciente, por todos os profissionais do hospital envolvidos no atendimento, quer seja ambulatorial ou de internação (STUMPF et. al., 1997).

Na década de 40, as organizações de saúde passaram a exigir um registro mínimo de informações sobre os pacientes, como condição para o credenciamento dos hospitais. Esses dados mínimos deveriam conter informações demográficas, diagnósticos de baixa e de alta complexidade, tempo de internação e procedimentos importantes realizados (STUMPF et al., 1997).

Durante muitos anos, não existia ainda uma definição na legislação brasileira a respeito do conteúdo obrigatório do prontuário do paciente. Foi quando o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 09 de agosto de 2002 publicou a Resolução CFM nº 1638, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo, tornando obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde para observar e avaliar os prontuários confeccionados por suporte eletrônico

ou papel.

Estudo de Massad et al. (2003), aponta que o modelo de prontuário em papel, considerando o volume de informações e a estrutura de organização da informação em saúde, não é mais suficiente para atender as necessidades. Neste aspecto, a estrutura computacional surge oferecendo a solução através do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), sendo uma forma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais.

Além disso, no Setor de Faturamento, a coleta de informações para cobrança é realizada diretamente do prontuário do paciente, essa é a maneira mais clássica utilizada pelos hospitais e clínicas dependendo de seu volume e porte do hospital (MAURIZ et al., 2012).

O desafio ainda é grande, mas a tendência na informática em saúde para a construção do prontuário eletrônico é cada vez mais uma realidade (MASSAD et al., 2003).

O prontuário eletrônico do paciente possui uma complexidade não puramente restrita a fins gerenciais. Massad et al. (2003) menciona que a dificuldade está no registro, controle e recuperação das informações clínicas, de natureza organizacional ou relacionada à forma de trabalho tradicional dos profissionais de atenção direta, onde sistemas integrados pressupõem não somente serviços e organizações integradas, mas principalmente, profissionais integrados.

De acordo com Shortliffe (1990), pode-se classificar os propósitos do prontuário do paciente em três grandes grupos: assistência ao paciente, pesquisa clínica, e suporte legal e financeiro.

Este processo inicia quando o paciente é recepcionado no estabelecimento de saúde sendo originados inúmeros procedimentos de atendimento as suas necessidades de saúde, detalhadamente registrados no Prontuário de acordo com os procedimentos realizados (MAURIZ et al., 2012).

Representando o maior grupo de profissionais na equipe de saúde, os enfermeiros influenciam direta e indiretamente na qualidade e no resultado da maioria dos serviços prestados (MASSAD et al., 2003).

A enfermagem produz, diariamente, muitas informações inerentes aos cuidados dos pacientes. É possível estimar que ela seja responsável por mais de 50% das informações contidas no prontuário do paciente. Tem-se observado que os registros no prontuário do paciente são realizados, não só pelos enfermeiros, mas também pelos auxiliares de enfermagem, por meio de observações baseadas no estado geral do paciente e nas informações médicas (SANTOS et al., 2003).

O Processo de Enfermagem é considerado a estrutura conceitual mais sólida para a prestação de cuidado, garantindo a continuidade e a integração da equipe. É composto pela elaboração do diagnóstico de enfermagem, formulação e implementação dos planos de cuidados, avaliação do cuidado prestado, pesquisas de comparação de

efetividade dos cuidados prestados, auxílio na administração e gerenciamento das unidades com relação a recursos humanos e materiais, contribuindo para a realização de auditorias e outros (MASSAD et al., 2003).

De acordo com Paula e Silva et al. (2013), o cuidado prestado ao paciente pelos profissionais da saúde que atuam nos hospitais, é a origem do processo de faturamento, principalmente pelos registros corretos destes cuidados no prontuário.

O objetivo da auditoria é revisar detalhadamente estes registros, observando o fluxo, a coerência, a veracidade e a compatibilidade da informação registrada no PEP, visto que estes fatores refletem o atendimento e o tratamento prestado durante a internação, existindo correlação positiva entre os registros e a qualidade do cuidado (SILVA, 2012). Além disso, ajuda a subsidiar o faturamento hospitalar de forma justa e correta, garantindo o recebimento de repasse dos recursos financeiros.

É realidade que as internações da população idosa são mais onerosas do que aquelas condicionadas pela população adulta (SILVEIRA et al., 2013), e sem a comprovação da execução do cuidado prestado, não há como validar a cobrança dos procedimentos e gastos de insumos hospitalares.

O objetivo deste estudo foi avaliar os registros de enfermagem no faturamento de um hospital público de Curitiba (Paraná).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e avaliativo, realizado no Setor de Faturamento de um hospital público de Curitiba (Paraná), no período de outubro de 2014 a março de 2015 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS/Curitiba), sob parecer nº 1.068.350/2015.

Foram coletados dados de indicadores de auditoria interna, disponibilizados pela enfermeira auditora do Setor de Faturamento, sendo incluídos no estudo aqueles relacionados à “feridas e curativos especiais” e “dietas enterais/parenterais”.

Os critérios de exclusão foram os indicadores provenientes de prontuários eletrônicos dos pacientes que não estiveram internados no período citado, sem passagem pela UTI do hospital, bem como os que não tiveram necessidade de uso de dietas enterais/parenterais e/ou realização de curativos especiais.

Por meio de formulário próprio, os dados coletados foram quantificados e avaliados, sendo possível conhecer as principais divergências de registros de enfermagem e recorrências no período.

A revisão de literatura foi realizada em bases de dados científicos, como: biblioteca virtual em saúde Bireme, biblioteca virtual da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde e biblioteca eletrônica SciELO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 6.604 divergências e/ou ausências de registros de procedimentos realizados pela enfermagem relacionados a dietas enteral/parenteral e feridas e curativos especiais (TABELA 1).

Divergências e/ou ausências de registros de enfermagem	Nº.	%
Total de divergências e/ou ausências de registros encontrados	6604	100%
Ausência de checagem de dieta enteral na prescrição médica	1752	26,5%
Relato incompleto quanto à dieta enteral	1065	16,1%
Ausência de discriminação da ferida (aspecto, localização, dimensão, tecidos)	960	14,5%
Relato incompleto quanto à dieta parenteral	851	12,9%
Ausência de checagem de dieta parenteral na prescrição médica	845	12,8%
Relato incorreto quanto à infusão da dieta enteral	827	12,5%
Ausência de relato de realização de curativo	248	3,8%
Ausência da discriminação do curativo presente/realizado (curativo/fechamento)	32	0,5%

Tabela 1 – Divergências e/ou ausências de registros de enfermagem relacionados a dietas enteral/parenteral e feridas e curativos especiais, Curitiba – 2015 (n=6604)

Das divergências e/ou ausências de registros verificadas, com 1.752 ocorrências (26,5%) foi “Ausência de checagem de dieta enteral na prescrição médica”, resultado semelhante ao estudo de Fonseca et al. (2005), em que 20,43% da amostra analisada correspondeu a “falta de checagem da prescrição médica”.

Foi identificada a ocorrência de “Relato incompleto quanto à dieta enteral”, com 1.065 casos (16,1%) e “Ausência de discriminação da ferida (aspecto, localização, dimensão, tecidos)”, sendo observados 960 casos (14,5%).

Além disso, foi observada a situação de “Relato incompleto quanto à dieta parenteral”, com 851 casos (12,9%), “Ausência de checagem de dieta parenteral na prescrição médica” que correspondeu a 845 ocorrências (12,8%), e “Relato incorreto quanto à infusão da dieta enteral” que totalizou 827 casos (12,5%).

A situação de “Ausência de relato de realização de curativo” e “Ausência da discriminação do curativo presente/realizado (curativo/fechamento)”, corresponderam a 280 ocorrências, com o percentual total de 4,3% entre as divergências e/ou ausências de registros de enfermagem identificadas no período.

Em estudo de Fonseca et al. (2005), foram identificados 10,6% de ocorrências de falta de registro na realização do curativo, nas amostras analisadas.

Ao correlacionar as divergências e/ou ausências de registros de enfermagem encontradas aos valores de faturamento, fica evidente que constituem parte significativa no prejuízo ao faturamento hospitalar no período, como podemos observar na Tabela 2.

Impacto no faturamento hospitalar	out/14	mar/13	dez/14	jan/15	fev/15	mar/15	Média/Mês
(+) Registros divergentes e/ou ausentes R\$	52.725	48.148	22.977	24.486	27.577	31.941	34.642
(/) Faturamento Mensal R\$	644.508	614.355	552.202	512.547	501.668	548.170	562.242
(-) Perda de Faturamento %	8,2%	7,8%	4,2%	4,8%	5,5%	5,8%	6,2%

Tabela 2 – Impacto das divergências e/ou ausências de registros de enfermagem relacionados a dietas enteral/parenteral e feridas e curativos especiais no faturamento hospitalar mensal, Curitiba – 2015

Como descrito na Tabela 2, o prejuízo mensal ao faturamento do hospital em questão foi em média de 34.642 reais, correspondendo a impossibilidade de cobranças dos procedimentos de curativos especiais e dietas enterais e parenterais, realizados pela enfermagem durante o tratamento hospitalar, devido às divergências e/ou ausências de registros relacionados, comprometendo em 6,2% o faturamento no período analisado. Estudo semelhante de Ferreira et al. (2009) demonstrou que a ausência de registro de enfermagem representou um custo de 16.085,28 reais para a instituição.

É possível verificar que os registros no prontuário do paciente possuem grande relevância, não só para que a informações relacionadas ao tratamento hospitalar prestado sejam efetivas e completas, constituindo um prontuário seguro, mas também para que as cobranças referentes aos procedimentos realizados possam ser instituídas de forma justa e correta.

Tal situação está em consonância com estudo de Paula e Silva et al. (2013), o qual mostrou que 41,3% dos profissionais assistenciais não registram todas as ações realizadas com o paciente no prontuário, enquanto 58,7% realizam o referido preenchimento.

Os resultados do estudo demonstram que as divergências e/ou ausências de registros de enfermagem no prontuário do paciente impactaram no faturamento hospitalar, gerando prejuízo à instituição em questão, pois os procedimentos realizados durante o tratamento hospitalar prestado geraram custos, porém, como não houveram todos os registros adequados, grande parte destes procedimentos não foram passíveis de cobranças, diminuindo o faturamento mensal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja evidente que os profissionais de saúde são os principais responsáveis pela formação do prontuário do paciente no atendimento hospitalar, os registros de enfermagem compõem a maior parte dos documentos referentes ao tratamento hospitalar realizado.

Porém, os profissionais de enfermagem possuem inúmeras atividades e atribuições voltadas principalmente as rotinas assistenciais, o que pode constituir uma das barreiras à dedicação no momento de realizar os registros no prontuário do paciente, seja na elaboração dos relatórios e evoluções de enfermagem, quanto nas checagens na prescrição médica.

Além disso, estes profissionais, muitas vezes, não possuem o conhecimento da importância da elaboração dos registros no prontuário do paciente, não sabem que as cobranças realizadas pelo Setor de Faturamento são referentes a cada procedimento realizado durante o tratamento hospitalar prestado, sendo passíveis de cobranças desde que registrados de forma completa e coerente.

Foi possível verificar que as divergências e/ou ausências de registros de enfermagem no prontuário do paciente, podem ocasionar, além da falha na continuidade de registros de cuidados prestados, um significativo prejuízo ao faturamento hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução CFM nº 1.638, de 09 de agosto de 2002. Disponível em: Acesso em: 25/01/2019.

FERREIRA, T.S.; SOUZA-BRAGA, A.L.; CAVALCANTI-VALENTE, G.S.; SOUZA, D.F.; CARVALHO-ALVES, E.M. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichan**, v.9, n.1, p.38-49, abr. 2009.

FONSECA, A.S.; YAMANAKA, N.M.A.; BARISON, T.H.A.S.; LUZ, S.F. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. **O mundo da saúde**, v.29, n.2, abr./jun. 2005.

MASSAD, E.; MARIN, H.F.; NETO, R.S.A. **O Prontuário Eletrônico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimento Médico**. Disponível em: http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/prontuario.pdf. Acesso em: 28/01/2019.

MAURIZ, C.; LOBO, F.; LIMA, R.R.; OLIVEIRA, S.; MEDEIROS, G. Faturamento Hospitalar: Um passo a mais. **Revista Inova Ação**, v.1, n.1, p. 38-44, jan./jun. 2012.

PAULA E SILVA, L.C.; MULLER, D.A.; SALES, P.R.S.; ALMEIDA, J.L.; BARBOSA, P.M.K.; DE MELO, S.M.C.B. O faturamento hospitalar: quem cuida conhece? **Revista de Administração em Saúde**, v.15, n.60, jul./set. 2013.

SANTOS, S.R.; PAULA, A.F.A.; LIMA, J.P. O Enfermeiro e sua Percepção sobre o Sistema Manual de Registro no Prontuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, jan./fev. 2003.

SHORTLIFFE, E. H., BARNETT, G. O. **Medical data: their acquisition, storage and use**. New York, 1990.

SILVA, J.A.; GROSSI, A.C.M.; HADDAD, M.C.L.; MARCON, S.S. Avaliação da Qualidade das Anotações de Enfermagem em Unidade Semi-Intensiva. **Esc Anna Nery**, jul./set. 2012.

SILVEIRA, E.R.; SANTOS, A.S.; SOUZA, M.C.; MONTEIRO, S.A. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: Perspectivas de uma década. **Einstein**. 2013.

STUMPF, M.K.; FREITAS, H.M.R. A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: O Processo de Definição do *Patient Core Record*. **Revista da Administração Contemporânea**, v.1, p.71-99, jan./abr. 1997.

SAÚDE DO TRABALHADOR: ORGANIZAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES DE AGRAVOS DE SAÚDE EVIDENTES NO DECORRER DO TRABALHO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Rafaela de Oliveira da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Residência de Enfermagem em Saúde da Família
Rio de Janeiro – RJ

Magda Guimarães de Araujo Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro –RJ

Donizete Vago Daher

Universidade Federal Fluminense, Escola de
Enfermagem Aurora Afonso Costa, Departamento
Médico Cirúrgico
Niterói – RJ

Regina Lucia Monteiro Henriques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro –RJ

Alex Simões de Mello

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro –RJ

Delson Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem, Departamento de
Enfermagem em Saúde Pública
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

1. Realizar diagnóstico da situação de saúde, relacionada ao estresse ocupacional, dos profissionais de uma unidade básica de saúde.
2. Criar estratégias que possam minimizar os sintomas encontrados nos profissionais de saúde da atenção básica. Delineou-se como questão norteadora: Quais estratégias podem ser realizadas para minimizar a sintomatologia do estresse ocupacional entre profissionais atuantes em uma unidade básica de saúde? A metodologia escolhida foi o projeto de intervenção voltado para uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro, tendo como público-alvo, 78 profissionais. Realizou-se o diagnóstico situacional de saúde dos trabalhadores e elaborou-se estratégias com o objetivo de minimizar os sintomas encontrados nos profissionais de saúde da atenção básica, tais como: encontros quinzenais com os profissionais no auditório da unidade onde serão realizadas técnicas para auxiliar no manejo do estresse, como por exemplo, exercícios respiratórios, alongamentos, relaxamento e meditação; realização de atividade física juntamente com educador físico, uma vez por semana, na área interna da unidade. Espera-se que essas intervenções contribuam para o manejo do estresse, no qual será reavaliado após três meses de atividades. Acredita-se que este projeto poderá auxiliar os trabalhadores da referida unidade em um futuro próximo.

RESUMO: Este estudo tem como objetivos:

Neste sentido, espera-se que esta construção represente um pequeno legado das possibilidades interventivas da residência em saúde da família ambiente laboral.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Esgotamento profissional. Atenção primária à saúde.

OCCUPATIONAL HEALTH: ORGANIZATION OF MANIFESTATIONS OF HEALTH AGREEMENTS EVIDENT IN WORKING WITH THE BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: This study aims to: 1. Diagnose the health situation, related to occupational stress, of the professionals of a basic health unit. 2. To create strategies that can minimize the symptoms found in primary health care professionals. It was outlined as a guiding question: What strategies can be performed to minimize the symptomatology of occupational stress among professionals working in a basic health unit? The methodology chosen was the intervention project aimed at a basic health unit in the city of Rio de Janeiro, targeting 78 professionals. A situational health diagnosis of the workers was carried out and strategies were developed with the objective of minimizing the symptoms found in primary health care professionals, such as: biweekly meetings with professionals in the auditorium of the unit where techniques will be performed to assist in the stress management, such as breathing exercises, stretching, relaxation and meditation; performing physical activity together with physical educator, once a week, in the internal area of the unit. It is expected that these interventions will contribute to stress management, in which it will be reevaluated after three months of activities. It is believed that this project may assist the workers of the unit in the near future. In this sense, it is expected that this construction represents a small legacy of the intervention possibilities of residence in the family health work environment.

KEYWORDS: Worker's Health. Professional exhaustion. Primary health care.

1 | INTRODUÇÃO

Este projeto de intervenção tem como objeto de estudo, as possíveis intervenções no acometimento de sintomas e agravos decorrentes da síndrome de estresse entre profissionais de uma unidade básica de saúde.

Para Marx (1989), o trabalho caracteriza-se histórica e filosoficamente como uma necessidade natural do homem. É o trabalho que distingue os seres humanos dos animais, pois esses, mesmo produzindo, fazem-no apenas para sua sobrevivência, enquanto o homem tem o trabalho como algo incorporado às suas vivências e necessidades.

Segundo Dejours (2004), o trabalho envolve “gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc”.

Neste sentido, a saúde do trabalhador é um campo do saber que pretende compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Assim, considera-

se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte-se do princípio de que a forma de inserção dos indivíduos nos espaços laborais contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer (BRASIL, 2001).

Os trabalhadores sofrem um significativo impacto com as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas que estão presentes na sociedade atual, dando novos rumos e sentido ao trabalho. O profissional da era globalizada participa de um cenário constituído por fatores diversos, como a alta competitividade, a elevação da mão de obra terceirizada e a concorrência acirrada, ocasionando desgastes fisiológicos e cognitivos no corpo humano (PRADO, 2016).

Compreender de que forma o trabalho pode afetar a saúde mental do trabalhador é de grande importância, tendo em vista que esse evento pode conduzir a uma série de reações psicológicas e emocionais, como por exemplo, o estresse ocupacional.

Neste sentido, pode-se dizer que o estresse é caracterizado por uma síndrome específica de fatores biológicos, apresentando-se como uma resposta inespecífica do corpo diante de exigências às quais está sendo submetido, manifestando-se de forma que motiva e provoca a resposta adequada aos estímulos estressores, ou de forma que intimida o indivíduo diante de situação ameaçadora, com predominância de emoções de ansiedade, medo, tristeza e raiva (PRADO, 2016).

Nesse contexto, foi identificado como uma questão norteadora para este projeto de intervenção: Quais estratégias podem ser realizadas para minimizar a sintomatologia do estresse ocupacional entre profissionais atuantes em uma unidade básica de saúde?

A fim de responder ao problema de pesquisa definiram-se como objetivos: 1. Realizar diagnóstico da situação de saúde, relacionada ao estresse ocupacional, dos profissionais de uma unidade básica de saúde. 2. Criar estratégias que possam minimizar os sintomas encontrados nos profissionais de saúde da atenção básica.

Os trabalhadores cujas atividades dependem de alto grau de responsabilidade, agilidade de decisão e outras vertentes que exijam resultados satisfatórios estão cada vez mais renunciando ao lazer e ao descanso que o corpo e a mente necessitam para se restabelecerem.

Visto isso, este projeto tem como justificativa servir como ferramenta de identificação de problemas e como indicador de soluções ao estresse e desmotivação dos profissionais da unidade básica de saúde, fazendo com que os mesmos tenham melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhorem a qualidade da assistência ao usuário.

2 | REVISÃO DE LITERATURA

A Saúde do Trabalhador da Atenção Básica

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a atenção básica constitui-se em um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O profissional de saúde se encontra imerso em condições e rotinas de trabalho permeadas pelo sofrimento e aproximação de fenômenos dolorosos como as limitações e perdas, o que pode resultar em vivências de adoecimento, as quais nem sempre são esperadas (SOARES et al., 2011).

Os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vivenciam em sua rotina de trabalho complexas e diferentes demandas físicas e psíquicas, pois, nessa modalidade de atenção, os membros das equipes estão em contato diário com a realidade da comunidade, que é carente em múltiplos aspectos, o que pode afetá-los, tanto física como emocionalmente (MARTINS et al., 2014).

Por trabalharem inseridos na comunidade e serem referência de atenção à saúde da população residente em sua área de abrangência, os trabalhadores da ESF precisam assumir inúmeras e diversificadas atribuições. O trabalho nas Unidades de Saúde Pública é desenvolvido em um ambiente com vários fatores de risco ocupacional, que podem gerar danos à saúde dos trabalhadores e afetar a qualidade da assistência prestada (MARTINS et al., 2014).

A porta de entrada preferencial para o sistema da saúde brasileiro é a Atenção Básica e esta, sobretudo, após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), emprega atualmente grande parte dos profissionais do setor saúde. Estes profissionais estão expostos a alguns riscos que os diferenciam dos profissionais que atuam na área hospitalar, e, por isso, os torna específicos (SIMÕES, FREITAS, 2016).

Os profissionais de saúde têm uma rotina normalmente cansativa, pois convivem com frequência em seu dia a dia com a dor e sofrimento humano, doença e morte. Além do mais, por vezes, tem contato constante com situações limites de tensão e perigo de vida para si e para os outros e possuem carga horária de trabalho excessiva (MEDEIROS et al., 2016).

Na atenção básica os profissionais apresentaram desgastes físicos, emocionais e pouca adesão a comportamentos saudáveis, isso está relacionado à sua rotina de trabalho e induz ao comprometimento de sua qualidade de vida. Percebe-se que os trabalhadores da Atenção Básica apesar de exercerem em suas funções as práticas de promoção e prevenção de saúde para os usuários, muitas vezes, acabam esquecendo-se de cuidar de sua própria saúde, afetando diretamente na assistência à população. Sendo assim, pode-se considerar que a Atenção Básica traz consigo exigências de seus trabalhadores, visto que possui uma maior aproximação com a comunidade, grande número de demanda de atendimento gerando, muitas vezes, pouca resolutividade em função da falta de recursos e incentivo da gestão (MEDEIROS et al., 2016).

Um dos integrantes da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), que serve para exemplificar o desgaste e a carga de trabalho dos profissionais da Atenção básica é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esses profissionais percorrem longas distâncias, sob condições climáticas adversas, visitam famílias em estado de vulnerabilidade, presenciam situações de violência, entram em contato com áreas de risco, locais insalubres, pontos de tráfico de drogas, todos esses fatores são relevantes para que os ACS tenham uma carga de trabalho desgastante e elevada. A impotência e falta de apoio dos demais membros da equipe e da gestão, em relação à resolutividade dos problemas de saúde das famílias, mostra-se como um fator estressante, já que por ser um membro da comunidade e residir na área em que atua, a todo tempo interage com as famílias de sua microárea, e é muitas vezes cobrado por ações que fogem de sua governabilidade (ALMEIDA; BAPTISTA; SILVA, 2016).

Assim, nota-se que os profissionais que atuam na Atenção Básica além de estarem expostos aos riscos tradicionalmente conhecidos como comuns aos profissionais da área da saúde, estão expostos também a alguns riscos característicos deste nível de atenção, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (SIMÕES, FREITAS, 2016).

Estresse Ocupacional

O estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes físicos e – ou psicológicos, causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando há confronto com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda ou mesmo que a faça imensamente feliz (LIPP, 1996).

Segundo Lipp (1984), o estress pode ser originado de fontes externas e internas. As internas estão relacionadas com a maneira de ser do indivíduo, tipo de personalidade e seu modo típico de reagir à vida. Muitas vezes, não é o acontecimento em si que possa ser estressante, mas a maneira como é interpretado pela pessoa. Os estressores externos podem estar relacionados com as exigências do dia a dia do indivíduo como os problemas de trabalho, familiares, sociais, morte ou doenças de um filho, perda de uma posição na empresa, não concessão de um objetivo de trabalho, perda de dinheiro ou dificuldades econômicas, notícias ameaçadoras, assaltos e violências das grandes cidades, etc. Muito freqüentemente, o estress ocorre em função da ocupação

que a pessoa exerce.

O estresse relacionado ao trabalho resulta de várias situações em que o trabalhador percebe este ambiente como ameaçador as suas necessidades de realização pessoal e profissional, prejudicando a interação com suas funções e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas, ou que o profissional não detenha recursos adequados para enfrentar tais situações (DIAS, et.al, 2016).

Segundo Schimidt (2013) estresse ocupacional é aquele oriundo do trabalho, ou seja, é um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador incapaz de enfrentar as demandas requeridas pela sua ocupação, podendo afetar sua saúde e seu bem-estar. Quando contínuo, favorece o aparecimento de doenças como hipertensão, úlcera, síndrome da fadiga crônica, distúrbios do sono, diabetes, transtornos depressivos e síndrome de Burnout.

O termo Burnout tem origem na língua inglesa, a partir da união de dois termos: *burn* e *out*, que respectivamente significam queimar e fora. A união dos termos é traduzida como “ser consumido pelo fogo”. A partir da década de 80 passaram a usar esse termo para designar a síndrome decorrente da exaustão emocional humana, ou seja, uma condição em que o sujeito tem suas energias consumidas. A Síndrome de Burnout, como é chamada, compreende uma condição de estresse ligado ao trabalho. Entre as principais características da exaustão está a falta de energia, a sensação de sobrecarga emocional constante e de esgotamento físico e mental (PÊGO, PÊGO, 2016).

A pessoa acometida pela Síndrome de Burnout desenvolve comportamentos como, por exemplo: negligência ou perfeccionismo, agressividade nas relações cotidianas, perda da flexibilidade emocional e da capacidade de relaxar e planejar. Além do mais, tende ao isolamento, à perda de interesse pelo trabalho entre outras atividades. Na Síndrome de Burnout, os sintomas mais comuns são: crescimento da fadiga constante, distúrbios de sono, dores musculares, dores de cabeça e enxaquecas, problemas gastrointestinais, respiratórios, cardiovasculares. Além desses, existem sintomas psicológicos como: dificuldade de concentração, lentificação ou alteração do pensamento, sentimentos negativos sobre o viver, trabalhar e ser, impaciência, irritabilidade, baixa autoestima, desconfiança, depressão, em alguns casos paranóia (PÊGO, PÊGO, 2016).

Alguns fatores são responsáveis pelo estresse na enfermagem, como por exemplo: condições ambientais inadequadas para o desempenho das atividades; riscos ocupacionais de natureza física, química, biológica e psíquica; a complexidade dos inúmeros procedimentos a serem conduzidos; capacitação profissional para o enfrentamento de novas e complexas situações, alto grau de responsabilidade em processos de tomada de decisão; acidentes de trabalho; trabalho em turnos; e a falta de reconhecimento profissional. Esses fatores podem desencadear sentimentos de tensão e angústia, frustração e desgaste, o que compromete o desempenho profissional

e contribui para a aquisição de problemas de saúde (NOGUEIRA et.al, 2018).

É evidente que os efeitos do stress excessivo e permanente não se limitam ao comprometimento da saúde. O stress pode, além de ter um efeito facilitador no desenvolvimento de inúmeras doenças, propiciar um prejuízo para a qualidade de vida e a produtividade do ser humano, o que gera um interesse grande pelas causas e pelos métodos de redução do stress (LIPP; TANGANELLI, 2002).

3 | METODOLOGIA

3.1 Cenário e Público-Alvo

O cenário escolhido para o desenvolvimento deste Projeto de Intervenção foi uma unidade básica de situada na zona norte do município do Rio de Janeiro. A clínica foi inaugurada em janeiro de 2016, possui 7 equipes de saúde da família, destas, 3 são de residência de Enfermagem.

O público-alvo deste Projeto de Intervenção consiste em um total de 78 profissionais, sendo estes, Enfermeiros, Médicos, Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Dentistas, Técnicos de Saúde Bucal, Auxiliares de Saúde Bucal, Farmacêutico, Auxiliar de Farmácia, Técnicos Administrativos e Gerente da unidade.

Categoria Profissional	Quantidade
Enfermeiro	12
Médico	9
Agente Comunitário de Saúde	35
Técnico de Enfermagem	7
Dentista	3
Técnico de Saúde Bucal	3
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Farmacêutico	1
Auxiliar de Farmácia	1
Educador Físico	1
Técnico Administrativo	2
Gerente	1
Total	78

Quadro 1: Distribuição dos profissionais da unidade de saúde por categoria profissional – Rio de Janeiro, 2019

3.2 Desenho da operação

- **Primeira etapa**

A primeira etapa do Projeto de Intervenção consiste em realizar uma revisão de literatura a cerca do assunto proposto para buscar referências de testes e questionários para avaliar o nível de estresse no trabalho em que cada profissional se encontra.

- **Segunda etapa**

Na segunda etapa o projeto de intervenção será exposto para todos os funcionários em reunião geral da unidade básica de saúde, a fim de explicar o objetivo e como ele será aplicado. O projeto será primeiramente exposto para a gerente da unidade em reunião com a mesma, após exposição para gestão, será exposto na reunião geral da unidade que acontece toda última terça feira à tarde no auditório. Será utilizado recurso visual, reproduzido em data show para melhor visualização.

- **Terceira etapa**

A próxima etapa do projeto será de aplicação do Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp (ISSL), que avalia a escala de estresse no trabalho para todos os profissionais participantes. Esta escala é autoaplicável e intuitiva e, os profissionais podem referir sintomas de acometimento descritos em uma listagem de acorso com o período analisado, a citar: 1. Nas últimas 24 horas; 2. No último mês; 3. Nos últimos 3 meses. Ressalta-se que a análise

- **Quarta etapa**

Na etapa seguinte acontecerá a avaliação dos resultados dos profissionais participantes encontrados nos questionários do Teste de Lipp aplicados. Esse teste pode avaliar se o profissional possui algum sintoma de Estresse ou até mesmo se está propenso a este. Serão avaliados cada teste a fim de saber se o profissional está na fase de alerta, resistência ou exaustão do estresse.

- **Quinta etapa**

Posteriormente serão elaboradas estratégias em cima dos resultados encontrados nas análises dos questionários com o objetivo de minimizar os sintomas encontrados nos profissionais de saúde da atenção básica. Como estratégias serão realizados encontros quinzenais com os profissionais no auditório da unidade, no horário a se estabelecer onde serão realizadas técnicas para auxiliar no manejo do estresse, como por exemplo, exercícios respiratórios, alongamentos, relaxamento e meditação. Outra estratégia é a realização de atividade física juntamente com educador físico, uma vez por semana, na área interna da unidade em horário a definir. Todos os profissionais que participarem do projeto serão convidados para participar dos grupos e atividades físicas de acordo com suas preferências.

3.3 Parcerias estabelecidas

Será estabelecida parceria com profissional da psicologia para o auxílio na interpretação dos dados coletados através do ISSL, conforme previsto em parecer técnico (COFEN, 2011). Uma outra parceria importante será a inclusão de um educador físico da academia carioca da unidade básica de saúde para a construção e acompanhamento das atividades físicas a serem realizadas junto aos trabalhadores.

3.4 Recursos necessários

Nesse projeto de intervenção serão necessários recursos materiais de escritório para a confecção e reprodução dos questionários de avaliação do estresse. Recurso de multimídia para a apresentação do projeto em reunião geral da unidade básica de saúde. Recurso estrutural, auditório para apresentação do projeto e posterior utilização para estratégias de minimizar os sintomas de estresse.

3.5 Orçamento

O orçamento será próprio, e será necessário para esse projeto de intervenção recursos para a replicação das folhas do questionário de estresse.

3.6 Resultados esperados

Espera-se que com este Projeto de Intervenção seja possível identificar os sintomas do estresse ocupacional em profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde e visando posteriormente elaborar estratégias a fim de minimizar os agravos e a sintomatologia do estresse e realizar ações de promoção e prevenção à saúde dos trabalhadores da unidade básica de saúde. Espera-se ainda que após aplicação do ISSL e realização das estratégias para manejo do estresse, tenha-se resultados de grande relevância na redução nos sintomas encontrados, diminuição do absenteísmo devido a sintomatologia do estresse ocupacional, recuperação da motivação para o trabalho desenvolvido na unidade básica.

3.7 Avaliação

Para a avaliação deste projeto de intervenção, será aplicado novamente o ISSL após 3 meses de se ter iniciado as atividades de estratégia para manejo do estresse e será aplicado juntamente um instrumento para avaliação da satisfação dos participantes.

4 | CONCLUSÃO

Atentar para as questões de saúde do trabalhador atuantes na atenção primária, sobretudo da ESF é também uma forma de cuidado indireto a população do território, visto que são estes os profissionais responsáveis pelo gerenciamento do cuidado de milhares de pessoas.

Apesar do desgaste emocional e psíquico não ser uma temática recente nas discussões acadêmicas, a maior parte dos estudos ancora-se na proposta diagnóstica e perceptiva dos processos de adoecimento, olvidando-se de estratégias que reduzam ou extingam tal situação.

Acredita-se que este projeto poderá auxiliar os trabalhadores da referida unidade

em um futuro próximo. Neste sentido, espera-se que esta construção represente um pequeno legado das possibilidades interventivas da residência em saúde da família ambiente laboral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. dos S.; BAPTISTA, P. C. P.; SILVA, A. Cargas de trabalho e processo de desgaste em Agentes Comunitários de Saúde, **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 1, p. 95-103, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador Saúde do trabalhador / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer técnico nº27/2011. Delibera sobre o uso do Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) por profissionais de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Parecer%20027_2011%20CTEP_COFEN.PDF. Acesso em: 29 mar 2019.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.

DIAS, F. M. et al. O estresse ocupacional e a síndrome do esgotamento profissional (burnout) em trabalhadores da indústria do petróleo: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 41, e. 11, 2016 .

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, v. 3, p. 5-19, 1984.

LIPP, M. E. N. Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 1996.

LIPP, M. E. N.; TANGANELLI, M. S. Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 3, p. 537-48, 2002.

MARX, K. Manuscritos econômicos-filosóficos. Lisboa: edições 70, 1989. p. 172.

MARTINS, L. F. et al. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à **Saúde. Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014 .

MEDEIROS, P. A. de; et al. Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. **R bras ci Saúde**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.

NOGUEIRA, L. S. et.al. Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, n. 2, p. 358-365, 2018.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e conseqüências. **Rev Bras Med Trab**, v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016.

PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Rev Bras Med Trab**, V.14, N. 2, P. 171-176, 2016.

SCHIMIDT, D. R. C. Modelo Demanda-Controle e estresse ocupacional entre profissionais de

enfermagem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 5, p. 779-788, 2013.

SIMÕES, A. L.; FREITAS, C. M. Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM). **Saúde em Debate** [online], v. 40, n. 109, p. 47-58, 2016.

SOARES, I. N. L.; et al. Análise do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de maceió/al. *Revista Semente*, v. 6, n. 6, p. 84-98, 2011.

SOBRE O ORGANIZADOR

Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia. Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática. Também possui seu segundo Pós doutoramento pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com Análise Global da Genômica Funcional e aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany.

Palestrante internacional nas áreas de inovações em saúde com experiência nas áreas de Microbiologia, Micologia Médica, Biotecnologia aplicada a Genômica, Engenharia Genética e Proteômica, Bioinformática Funcional, Biologia Molecular, Genética de microrganismos. É Sócio fundador da “Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde” (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Como pesquisador, ligado ao Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG), o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-338-5

