



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 7

Atena
Editora
Ano 2019

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática 7

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
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
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. 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
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a 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. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª 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
Profª Drª 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. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
C569	Ciências da saúde [recurso eletrônico] : da teoria à prática 7 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Ciências da Saúde. Da Teoria à Prática; v.7) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-399-6 DOI 10.22533/at.ed.996191306 1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Saúde – Políticas públicas. 3. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II.Série. CDD 362.10981
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

Este é o sétimo volume da coleção “Ciências da Saúde: da teoria à prática”. Uma obra composta de onze volumes que abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos, revisões e inferências sobre esse amplo e vasto contexto do conhecimento relativo à saúde. A obra tem como característica principal a capacidade de reunir atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas em diversas regiões do país, observando a saúde em diversos aspectos e percorrendo o caminho que parte do conhecimento bibliográfico e alcança o conhecimento empírico e prático.

No sétimo volume agregamos trabalhos desenvolvidos com a característica específica da educação. Recentemente desenvolvemos um projeto científico em Goiânia – GO conhecido como CoNMSaúde e nele criamos uma estrutura direcionada para o ensino em saúde. Tivemos um grande êxito, pois cada vez mais profissionais formados e alunos tem necessitado conhecer e praticar as estratégias ligadas ao ensino em saúde. Quando abordamos conteúdo teórico, esse deve ser muito bem fundamentado, com uso de trabalhos que já abordaram o assunto, todavia com um olhar crítico e inovador.

Para que os estudos em saúde se desenvolvam é preciso cada vez mais contextualizar seus aspectos no ensino, isso nos leva à novas metodologias, abordagens e estratégias que conduzam o acadêmico à um aprendizado mais específico e consistente.

Deste modo o sétimo volume apresenta conteúdo importante não apenas pela teoria bem fundamentada aliada à resultados promissores, mas também pela capacidade de professores, acadêmicos, pesquisadores, cientistas e principalmente da Atena Editora em produzir conhecimento em saúde nas condições ainda inconstantes do contexto brasileiro. Nosso profundo desejo é 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.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
“ACESSO E ADERÊNCIA INFANTO-JUVENIL”: PLANO DE INTERVENÇÃO PELA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	
Cáio da Silva Dantas Ribeiro Clebiana Estela de Souza Anahi Bezerra de Carvalho Camilla Peixoto Santos Rodrigues Juliana de Barros Silva Talita Carina do Nascimento Rafaela Niels da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9961913061	
CAPÍTULO 2	11
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA	
Luiz Emanuel Campelo de Sousa Cesar Augusto Sadalla Pinto	
DOI 10.22533/at.ed.9961913062	
CAPÍTULO 3	22
A CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NO COMBATE A AIDS	
Thatiana Pereira Silva Henrique Abreu Megali Bruna Aparecida Magalhães Marina Torres de Oliveira Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra Rayssa Caroline Ramos Lopes	
DOI 10.22533/at.ed.9961913063	
CAPÍTULO 4	25
A EDUCAÇÃO FÍSICA E O JOGO COMO MEIO DE EDUCAÇÃO EM VALORES	
José Eugenio Rodríguez Fernández	
DOI 10.22533/at.ed.9961913064	
CAPÍTULO 5	30
A EFICÁCIA DO PROGRAMA ESTADUAL DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM PERNAMBUCO	
Rosali Maria Ferreira da Silva Soueury Marccone Soares Silva Filho Anne Caroline Dornelas Ramos Jean Batista de Sá Williana Tôrres Vilela Thâmara Carollyne de Luna Rocha Thiago Douberin da Silva Beatriz Gomes da Silva Arisa dos Santos Ferreira Pedro José Rolim Neto Veruska Mikaelly Paes Galindo José de Arimatea Rocha Filho	
DOI 10.22533/at.ed.9961913065	

CAPÍTULO 6 41

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL

Tania França
Soraya Belisario
Katia Medeiros
Janete Castro
Isabela Cardoso
Ana Claudia Garcia

DOI 10.22533/at.ed.9961913066

CAPÍTULO 7 53

CONFECÇÃO DE UM PAINEL EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO E HIGIENE PARA PACIENTES USUÁRIOS DE SONDA VESICAL DE DEMORA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabella Soares Pinheiro Pinto
Karolina Dessimoni Victória

DOI 10.22533/at.ed.9961913067

CAPÍTULO 8 55

CUIDADO Y COMUNICACIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS: PROPUESTA DE UN MODELO DE ESCOLARIZACIÓN

Anderson Díaz Pérez
Wendy Acuña Perez
Arley Denisse Vega Ochoa
Zoraima Romero Oñate

DOI 10.22533/at.ed.9961913068

CAPÍTULO 9 68

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GESTANTES, MÃES E CRIANÇAS À LUZ DA VISÃO DOS EXTENSIONISTAS

Eloisa Lorenzo de Azevedo Ghersel
Amanda Azevedo Ghersel
Noeme Coutinho Fernandes
Lorena Azevedo Ghersel
Herbert Ghersel

DOI 10.22533/at.ed.9961913069

CAPÍTULO 10 77

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FARMÁCIA CLÍNICA: UM RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NA GRADUAÇÃO

Ana Valeska Costa Vasconcelos
Alana Sales Cavalcante
Ianna Vasconcelos Feijão
Ingrid Freire Silva

DOI 10.22533/at.ed.99619130610

CAPÍTULO 11 83

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DE PESSOAS COM DIABETES: NOTA PRÉVIA

Prisciane Cardoso Silva
Aline Campelo Pintanel
Marina Soares Mota
Márcia Marcos de Lara
Suelen Gonçalves de Oliveira
Juliana Corrêa Lopresti
Rochele Maria Zugno
Caroline Bettanzos Amorim
Evelyn de Castro Roballo

DOI 10.22533/at.ed.99619130611

CAPÍTULO 12 96

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O CUIDADO DA PESSOA COM LESÃO DE PELE

Carmen Lucia Mottin Duro
Dagmar Elaine Kaiser
Erica Rosalba Mallmann Duarte
Celita da Rosa Bonatto
Luciana Macedo Medeiros
Andiara Lima da Rosa
Amanda Teixeira da Rosa
Jaqueline Ribeiro dos Santos Machado
Luciana Barcellos Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.99619130612

CAPÍTULO 13 108

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REPERCUSSÕES DA TELE-EDUCAÇÃO NO MATO GROSSO DO SUL

Deisy Adania Zanoni
Euder Alexandre Nunes
Michele Batiston Borsoi
Valéria Regina Feracini Duenhas Monreal

DOI 10.22533/at.ed.99619130613

CAPÍTULO 14 114

EDUCAÇÃO SOBRE ESTENOSES VALVARES

Caroline Link
Leandra Schneider
Ana Flávia Botelho
Ana Flávia de Souza Lino

DOI 10.22533/at.ed.99619130614

CAPÍTULO 15 119

EDUCATION AGAINST TOBACCO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (EAT/UFLA):
PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA REALIZADA POR GRADUANDOS EM
MEDICINA

Daiana Carolina Godoy
Isabela Lima Cortez
Gabriela Campbell Rocha
Raquel Castro Ribeiro
Tatielle Pedrosa Novais
Rodrigo Adriano Paralovo
Vitor Luís Tenório Mati

DOI 10.22533/at.ed.99619130615

CAPÍTULO 16 133

ELABORAÇÃO DE MÍDIA REALISTA COMO ESTRATÉGIA DE DESIGN INSTRUCIONAL PARA
CURSO EAD AUTOINSTRUCIONAL

Paola Trindade Garcia
Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Lizandra Silva Sodré
Luan Passos Cardoso
Ludmila Gratz Melo
Stephanie Matos Silva
Regimarina Soares Reis
Karoline Corrêa Trindade

DOI 10.22533/at.ed.99619130616

CAPÍTULO 17 142

ESCOLHA PROFISSIONAL NA ADOLESCÊNCIA: GRUPO OPERATIVO COMO FERRAMENTA
FACILITADORA DO PROCESSO

Vanessa Trindade Nogueira
Isabelle Rittes Nass
Anna Luiza Dotto
Fernanda Pires Jaeger

DOI 10.22533/at.ed.99619130617

CAPÍTULO 18 150

ESPORTES VOLTADOS A APRENDIZAGEM NA GESTÃO DE PESSOAS

Valmir Schork

DOI 10.22533/at.ed.99619130618

CAPÍTULO 19 155

GAMIFICATION NAS REDES SOCIAIS AJUDAM MULHERES A PREVENIR DOENÇAS

Ricardo Fontes Macedo
Líria Nunes da Silva
Alan Malacarne
Washington Sales do Monte
Claudia Cardinale Nunes Menezes
Robelíus De-Bortoli

DOI 10.22533/at.ed.99619130619

CAPÍTULO 20 165

GRUPO DE DANÇA FLOR DA IDADE: COMPARTILHANDO SABERES NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Camila Machado
Candida Fagundes
Dionatan Gonçalves
Walkiria Regert

DOI 10.22533/at.ed.99619130620

CAPÍTULO 21 171

IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: ABORDAGEM SOBRE ALIMENTAÇÃO, HIGIENE E CUIDADOS DA PELE

Ravena de Sousa Alencar Ferreira
Antonia Adrielly Sousa Nogueira
Lorena Livia Nolêto
Amanda Karoliny Meneses Resende
Sabrina Maria Ribeiro Amorim
Fabrícia Araújo Prudêncio
Aziz Moises Alves da Costa
Teresa Amélia Carvalho de Oliveira
Camylla Layanny Soares Lima
Regilane Silva Barros
Vitor Kauê de Melo Alves
Victor Hugo Alves Mascarenhas

DOI 10.22533/at.ed.99619130621

CAPÍTULO 22 181

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CUIDADOS COM OS PÉS DE PACIENTES DIABÉTICOS

Marisa da Conceição Sá de Carvalho
Alielson Araújo Nascimento
Leidiane Dos Santos
Ana Carla Pereira da Silva
Monica da Conceição
Mauricio José Conceição de Sá
Patrícia de Azevedo Lemos Cavalcanti
Rosimeire Bezerra Gomes

DOI 10.22533/at.ed.99619130622

CAPÍTULO 23 188

JOGO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DIDÁTICO PEDAGÓGICA EM UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Costa Reis da Silva
Gilberto Tadeu Reis da Silva
Claudia Geovana da Silva Pires
Deybson Borba de Almeida
Igor Ferreira Borba de Almeida
Giselle Alves da Silva Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.99619130623

CAPÍTULO 24 195

MATEMÁTICA E MÚSICA: UMA PARCERIA QUE PODE DAR CERTO

André Gustavo Oliveira da Silva
Karine de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.99619130624

CAPÍTULO 25	209
O CUIDADO À SAÚDE POR MEIO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	
Kiciosan da Silva Bernardi Galli	
Renata Mendonça Rodrigues	
Bernadette Kreutz Erdtmann	
Marta Kolhs	
Rita Maria Trindade Rebonatto Oltramari	
DOI 10.22533/at.ed.99619130625	
CAPÍTULO 26	221
O TRABALHO DO CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS: ENTRE O PRESCRITO E O REAL	
Aline da Rocha Kallás Fernandes	
Meiriele Tavares Araujo	
Yasmim Oliveira de Windsor Silva	
DOI 10.22533/at.ed.99619130626	
CAPÍTULO 27	238
PAINÉIS DE INDICADORES: A EXPERIÊNCIA DE UMA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	
Caroline Dias Ferreira	
Rômulo Cristovão de Souza	
Rodrigo Gomes Barreira	
DOI 10.22533/at.ed.99619130627	
CAPÍTULO 28	244
PALESTRAS DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Indira Silva dos Santos	
Joice Claret Neves	
Tamiris Moraes Siqueira	
Cleberon Moraes Caetano	
Gilsirene Scantelbury de Almeida	
Hadelândia Milon de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.99619130628	
CAPÍTULO 29	246
PAPEL DO ENSINO DE MEDICINA NA (DES)CONSTRUÇÃO DO APARATO MANICOMIAL	
Daniela Viecili Costa Masini	
Daniel Magalhães Goulart	
DOI 10.22533/at.ed.99619130629	

CAPÍTULO 30 259

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA NUM CONTEXTO EDUCACIONAL

Melkyjanny Brasil Mendes Silva
Charlyan de Sousa Lima
Lucas Gabriel Pereira Viana
Dávila Joyce Cunha Silva
Valquiria Gomes Carneiro
Jose Ribamar Gomes Aguiar Junior
Jéssica Maria Linhares Chagas
Rosalina da Silva Nascimento
Franciane Silva Lima
Francilene Cardoso Almeida
Bruna dos Santos Carvalho Vieira

DOI 10.22533/at.ed.99619130630

CAPÍTULO 31 266

PESQUISA E INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Márcia Pinheiro Schaefer
Tagma Marina Schneider Donelli
Angela Helena Marin

DOI 10.22533/at.ed.99619130631

CAPÍTULO 32 279

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS EM HONDURAS

Oscar Fidel Antunez Martínez
Daiane Porto Gautério Abreu
Marlene Teda Pelzer
Giovana Calcagno Gomes

DOI 10.22533/at.ed.99619130632

CAPÍTULO 33 288

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA E ATIVIDADE FÍSICA EM SAMAMBAIA, DISTRITO FEDERAL - BRASIL

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Carolina Castro Silvestre
Joseane Vasconcelos de Almeida
Bruno Cesar Goulart
Cecile Soriano Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.99619130633

CAPÍTULO 34 302

PRÁTICAS EDUCATIVAS DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA ENFERMARIA NEUROCIRÚRGICA

Lorena Cavalcante Lobo
Suellen Moura Rocha Ferezin
Andreza Marreira de Lima Pinto
Grety Price Vieira

DOI 10.22533/at.ed.99619130634

CAPÍTULO 35 304

RIR É O MELHOR REMÉDIO

Caroline Link
Leandra Schneider
Ana Flávia Botelho
Therency Kamila dos Santos
Fabiana Postiglione Mansani

DOI 10.22533/at.ed.99619130635

CAPÍTULO 36 311

SHOW AEDES: INFORMAR E AGIR NA PREVENÇÃO E COMBATE AOS FOCOS DO MOSQUITO TRANSMISSOR DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE NA BAHIA

Emo Monteiro
Géssica dos Santos
Maiane Oliveira Silva Magalhães
William dos Santos Nascimento
Reinaldo Pereira de Aguiar

DOI 10.22533/at.ed.99619130636

CAPÍTULO 37 321

TRABALHANDO AS EMOÇÕES BÁSICAS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS NO ABRIGO RAI DE LUZ NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Alice Monte Negro de Paiva
Caroline Sebage Pereira
Paulla Hermann do Amaral
Isadora Deamici da Silveira
Letícia Ferreira Coutinho
Diênifer Kaus da Silveira
Marilene Zimmer

DOI 10.22533/at.ed.99619130637

CAPÍTULO 38 326

UMA LUTA ENTRE O BEM E O MAL: A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA COM DERMATITE ATÓPICA EXPRESSA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Fabiane de Amorim Almeida
Isabelline Freitas Dantas Paiva de Almeida
Circea Amália Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.99619130638

CAPÍTULO 39 339

VIVÊNCIAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEONATOLOGIA NO BLOCO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Danara Alves Otaviano
Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque
Antonia Rodrigues Santana
Layanne Maria Araújo Farias
James Banner de Vasconcelos Oliveira
Carina dos Santos Fernandes
Ana Roberta Araújo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.99619130639

CAPÍTULO 40	342
VIVENDO EM UM ABRIGO: AS SITUAÇÕES DE PERDA CONTADAS PELA CRIANÇA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO	
Fabiane de Amorim Almeida	
Deborah Ferreira Souza	
DOI 10.22533/at.ed.99619130640	
CAPÍTULO 41	352
VOCÊ CONHECE O PROJETO DE PALHAÇOS?	
Caroline Link	
Ana Flávia Botelho	
Therency Kamila dos Santos	
Leandra Schneider	
Fabiana Postiglione Mansani	
DOI 10.22533/at.ed.99619130641	
SOBRE O ORGANIZADOR	359

“ACESSO E ADERÊNCIA INFANTO-JUVENIL”: PLANO DE INTERVENÇÃO PELA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Cáio da Silva Dantas Ribeiro

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Camaragibe – Pernambuco

Clebiana Estela de Souza

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Vitória de Santo Antão – Pernambuco

Anahi Bezerra de Carvalho

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Vitória de Santo Antão – Pernambuco

Camilla Peixoto Santos Rodrigues

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Vitória de Santo Antão – Pernambuco

Juliana de Barros Silva

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Vitória de Santo Antão – Pernambuco

Talita Carina do Nascimento

Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, PRMIAS
Recife – Pernambuco

Rafaela Niels da Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida Asces Unita, Departamento de Educação Física, curso de bacharelado em educação Física
Caruaru - Pernambuco

RESUMO: Considerando a baixa procura e permanência de crianças e adolescentes aos cuidados da atenção primária à saúde, e entendendo que a infância e a adolescência tratam de um período de mudanças no qual o indivíduo atravessa a fase de transição tanto física, emocional, social e sexual que acabam gerando comportamentos, emoções e aspectos específicos, objetivou-se desenvolver um plano de intervenção com ações que ampliem o acesso e aderência de crianças e adolescentes aos cuidados primários à saúde. Para tanto, procedeu-se ao desenvolvimento de um plano de intervenção que utiliza como ferramenta principal as ações de educação em saúde para o público Infanto-juvenil. Desse modo, observou-se diversos problemas, no qual se destaca o acesso aos cuidados primários, o que permite concluir que a educação em saúde deve ser uma ferramenta necessária para o trabalho com crianças e adolescentes, tendo em vista o uso de metodologias práticas e inclusivas, que permita a participação na descoberta e na construção do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Adolescente; Acesso aos Serviços de Saúde;

“ACCESS AND ADHERENCE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS”: INTERVENTION PLAN

ABSTRACT: Considering the permanence and low demand of children and adolescents in primary health care and understanding that during childhood and teenage deal with changes in which the individual goes through the transition phase such as physical, emotional, social and sexual, ends up generating behaviors, emotions and specific aspects, aimed to develop an intervention plan with actions that expand the access and adherence of children and adolescents to primary health care. Therefore, an intervention plan was developed that uses as main tool, the actions of health education for the children and adolescents. In this way, several problems were observed, in which the access to primary care is highlighted, which allows us to conclude that health education should be a necessary tool for working with children and adolescents, having in mind the use of practical and inclusive methodologies, enabling participation in the discovery and construction of knowledge.

KEYWORDS: Child; Adolescent; Health Services Accessibility

1 | INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde o qual vem sendo utilizado atualmente no processo de cuidado em saúde, é fruto do processo de redemocratização do país, o qual é apresentado pelo texto constitucional de 1988 como “saúde direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), que a mesma deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação através do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Nesse contexto, todo cidadão passa a ser visto como sujeito integral o qual necessita de ações que melhore e promova sua saúde a níveis aceitáveis. Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017) inclui como fundamento a efetivação da integralidade em seus vários aspectos, como integrar ações programáticas e demanda espontânea; articular as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe; e coordenar o cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2017).

No cenário atual, ações de promoção e educação em saúde são estratégias que atuam em vários níveis do cuidado, desde a promoção, manutenção, recuperação e reabilitação. A educação em saúde atua através de um conjunto de ações que possuam continuidade, pois é através da continuidade que o primeiro objetivo da educação em saúde é alcançado, o vínculo (BERBEL; RIGOLIN, 2012).

Neste contexto, o conhecimento não é suficiente para promover mudança de hábito, mas o conhecimento enriquecido com vínculo e a continuidade das ações são o bastante para tornar o indivíduo protagonista do seu cuidado (BERBEL; RIGOLIN, 2012). A educação em saúde estimula e aguça a capacidade de autodeterminação que

cada indivíduo possui, refletindo no bem-estar físico, psíquico e social (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

A mudança de hábito é o principal objetivo a ser alcançado, é o desfecho final da promoção da saúde e da educação em saúde, mas demanda tempo, dedicação e continuidade. Ressaltando que as políticas e serviços públicos de saúde são colaboradores essenciais que nortearão as ações que serão desenvolvidas. Desta forma, será estimulado o estreitamento do vínculo para formação da autonomia do indivíduo e assim a participação da comunidade adstrita às atividades oferecidas (BEZERRA et al., 2014).

Abordar o conceito de prevenção de saúde significa abordar o discurso científico o qual atribui um conceito redundante do ser humano a partir de doença e não saúde, que constitui a redução a constantes biológicas e morfológicas do sujeito, reconhecendo seu sentido complexo de que saúde e adoecer são formas subjetivas de que a vida se manifesta nesse sentido se propõe intervenções para lidar com essas lacunas (CZERESNIA, 2009).

Segundo Leavell e Clark (1976) prevenir significa tomar medidas para evitar um mal. Já prevenção em saúde consiste em ações antecipadas baseada no conceito da história natural da doença e no conceito epidemiológico que tem por objetivo o controle da transmissão das doenças, os quais são estruturados por meio de intervenções de educação em saúde.

Com os avanços decorridos na ciência da saúde o processo saúde doença assume um modelo de determinação social o qual articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo, sendo está ancorada na concepção de superação biologista linear de simples causa-efeito, para o direcionamento do papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. Substituindo causalidade por determinação sendo está vinculada à compreensão dos estilos de vida, derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço, o que gerou uma revisão nos processos na organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim, à promoção da saúde que pode interferir na Determinação Social da Saúde (ALMEIDA, 2000).

Determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos e raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, esse é o conceito abordado pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (KRIEGER et al., 2010). Já para a Organização Mundial da Saúde (OMS), estes também envolvem as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham os quais podem induzir as intervenções ao defini-los como mecanismos que afetam a saúde, mas que podem ser alterados por meio de ações baseadas em informação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Para intervir no modo de viver das pessoas a promoção da saúde torna-se um essencial que estimula a capacitação da comunidade para atuar na melhora da

qualidade de sua vida e saúde atribuindo sua participação em todo processo, com o intuito de atingir o completo bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, saúde representa um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No Brasil a promoção da saúde está ligada ao desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, também voltada às intervenções as quais deveria envolver meios políticos, legislativos por meio de articulações com outros setores. Para isso, em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e em 2014 reformulada pela Portaria N° 2.446, apresenta em seus princípios a autonomia como potencialidade para o desenvolvimento de capacidades e a intersectorialidade como exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados pelo setor saúde fortalecendo a resolutividade e articulação da rede (BRASIL, 2014).

A PNPS ainda afirma que intersectorialidade perpassa também na articulação de saberes, potencialidades e experiências entre sujeitos, grupos e que a construção de intervenções deve ser em conjunto a outros setores que para isso se faz necessário o estabelecimento de vínculos e corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2014; MALTA et al, 2016).

No Brasil, a promoção da saúde pode ser conceituada como um marco norteador da Saúde Pública, consolidando-se como um modelo das ações de saúde que, por meio de uma ação transversal, a qual visa responder adequadamente as necessidades de saúde da população, entendida como prática educativa estratégica na perspectiva dialógica, reflexiva e crítica que possibilite a autonomia dos sujeitos diante de suas condições de vida e saúde, atribuindo-lhes o autocuidado entendido como o modo de cuidar de si próprio (BUSS, 2003).

Nesta perspectiva Buss (2003) considera que as intervenções devem ser realizadas dentro de um modelo participativo envolvendo toda a coletividade no seu ambiente, voltados para uma rede de temas os quais tratariam saúde com abordagens de facilitação e capacitação oferecidas sem imposição no objetivo de gerar mudança na situação do indivíduo e seu ambiente e não apenas de modelar comportamentos.

Para tanto, processos educativos são necessários para desenvolver o exercício da cidadania, que conseqüentemente gerariam comportamentos mais saudáveis por meio do empoderamento e controle nas decisões e escolhas de modos de vida adequados a suas condições sócio econômico, culturais (BRASIL, 2014), com isso a educação em saúde é uma importante ferramenta de prevenção e promoção à saúde que deve provocar, nos indivíduos, a atitude de pensar e repensar os seus hábitos e estilo de vida e conduzi-los a modificar a sua realidade para diminuição de suas vulnerabilidades e melhoria da qualidade de vida (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Ayres *et al* (1999) aponta que as instituições devem considerar a complexidade do processo saúde/doença, bem como conhecer, integralmente a realidade, potencialidades e susceptibilidades vivenciadas pelo sujeito com o qual se deseja realizar uma ação educativa, adaptando-se às necessidades, interesses e conhecimentos prévios dos

indivíduos.

Nesse sentido, a Educação Popular atua como práxis político-pedagógica orientadora da construção de processos educativos e de trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos pode nortear as ações de saúde no território (BRASIL, 2012).

Entre os diferentes segmentos que existem no território, a infância e a adolescência tratam-se de um período de mudanças no qual o indivíduo atravessa a fase de transição tanto física, emocional, social e sexual que acabam gerando comportamentos, emoções e aspectos específicos. Especialmente os adolescentes são observados pela sociedade como sujeitos que não possuem autonomia ante os seus desejos, em contrapartida espera-se deles que sejam responsáveis por seus atos. Nesta perspectiva para desenvolver ações de cuidado ao adolescente significa, valorizar sua subjetividade, ouvindo criando espaço de discussão acerca de questões abordadas por eles (MARQUES; QUEIROZ, 2012).

Os adolescentes podem ser importantes aliados no processo de negociação e diálogo que serão construídos durante a execução das atividades de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças. Tornando-os multiplicadores do processo de construção de cuidados preventivos em saúde. Compreende-se, ainda, a necessidade de ampliar os cuidados em saúde, de forma que não existam fronteiras que influenciam as linhas de cuidado em saúde, seja de crianças, adolescentes, adultos e idosos, tanto do gênero feminino quanto do masculino.

Com isso fica perceptível a escassez de ações de educação em saúde nas diversas localidades do país e principalmente as que abordem as necessidades dos jovens em relação aos cuidados preventivos. Sendo assim, este trabalho teve por objetivo aproximar a participação de adolescentes nas iniciativas que promovem cuidados preventivos em saúde, bem como na continuidade dos cuidados para esta faixa etária, por meio de estratégias que aproximassem o público adolescente as quais pudessem impactar na melhora dos cuidados preventivos em saúde enquanto homens adultos e/ou idosos, bem como capacitar comunidade e gestores da área da saúde e educação, provocando uma mudança de paradigmas, rumo à transformação do olhar direcionado à saúde dos adolescentes da comunidade.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho se desenvolveu após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência do bairro do Maranhão, do município Vitória de Santo Antão, Pernambuco, realizado no ano de 2017 pelos residentes do Programa de Residência de Interiorização de Atenção à Saúde – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/ Centro Acadêmico de Vitória), vinculados ao NASF-AB Lídia Queiroz, os quais

observaram a ausência que existia do público adolescente ao acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS) e sua busca pelos Cuidados Primários em Saúde.

Na perspectiva de desenvolver ações que ampliem o acesso e aderência de crianças e adolescentes aos cuidados primários à saúde, além de valorizar sua subjetividade, ouvir e criar espaço de discussão acerca de temáticas atuais, foi desenvolvido um plano de intervenção que utiliza como ferramenta principal as ações de educação em saúde (Tabela 1).

OBJETIVO ESPECÍFICO	METAS PRINCIPAIS	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO
I. Promover ações de educação em saúde e promoção da saúde sobre educação alimentar e nutricional; cultura de paz e não-violência; atividade física e práticas corporais; e IST.	I. Realização de 50% das ações de educação em saúde e promoção da saúde sobre educação alimentar e nutricional; cultura de paz e não-violência; atividade física e práticas corporais; e IST para crianças e adolescentes no período de 1 dia cada.	a. Oficina de educação alimentar e nutricional; b. Oficina de cultura de paz e não-violência; c. Oficina de atividade física e práticas corporais. d. Oficina sobre IST;

Tabela 1 – Objetivos, Metas e Estratégias de Ação

As ações desenvolveram-se baseadas em metodologias que provocassem a troca de saberes tanto entre os jovens quanto aos residentes que eram os coordenadores das ações. Inicialmente todos eram dispostos em roda ou divididos em grupos de acordo com a contextualização da temática, sendo esta de acordo com a realidade dos jovens encontradas no diagnóstico, o grupo foi estimulado por um coordenador e todos tinham a liberdade crítica para se colocar frente ao assunto.

Participaram da ação crianças e adolescentes de 10 a 14 anos matriculados na escola entre o quinto e o nono ano totalizando em média 300 adolescentes. Foram realizadas quatro ações em formato de oficinas: nas turmas dos 5º anos foi realizada a oficina de Educação Alimentar e Nutricional; 6º ano foi realizada a oficina de Cultura de Paz e Não violência; 7º ano, oficina de Atividade Física e Práticas Corporais; e nos 8º e 9º anos uma oficina sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Primeiramente apresentamos as propostas das oficinas aos educadores da escola para que estivessem de acordo com o que iria ser proposto. Após a concordância da proposta, foi elaborado o cronograma das atividades em presença dos professores. Esse cronograma se construiu resultando em 10 encontros totais em turmas diferentes.

Nos dias das oficinas, os profissionais residentes: nutricionista, profissional de educação física, psicóloga, enfermeira, fonoaudióloga e sanitaria iniciavam os

trabalhos acolhendo os adolescentes em suas salas com uma breve apresentação e objetivos acerca dos temas propostos. Após a apresentação, os alunos eram divididos em grupos, e para cada grupo era explicado e entregue materiais e o objetivo das atividades. Cada oficina utilizou temáticas diferentes.

A oficina de IST se desenvolveu através de papéis e lápis para que os adolescentes pudessem expor em cartazes seus conhecimentos referentes ao tema, posteriormente foi realizada uma discussão acerca dos conteúdos produzidos pelos jovens buscando valorizar seus saberes e ser feita as considerações e esclarecimento das dúvidas.

A oficina de Atividade Física (AF) e Práticas Corporais (PC) foi realizada em dois ambientes: sala de aula e quadra escolar. Abordou-se o tema sob a pergunta norteadora: “O que é atividade física e práticas corporais?”, com o objetivo de verificar o nível de conhecimento dos jovens. Em seguida foi realizada a atividade similar à brincadeira “jogo da força”, de perguntas e respostas sobre os benefícios da AF, em dois grupos composto por alunos de ambos os sexos. Na quadra da escola, realizou-se a atividade prática com um caminho de arcos.

A oficina de não-violência e cultura de paz iniciou-se com uma breve introdução ao tema, através da exposição por material audiovisual, seguida de roda de conversa, para que os adolescentes pudessem compartilhar situações vivenciadas referente a temática, e por fim solicitou-se que os jovens, em grupo, construíssem um mural com cartazes como forma de expressar sua contribuição a construção de atitudes de combate às violências pautadas na cultura de paz.

A atividade sobre Educação Alimentar e Nutricional foi realizada em três momentos: exposição da pirâmide dos alimentos, em sala de aula; posteriormente foram direcionados à quadra da escola e divididos em grupos para realizar o circuito de atividades e identificar imagens ilustrativas de frutas e verduras, finalizando com a montagem de um prato saudável e assim ser feito as colocações e considerações sobre o tema.

As atividades tiveram em média a duração de 50 minutos cada. Como processo avaliativo foi utilizada as considerações apresentadas ponderando os saberes dos jovens assim como observacional pela mudança de comportamento.

3 | RESULTADOS

No desenvolvimento das ações pôde-se perceber que os adolescentes no primeiro momento demonstram desinteresse frente a alguma tarefa ou alguma temática, sendo necessária a utilização de alguns estímulos verbais. O desinteresse identificado talvez esteja relacionado ao método educativo utilizado na escola.

Percebeu-se por meio da elaboração dos materiais e das atividades que os estudantes tinham sempre algum conhecimento acerca das temáticas abordadas na oficina de ISTs. Observou-se durante as discussões que os métodos contraceptivos

mais conhecidos são o preservativo e a pílula. Dessa forma, a educação sexual deve fortalecer os adolescentes e jovens, fomentando a promoção a este público, com foco a orientação, o apoio e a proteção adequados, a fim de que saiba lidar com a situação com mais responsabilidade.

Os temas AF e PC mostraram-se bem aceito pelos adolescentes, por estar presente em sua realidade, quando relataram que tinham o hábito de participar de brincadeiras populares em seus momentos de lazer. A utilização dessas brincadeiras acarreta na melhora da composição corporal e de saúde, ao trabalhar os movimentos básicos fundamentais. A realização de jogos e brincadeiras em equipe aumenta a socialização no processo de interação interpessoal e de estimulação de cooperação, ao desejar um único objetivo final que para ser alcançado necessita ser trabalhado em grupo.

Durante a realização da oficina de promoção da não-violência e cultura de paz os adolescentes se mostraram interessados pelo tema e foram bastante participativos e observou-se que através de atividades como esta podemos estimular o desenvolvimento de novas habilidades sociais e fortalecer relações interpessoais, aspectos fundamentais na promoção da cultura de paz e da construção de uma sociedade que combate a violência.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As oficinas desenvolvidas surgiram a partir da observação do território. Durante este processo, diversos problemas foram encontrados, contudo o maior deles é a lacuna no que diz respeito ao atendimento de criança e adolescente. As atividades exigiram trabalho em equipe, pensamento crítico e estimulação da interação, cooperação, equilíbrio e raciocínio, provocando impacto sobre a saúde.

Assim, observou-se a necessidade de trabalhar com este público no que diz respeito aos cuidados básicos em saúde e com os indicadores mais prevalentes para os usuários em questão. As oficinas são importantes ferramentas para o alcance dos objetivos, através da educação popular em saúde.

Conclui-se que a educação em saúde é uma ferramenta necessária para o trabalho com crianças e adolescentes, tendo em vista que os mesmos precisam de algo mais prático e inclusivo, que permita que os usuários participem da descoberta e construção do conhecimento.

É importante, nesse aspecto, entender qual é a melhor metodologia a ser utilizada com esse público alvo, tal preocupação foi nítida durante toda a construção do plano de intervenção pois o público de crianças e adolescentes é bastante heterogêneo em todos os anos escolares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R. G. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. São Paulo: Editora 34, 1999.
- BERBEL, D. B; RIGOLIN, C.C. D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Rev Bras de Enf, Tec e Soc**, São Paulo, v. 2, n.3, p. 25-38. 2011. Disponível em: <<http://vianabarmann.com.br/wp-content/uploads/2014/08/124-465-1-PB.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.
- BEZERRA, I. M. P, et al. O fazer dos profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Journal of humangrowth and development**, São Paulo, v. 24, n. 3, pág. 255-262. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v24n3/pt_04.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2018.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. LEGISLATIVO D.O.U. 191-A DE 05/10/1988, P.1. CONGRESSO NACIONAL – CN. Brasília: 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 2.761**, de 19 de novembro de 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em: 26 abr. 2018.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.
- BRASIL. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 20 dez 2018.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. org Por Dina Czeresnia, Carlos Machado de Freitas. 2nd revend. Rio de Janeiro: Editora FIO CRUZ 2009.
- KRIEGER, N., et al. “Who, and what, causes healthinequities? Reflectionsonemerging debates fromanexploratoryLatin American/North American workshop”. **J. Epidemiol. Community Health**, 2010.
- LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- MALTA, D. C., et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000601683&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun 2018.

MARQUES J.F.; QUEIROZ M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2012.

SCORALICK-LEMPKE, N.N.; BARBOSA, A.J.G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Revista estudos de psicologia**. Campinas, v. 29, n. 1, p. 647-655. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/01.pdf>> Acesso em: 06 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas determinantes sociais da saúde. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. Canadá: 17-21 Nov. de 1986.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Luiz Emanuel Campelo de Sousa

Professor de Educação Física

Limoeiro do Norte – CE

Cesar Augusto Sadalla Pinto

Professor do Instituto Federal de educação,
ciências e tecnologias do Ceará

Limoeiro do Norte – CE

RESUMO: A fragmentação da formação tem seus reflexos mais significativos na delimitação da área de atuação dos bacharéis e dos licenciados. Segundo Conselho Federal de Educação Física os bacharéis estão aptos a trabalhar nas não escolares e os licenciados capacitados a trabalhar no campo escolar. Porém é comum a sua presença do licenciado no campo de atuação não escolar, então nos questionamos, aonde estão inseridos profissionalmente os egressos do curso de Licenciatura em Educação Física? Traçamos como objetivo analisar a inserção profissional dos egressos do curso em questão. Os dados mostra que mais de três quartos dos egressos do curso atuam fora do campo escolar somando 76% (n=16), sendo que a maioria 47% (n=10) atuam dentro de academias de ginástica (musculação, lutas, hidroginástica). Constatamos 19% (n=4) dos egressos atuam de forma autônoma em empresa própria ou prestando consultoria e 24% (n=5) estão

atuando na Educação Básica. Concluímos que nos cursos de licenciatura não deve ser negado o conhecimento para o estudante atuar nos espaços não escolares, pois isso já é uma realidade conforme os dados coletados e os já existentes sobre o tema que o campo não escolar da Educação Física é campo de atuação do licenciado.

PALAVRAS-CHAVES: Atuação em Educação Física. Formação em Educação Física. Embates Políticos

ABSTRACT: The fragmentation of training has its most significant effects on the delimitation of the area of action of bachelors and graduates. According to the Federal Council of Physical Education, the bachelors are able to work in the non-school and the graduates qualified to work in the school field. However, it is common for the licensee to be present in the non-school field, so we ask ourselves, where are the graduates of the undergraduate course in Physical Education? We aim to analyze the professional insertion of the graduates of the course in question. The data show that more than three-quarters of the graduates of the course work outside the school, accounting for 76% (n = 16), with a majority of 47% (n = 10) working inside gymnasiums (bodybuilding, fights, . We found that 19% (n = 4) of the graduates act autonomously in their own company or provide consulting services

and 24% (n = 5) are working in Basic Education. We concluded that undergraduate courses should not be denied the knowledge for the student to work in non-school spaces, since this is already a reality according to the data collected and the already existing on the subject that the non-school field of Physical Education is field of action of the licensee.

KEYWORDS: Acting in Physical Education. Training in Physical Education. Political Attacks

INTRODUÇÃO

Atual resolução que fundamenta a formação em Educação Física é, a Resolução CNE/CES nº 07/2004, na qual separou estruturalmente pela primeira vez a formação em Educação Física em licenciatura e bacharelado.

A fragmentação da formação tem seus reflexos mais significativos na delimitação da área de atuação dos bacharéis e dos licenciados. Segundo Dias (2010) o CONFEF defende a ideia dos bacharéis estarem aptos a trabalhar no campo de atividades não escolares e os licenciados capacitados a trabalhar no campo de atividades escolares. Entre os argumentos dos que defendem a formação unificada, destacamos aquele que enfatiza a existência de semelhança entre os projetos pedagógicos nas duas formações (SILVA, 2011; DIAS, 2010).

Como o licenciado em Educação Física é, antes de tudo, um profissional preparado para orientar a prática do movimento humano, é comum a sua presença no campo de atuação não escolar. Isso parece ser indicativo de que a separação dos campos de atividades dos bacharéis e licenciados é um problema que se coloca apenas na formação.

Em relação à inserção profissional do Licenciado em Educação Física, Vargas e Moreira (2012) afirma que nos últimos anos a busca por profissionais especializados na área de Educação Física tem crescido e favorecido os que buscam uma especificidade de treinamento e de resultados na promoção da saúde, do rendimento e da estética. Os autores destacam que a atuação desses profissionais cresceu vertiginosamente devido às necessidades mercadológicas, o que significa que a formação docente em Educação Física acentuou as disciplinas curriculares da área biológica, visando a dar maior sustentabilidade ao campo como um reflexo das possibilidades do “emprego imediato” após a graduação.

Nesse ponto nos questionamos se a divisão dos campos de formação não estaria muito mais relacionada com uma questão pragmática e mercadológica do que epistemológica em que se apresentem dois campos diferentes de formação com objetos científicos distintos.

Considerando, que é comum ver licenciados em Educação Física atuando em academias, clubes, entre outras ocupações não escolares. Interesse-nos conhecer a inserção profissional dos egressos de um curso e se os mesmo estão atuando no

espaço não escolar. Para tanto, buscamos responder o seguinte problema: Como se dá a inserção profissional dos egressos do curso de Licenciatura em Educação Física?

Traçamos como objetivo analisar a inserção profissional dos egressos do curso de licenciatura em Educação Física.

A proposta de pesquisa é relevante considerando que se trata de um tema que tem sido debatido extensamente em trabalhos acadêmicos e eventos no país. Além disso, o trabalho busca contribuir para as discussões sobre os campos de atuação do licenciado e do bacharelado uma vez que traz elementos do campo empírico de atuação profissional que pode contribuir para ampliar o debate sobre os currículos de formação em realidades localizadas fora dos grandes centros urbanos.

O SISTEMA CONFEF/CREF A SUA INFLUENCIA NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ÁREA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Segundo Nozaki (2004) o sistema CONFEF e os CREF's na tentativa de se instituir uma regulamentação profissional na área de Educação Física, tem início na década de 1990 durante com um projeto de lei 330/95. Porém está só foi efetivada em 1998 por meio da Lei Federal 9696, cedendo a estes órgãos o dever de fiscalizar a atuação profissional e as instituições que promovem atividades físicas e desportivas fora do âmbito escolar.

Para Pergher (2008), a Lei 9696/98 que dava base jurídica para a regulamentação foi absorvida com estranheza no que se diz respeito aos profissionais e pesquisadores da área, pois está antecedeu qualquer tipo de discussão a respeito de sua autenticação. O autor afirma que os tramites es para processo de regulamentação da profissão aconteceram nos bastidores, sem que houvesse uma discussão mais ampla com a comunidade da área.

Nozaki (2004) argumenta que a regulamentação da Educação Física foi apoiada em argumentos corporativistas em busca de mercado de trabalho, já que negavam a ação de trabalho dos leigos, que muitas vezes eram qualificados com cursos de nível superior de dança, educação artística, música ou até mesmo com qualificação referente a suas próprias instituições formadoras no caso da capoeira, de yoga e das artes marciais.

Munhóz (2012) acredita que este processo de regulamentação da profissão da Educação Física tinha sido fruto das políticas neoliberalistas implantadas na década de 1990 no Brasil. Tais políticas consistem em reduzir ou extinguir a atuação do Estado em setores de interesse estratégico, como forma de redução de despesas públicas.

Com a habilitação concedida pelo governo a os sistemas CONFEF/CREF para fiscalizar as atividades físicas fora do campo escolar, as discussões em relação à fragmentação estrutural na formação em Educação Física iniciada pela Resolução 03 de 1987 ganham força, pois o sistema CONFEF/CREF necessitava de um modelo de

formação que atendesse seus anseios.

Nozaki (2004) mostra que o CONFEF teve influência direta na divisão estrutura da formação em Educação Física, homologada na Resolução 07 de 2004. O autor cita ainda que o CONFEF era maior interessado na época por esse modelo de formação.

A partir disso o Sistema adota um discurso de que o Licenciado em Educação Física a partir de então estaria restrito a atuação na área não escolar, está fala do CONFEF estar presente na Resolução nº 182/2009, do CONFEF. A legislação interna do conselho argumenta a restrição na atuação dos licenciados em Educação Física.

O Ministério Público Federal (MPF) emiti uma nota relatando que esse discurso e ação do CONFEF na sua Resolução nº 182/2009, é contraditória em relação a constituição brasileira, pois a mesma estabelece o livre exercício da profissão e cabe aos órgãos federais definir os campos de atuação de cada profissional.

Outro aspecto que não pode deixar de ser citado é que, na busca por um maior número de profissionais associados o Sistema CONFEF/CREF, os mesmo passam a aceitar profissionais não graduados a se associar, desde que os mesmos já atuassem na área antes da Lei 9696 de 1998 passando estes profissionais a ser chamados de provisionados. Estes teriam de passar por um curso provisionado que era promovido pelos CREF's para atuarem novamente (NOZAKI, 2004).

Como podemos perceber o Sistema CONFEF/CREF muitas vezes se contradiz em seus discursos. Esses fatos afirmam que o sistema CONFEF/CREF é movido por interesses corporativistas e mercadológicos e não por interesse de melhoria na formação e no campo de atuação dos seus profissionais.

ÁREA DE TRABALHO DO LICENCIADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Os Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura é um documento criado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) Ministério da Educação (MEC) em 2010, com o intuito de nortear a carga horária, os laboratórios, as disciplinas básicas e o perfil de atuação dos egressos de todos os cursos de bacharelado e licenciatura do Brasil. Neste documento citado o licenciado em Educação Física deverá trabalhar como professor de educação básica, além de exercer funções em órgãos de produção ou avaliação para o ensino presencial ou à distância, seja ele público ou privado. Além de trabalhar em espaços de Educação de não escolar, como: clubes, academias de ginástica, clínicas, hospitais, hotéis, parques, empresas que demandem sua formação específica, instituições que desenvolvem pesquisas educacionais, de forma autônoma ou prestando consultoria.

Silva (2011) reforçando, também considera o licenciado em Educação Física como um profissional habilitado em atuar em supervisão, coordenação e orientação educacional nas escolas sejam elas privadas ou públicas e deverá ter direitos assegurados iguais aos graduados em Bacharelado, a fim de lecionar a cultura corporal do movimento e a expressão cultural do movimento humano, fora da educação básica,

já que a docência caracteriza a principal função desse profissional.

Já o CONFEF como órgão fiscalizador dos graduados em Educação Física comenta na Revista Educação Física, n.19 de março de 2006 que o licenciado em Educação Física está habilitado a atuar em toda a educação básica, podendo apenas fazer intervenções dentro do componente escolar da Educação Física na competência de professor. No seu regimento interno na Resolução 182/2009 CONFEF eles oficializam a restrição do Licenciado a área não escolar.

Como podemos perceber o CONFEF restringe a área de trabalho dos licenciados, indagando que estes estão somente habilitados a atuar na educação básica, não havendo coerência com Silva (2010) e com CNE/MEC por meio de Parecer e através Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura concedem aos licenciados em Educação Física ampla atuação.

ÁREA DE TRABALHO DO BACHAREL EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Os Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura colocam como área de atuação do bacharel em Educação Física clubes, academias de ginástica, empresas de artigo esportivo, clínicas, hospitais, hotéis, parques, meios de comunicação. Podendo também exercer seu ofício de forma livre e autônoma.

Para Silva (2011) o bacharel em Educação Física tem como perfil um profissional que esteja capaz de executar de ensino supervisão e coordenação de práticas de atividades físicas e esportivas, sendo ela exercida para apenas um indivíduo ou para um grupo de pessoas, estando comprometido com a saúde e a qualidade de vida ao atuar.

Terá como campo de atuação

[...] academias de ginástica, clubes, parques, hotéis, hospitais, clínicas, condomínios residenciais, associações esportivas e comunitárias e nos ambientes de atenção básica à saúde (Programa Saúde da Família/Núcleos de Apoio à Saúde da Família/ Centros de Apoio Psicossocial) (SILVA, 2011 p.80).

O sistema CONFEF/CREF's deixa claro na Revista Educação Física de março de 2006 que o bacharel em Educação Física está habilitado a atuar em todas as manifestações de atividades físicas e esportivas fora da educação básica.

Percebemos coerência do CONFEF, Silva (2011) e as Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura em relação ao campo de atuação do bacharel.

Apesar de inúmeras discussões e trabalhos falando acerca da divisão da Educação Física em licenciatura e bacharelado e das restrições de atuação profissional, é notória a necessidade de estudos empíricos para fundamentar essa discussão e conhecer a realidade profissional da área.

Porém, existe uma proposta de superação desse modelo dualista, uma formação

unificada, uma licenciatura plena de caráter ampliado defendido por diversos autores como (NOZAKI, 2004; DIAS, 2010; CRUZ, 2011 e TAFFAREL, 2012).

METODOLOGIA

A pesquisa ocorreu no âmbito do curso de Licenciatura em Educação Física Sendo o único curso de formação em Educação Física vinculado a uma instituição pública de ensino na região cearense do Vale do Jaguaribe. Os sujeitos da pesquisa foram 27. Todos graduados no mesmo, que colaram grau nos anos de 2015 e 2016. Conseguimos fazer contatos com 33 egressos, todos se mostraram interessados em participar da pesquisa no primeiro contato telefônico, porém apenas 27 responderam o questionário.

A abordagem que iremos utilizar na nossa pesquisa será a qualitativa e quantitativa. Já que a pesquisa qualitativa, Segundo Minayo (2002 apud LAKATOS, 2011), a pesquisa qualitativa trata-se de uma modalidade de pesquisa que tem como característica classificar e debater realidades e fenômenos que não podem ser quantificados, e que trabalha com um universo de interpretação de motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. O uso dessa abordagem é utilizado, pois interpretamos e descrevemos em palavras os dados coletados da aplicação dos questionários com os egressos do curso Licenciatura em Educação Física em relação a sua atuação profissional e seu processo de formação.

Já abordagem quantitativa para Lakatos (2011) busca dentro de uma pesquisa analisar números, estes números seriam resultado de investigação caracterizando assim uma pesquisa qualitativa. Ainda em Goldemberg (2002, apud LAKATOS, 2011) as abordagens quantitativas buscam sintetizando os dados obtidos em formas numéricas para uma melhor interpretação. A abordagem quantitativa se caracterizou na pesquisa, pois obtivemos dados numéricos a partir dos questionários aplicados aos egressos do curso de Licenciatura em Educação Física em relações a sua inserção profissional na área da Educação Física e seu processo de formação.

O método de pesquisa utilizado no trabalho foi o estudo de caso. O método busca investigar apenas um recorte específico da realidade, do qual deve ser significativo e representativo, a fim de servir de parâmetro para a interpretação de outros casos (SEVERINO, 2007). Já que em nossa pesquisa analisamos a inserção profissional dos egressos do curso.

O questionário foi aplicado por meio do formulário Online do Google Drive que se trata de uma plataforma de armazenamento de dados online. Esta plataforma disponibiliza diversos serviços e ferramentas. Uma dessas ferramentas foi utilizada para facilitar a aplicação do questionário do trabalho. Para construção e aplicação dos questionários utilizamos a ferramenta formulário, que possibilitava aplicar questões objetivas e subjetivas online para os sujeitos da pesquisa. O mesmo foi organizado

por seções. Primeira seção buscava traçar um perfil de identificação dos sujeitos. A segunda buscava identificar a inserção profissional dos egressos. A terceira analisar a cotidiano formativo. E a quarta investigar a impressão dos egressos em relação a formação dualista em Educação Física.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo. Segundo Moraes (1999, p.8),

A análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum.

A utilização dessas técnicas se deu devido a necessidade de analisar os questionários respondidos pelos egressos do curso de Licenciatura em Educação Física.

As respostas obtidas dos questionários dos egressos foram organizadas em uma planilha em Excel. Na busca de identificação dos dados utilizamos filtros para selecionar respostas semelhantes e apresentamos os resultados obtidos em forma de gráficos e quadros.

RESULTADOS

Motivados em responder o objetivo da pesquisa, buscamos conhecer se os mesmos estão atuando no ramo/área da Educação Física. No investigado nem todos egressos estão atuando na área da Educação Física. O **Gráfico 1** apresenta em porcentagem o número de egressos atuando na área da Educação Física.

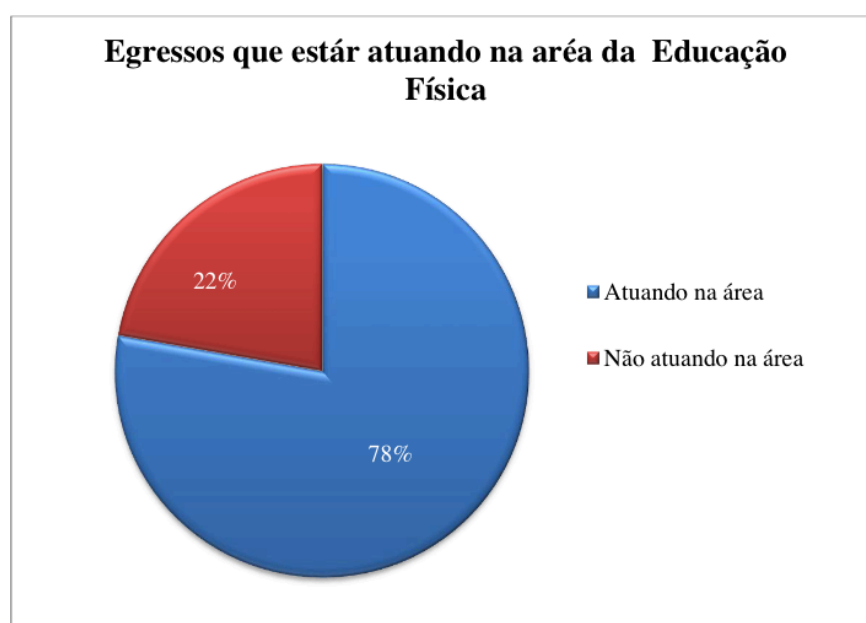


Gráfico 1 - Porcentagem de egressos que estão atuando e que não estão atuando na área da Educação Física

Fonte: Autoria própria

Maioria (78%; n=21) está na área. Isso é um bom indicativo, pois mostra que os egressos do curso tem boa aceitação dentro do mercado de trabalho. Entretanto, também é significativo o número de egressos que não conseguiram inserção profissional (22%; n=6). Desses 22% que estão fora da área da Educação Física ou estão desempregados ou estão atuando com vendas autônomas. Em pesquisa feita por Furtado e Santiago (2015) na Universidade Federal de Goiás (UFG) os resultados se assemelham com os encontrados na nossa pesquisa de campo, onde 80% dos egressos estão inseridos no mercado de trabalho e 20% não estão atuando dentro do ramo da Educação Física. Os números de Ramos (2008) também são parecidos com resultados apresentados na nossa pesquisa, mostrando que os egressos do curso de Educação Física da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) 82% destes estavam atuando na área e 18% de não estava atuando.

O **Gráfico 4** a seguir mostra a onde estão atuando os egressos do curso de Licenciatura em Educação Física, sendo este o objetivo principal da nossa pesquisa.



Gráfico 4 - Mostra a atuação profissional dos egressos

Fonte: Autoria própria

Os dados mostra que mais de três quartos dos egressos do curso atuam fora do campo escolar somando 76% (n=16), sendo que a maioria 47% (n=10) atuam dentro de academias de ginástica (musculação, lutas, hidroginástica). Constatamos 19% (n=4) dos egressos atuam de forma autônoma em empresa própria ou prestando consultoria e 24% (n=5) estão atuando na Educação Básica.

Gaspar (2013) em seu estudo de campo demonstrou que 43% dos formados em Educação Física estão atuando em Academias (Ginastica, Lutas, Musculação), resultados que se assemelha com o nosso, onde 47% dos egressos atuam em Academias (Ginastica, Lutas, Musculação) apesar de serem de um curso de

Licenciatura. Vale citar que no estudo de Gaspar (2013) ele usou egressos do curso de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física, porém isso mostra que o número de oportunidade de emprego em Academias (Ginastica, Lutas, Musculação) é maior que em qualquer outro ramo da Educação Física.

Ramos (2008) mostra que 31% de seus sujeitos pesquisados trabalham em Academias. Não são números semelhantes a de Gaspar (2013) e a nossa, porém sua pesquisa também mostra que os egressos atuantes em academias também são maioria.

Neste momento percebemos que não existe respaldo epistemológico para a divisão da Educação Física. Percebemos que independente do processo de formação e do campo de atuação do egressos a Educação Física vai estar respaldada na docência.

Nos cursos de licenciatura não deve ser negado o conhecimento para o estudante atuar nos espaços não escolares, pois isso já é uma realidade conforme os dados coletados e os já existentes sobre o tema. No curso de licenciatura em Educação Física, está claro que o profissional que se deseja formar é para atuar na Educação Básica, entretanto o curso possui disciplinas como Musculação, Ginastica, Fisiologia do exercício, entre outras as quais tentam qualificar os futuros profissionais para atender às demandas da região. Ressaltamos, entretanto, as limitações no currículo desse curso no que se refere à oferta de disciplinas relacionadas ao treinamento esportivo, priorização de treinamento e estágios em espaços não escolares. Essas dificuldades são superadas pela oferta de disciplinas optativas, e está em curso um processo de padronização do currículo do cursos de Licenciatura em Educação Física, o qual prevê uma formação ampla, capaz de dar conta da atuação no espaço escola e não escolar.

Nozaki (2004) argumenta que a Educação Física é essencialmente voltada para docência, uma vez que mesmo fora do campo não escolar o profissional da Educação Física está ministrando uma aula. Assim deixando bem claro que o curso prioriza primeiramente formação para educação básica, porém não restringem seus egressos para outra atuação dentro da área.

Para entendermos melhor essa disparidade de atuação, precisamos discutir o processo de formação inicial e continuada dos egressos. Portanto, decidimos investigar o nível de influência dos professores do curso no processo formativo dos egressos, quais as áreas disciplinares os mesmos mais se identificaram, além de investigar se os mesmo passam por um processo de formação e em quais áreas eles buscam se especializar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relembramos que em nosso estudo tínhamos o propósito de analisar a inserção profissional dos egressos do curso de licenciatura em Educação Física refletindo

sobre as possíveis contribuições do processo de formação inicial e continuada para o desenvolvimento profissional dos docentes.

Partindo do que foi discutido e analisado no nosso referencial teórico, verificamos que não é de hoje que ocorre embates-políticos para mudanças na formação e atuação em Educação Física. Na atualidade, duas tendências antagônicas polarizam o debate: uma tendência acredita na continuação de uma formação fragmenta em Educação Física e outra na perspectiva os que defendem uma formação unificada.

A investigação teórica nos fez perceber que não existe respaldo epistemológico para a divisão da formação em Educação Física. Independente da modalidade de formação em Educação Física a docência será o elemento central da atuação na área. A atual formação em Educação Física acarreta em uma negação de conhecimento durante o processo de formação inicial. Não faz sentido uma mesma base de conhecimento fundamentar duas formações diferentes. A Licenciatura Plena Ampliada em Educação Física é apresentada como uma alternativa à formação fragmentada, possuindo uma sólida fundamentação teórica e um grupo significativo de adeptos no país.

Por meio do estudo empírico, coletamos informações sobre inserção profissional dos egressos. Verificamos que a maioria dos formandos está atuando na área da Educação Física apesar de preparados para educação básica estão atuando em maioria em área não escolares. Reforçando assim que independente do local de trabalho é a docência é quem respalda a atuação profissional na Educação Física.

A pesquisa de campo mostra que a dinâmica universitária pode ser essencial para a escolha de atuação do formado, devido à influência que os professores e das dimensões curriculares podem exercer durante o período de graduação. Isto explica que, independente do licenciado do curso ser preparado para a educação básica, este pode receber estímulos que mudem esse processo.

Recomenda que outros estudos sejam feitos, buscando conhecer de forma mais aproximada à dinâmica profissional dos sujeitos estudados. Propomos que sejam realizadas visitas e acompanhamento de alguns sujeitos no seu ambiente de trabalho, se os mesmos estariam trabalhando com êxito em determinados ramos, quais suas condições de trabalho, quais oportunidades tiveram até o momento, investigar seu tempo de trabalho e remuneração entre outros fatores da sua atuação profissional.

Por fim, entendemos que para uma melhor condição de atuação e formação devemos continuar também com os movimentos de lutas.

REFERÊNCIAS

CONFED. **Licenciatura e/ou Bacharelado**: opções de graduação para intervenção profissional. Revista da Educação Física, Rio de Janeiro, ano VI, n. 19, mar. 2006

BRASIL, Conselho Nacional de Educação – Conselho Pleno, **Resolução CNE/CP nº 7**, de 18 de Março de 2004. Brasília, 2004.

CRUZ, Ámália Santos. **O embate de projetos na formação de professores de Educação Física:** além da dualidade licenciatura – bacharelado. *Motrivivência* Ano XXIII, Nº 36, P. 26-44, 2011

DIAS, Fernanda Braga Magalhães; TEXEIRA, Devid Romão. **FORMAÇÃO DE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA:** a atualidade do embate político. *Motrivivência* Ano XXII, Nº 35, P. 184-201, 2010.

FURTADO, Roberto Pereira. SANTIAGO, Lorena Paes. **Educação Física e trabalho:** considerações a respeito da inserção profissional de egressos da FEF-UFG. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte*, n.29, vol. 2, pag: 325-336 São Paulo 2015.

GASPAR, Rafael Affonso. **OS CAMPOS DE ATUAÇÃO DO EGRESSO DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UFSC APÓS A FRAGMENTAÇÃO EM LICENCIATURA E BACHARELADO: DIFERENÇAS E REGULARIDADES.** 2013. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha Trabalho e Educação, do Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC 2013.

LAKATOS E. M.; MARCONI M. A. **Metodologia científica**6. Ed. – São Paulo : Atlas, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, **Referenciais Curriculares Nacionais dos Cursos de Bacharelado e Licenciatura.** Brasília, 2010

MORAES, R. **Análise de conteúdo.** *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MUNHÓZ, T. C. D. A.; OLIVEIRA, R. O. **Regulamentação da profissão:** a luta contra o capital. In: VIII SEMINÁRIO DO TRABALHO: Trabalho E Políticas Sociais No Século XXI, Marília, [S/v], [S/n], 2012.

NOZAKI, HajimeTakeuchi. **Educação Física e reordenamento no mundo do trabalho:** mediações da regulamentação da profissão. Tese de doutorado. Niterói, RJ: UFF, 2004

PERGHER, E. G., et al. **Movimento nacional contra a regulamentação do profissional de Educação Física:** resistência contra a ofensiva neoliberal aos trabalhadores. In: III Simpósio Lutas Sociais na América Latina “Trabalhadore(a)s em movimento: constituição de um novo proletariado?” Londrina, [S/v], [S/n], 2008.

RAMOS, Glauco Nunes Souto. GONZALVEZ JUNIOR, Luiz. PASCHOALINE JUNIOR, Luiz Calos. SANTOS, Leila Costa. ANDRADE, Maria do Céu Ramos. **Egressos do curso de Educação Física da Universidade Federal de São Carlos (1997-2003):** formação e atuação. *Movimento & percepção*, Espírito Santo do Pinhal, v.9, n.13, pag. 249-265, 2008.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico** / 23. Ed.rev e atual – São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Osni. O. N. , **Licenciatura e Bacharelado em Educação Física: diferenças e semelhanças.** *Revista espaço acadêmico*, [S/l] [S/v] n.124, 2011.

TAFFAREL, Celi Nelza Zulke. **A Formação de professores de Educação Física e a licenciatura ampliada.** In: SEMANA DE EDUCAÇÃO FÍSICA/UFMS, 17., 2012, Campo Grande (MS) ; JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTIFICA DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA/UFMS, Campo Grande, 2012.

VARGAS, Cláudio Pellini e MOREIRA, Antônio Flavio Barbosa. **A crise epistemológica na Educação Física:** implicações no trabalho docente. *Cadernos de Pesquisa* vol.42 nº.146 São Paulo, 2012.

A CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NO COMBATE A AIDS

Thatiana Pereira Silva

Universidade de Itaúna
Itaúna-Minas Gerais

Henrique Abreu Megali

Universidade de Itaúna
Itaúna-Minas Gerais

Bruna Aparecida Magalhães

Universidade de Itaúna
Itaúna-Minas Gerais

Marina Torres de Oliveira

Universidade de Itaúna
Itaúna-Minas Gerais

Fernanda Cerqueira Moraes Bezerra

Funorte
Montes Claros-Minas Gerais

Rayssa Caroline Ramos Lopes

Funorte
Montes Claros-Minas Gerais

RESUMO: Nas últimas décadas, devido ao aumento da liberdade sexual, a adolescência passou a ser objeto de estudo de vários autores uma vez que essa fase está diretamente relacionada a maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Buscamos discutir sobre a importância da educação, da informação e do diálogo na construção da liberdade sexual na juventude como maneira de combater a AIDS. Observamos que mesmo

com a influência da AIDS como propulsora do diálogo na sociedade e na família a partir da década de 80, as conversas sobre assuntos relativos a sexo ainda são incipientes. Por isso notamos que é preciso abarcar, não apenas os professores e profissionais de saúde e outros adolescentes como fontes de informação e diálogo, mas também, os pais, as mães e os outros membros da família.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, AIDS, sexualidade.

ABSTRACT: In the last decades, due to the increase of sexual freedom, adolescence has been the object of study of several authors since this phase is directly related to greater exposure to sexually transmitted diseases. We seek to discuss the importance of education, information and dialogue in the construction of sexual freedom in youth as a way to combat AIDS. We observed that even with the influence of AIDS as a propeller of dialogue in society and in the family since the 1980s, conversations on sex issues are still incipient. That is why we note that not only teachers and health professionals and other adolescents as sources of information and dialogue, but also parents, mothers and other family members must be included.

KEYWORDS: Adolescence, AIDS, sexuality.

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com o aumento da liberdade sexual, a adolescência passou a ser objeto de estudo devido à maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil, no total de 362.364 notificações por AIDS até junho de 2004, constatou-se que a maior concentração é na faixa etária de 20 a 34 anos⁽¹⁾. Considerando que o intervalo de infecção assintomática varia de 10 a 15 anos, estima-se que a transmissão possa estar ocorrendo no período da adolescência, demonstrando a necessidade de maiores intervenções de cunho psicológico-educacional nessa fase. Dessa forma um ponto determinante a ser discutido é a sexualidade, pois sua construção é essencial para comportamentos sociais, culturais e sexuais que irão determinar ações propensas ou não ao risco de adquirir o HIV.

2 | OBJETIVOS

Discutir a importância da educação, informação e diálogo na construção da sexualidade na juventude como maneira de combater a AIDS.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica por meio de artigos publicados nos sites Scielo, PubMed e Departamento de DST, AIDS e hepatites virais do governo brasileiro.

4 | DISCUSSÃO

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta, no primeiro momento é importante destacar a ocorrência da puberdade e a separação das figuras parentais, no segundo momento ocorre o desenvolvimento social e a busca por sua identidade, tendo a sexualidade um importante papel nessa construção⁽²⁾. A sexualidade transpassa os fatores físicos, não se restringido somente ao ato sexual, pois envolve concepções, valores e regras sociais construídos por meio de informações e comportamentos do meio em que o jovem está inserido⁽³⁾. Mesmo com a influência da AIDS como propulsora do diálogo na sociedade e na família, a partir da década de 80, as conversas sobre assuntos relativos a sexo ainda são incipientes nas famílias da maior parte dos adolescentes, sendo os amigos apontados como os indivíduos com quem eles mais frequentemente conversavam sobre sexo⁽¹⁾. Quanto o assunto torna-se mais complexo com relação à fatores biológicos, ao funcionamento do corpo e às consequências adversas de atos sexuais desprotegidos, a procura por informações com profissionais da saúde e professores se sobrepôs ao papel dos amigos, ficando os pais em terceiro lugar¹. A tríade saúde-educação-família se mostra portanto de extrema importância na promoção da saúde sexual do adolescente⁽²⁾. Isso indica que

a abordagem educativa deverá ser feita em todos os níveis, e não somente focada no adolescente.

5 | CONCLUSÃO

Para combater a AIDS é preciso levar a informação aos jovens por meio das escolas, redes sociais e campanhas, buscando também instruir todos os membros da família sobre essa patologia estimulando o diálogo em casa sobre a doença e o modelo biológico da sexualidade, além de incitar reflexões da mesma enquanto dimensão socialmente construída, contemplando perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais.

REFERÊNCIAS

1. BORGES ALV, NICHATA LYI, SCHOR N. **Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes**. Rev Latino-am Enfermagem 2006 maio/ jun;14(3): 422-27.
2. DE MORAES, S. P.; DE SOUZA VITALE, M. S. **Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência**. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2012, 58.1: 48-52.
3. PERINI, C.; ACIOLI, S.; FERRACIOLI, P. **Identidade e cultura na sexualidade e prevenção do HIV dos adolescentes: uma Revisão Integrativa da Literatura**. *RFM-Rev Flu Med*, 2012, 36-77.

A EDUCAÇÃO FÍSICA E O JOGO COMO MEIO DE EDUCAÇÃO EM VALORES

José Eugenio Rodríguez Fernández

Faculdade de Educação. Universidade de Santiago de Compostela. geno.rodriguez@usc.es

Grupo de Pesquisa ESCULCA - Rede de Investigação RIES

PALAVRAS-CHAVE: Educação Física, Valores, Jogo, Metodologias inovadoras.

INTRODUÇÃO

Com base o conteúdo da educação física no currículo da administração educacional, a fase da educação básica deve favorecer o desenvolvimento de meninos e meninas, sabendo, utilizando e valorizando o corpo e o movimento como um meio de exploração, descoberta e fruição da sua unidade potencial de relacionamento com outras pessoas e como um recurso para organizar o seu tempo livre (Perez, 2012).

E não podemos esquecer que o trabalho de valores também está presente no currículo educacional, situado de forma estratégica para desenvolvê-lo transversalmente com o resto do conteúdo. Assim, encontramos referências a este respeito como “conhecer e apreciar os valores e normas de convivência”, “respeito

dos direitos humanos”, “respeitar as diferentes culturas”, “respeito a igualdade de direitos e oportunidades para homens e mulheres e não-discriminação das pessoas com deficiência”, “mostrar uma atitude contrária a violência e o preconceito de qualquer tipo e estereótipos de gênero”. Neste sentido, “a escola é o espaço mais adequado e igual por trabalho promover a saúde e hábitos de vida saudáveis, bem como a realização dos valores da educação física e promover a inclusão de todos os alunos” (Rué e Serrano, 2014, p. 190).

O jogo e o esporte são as formas mais comuns de entender a escola de educação física e, em geral, em nossa sociedade. Este facto deve ser aproveitado pelos especialistas educacionais para alcançar os objetivos propostos para esta fase e, ao mesmo tempo, como um motivador, promovendo atitudes e valores positivos que estão disponíveis com a prática de atividade física (Rodríguez, Mato e Pereira, 2016).

O jogo, como um recurso de ensino com alto valor educativo, especialmente em crianças, é um bom recurso que o professor deve ser utilizado para transmitir às crianças que nos marcam o currículo e, conseqüentemente, que todo o sistema de valores que nós acreditamos que uma pessoa deve possuir para ser uma

boa pessoa, um bom cidadão que contribui para a nossa sociedade desigual e turva, um plus de positivismo e fornecer boa e muitas maneiras de fazer as coisas.

Por isso é poses este trabalho com um grupo de estudantes do quarto curso do grau de mestre de educação primária da Universidade de Santiago de Compostela que estudam opcionalmente a matéria de “jogo infantil”, tema desenvolvido no primeiro semestre co curso. Este assunto é gerado para saber as muitas vantagens da utilização do jogo na fase do ensino fundamental, não só no campo da educação física, mas para o ensino de conteúdos de matemáticas, ciências sociais, natureza e, também, de valores sociais, morais e cívicos.

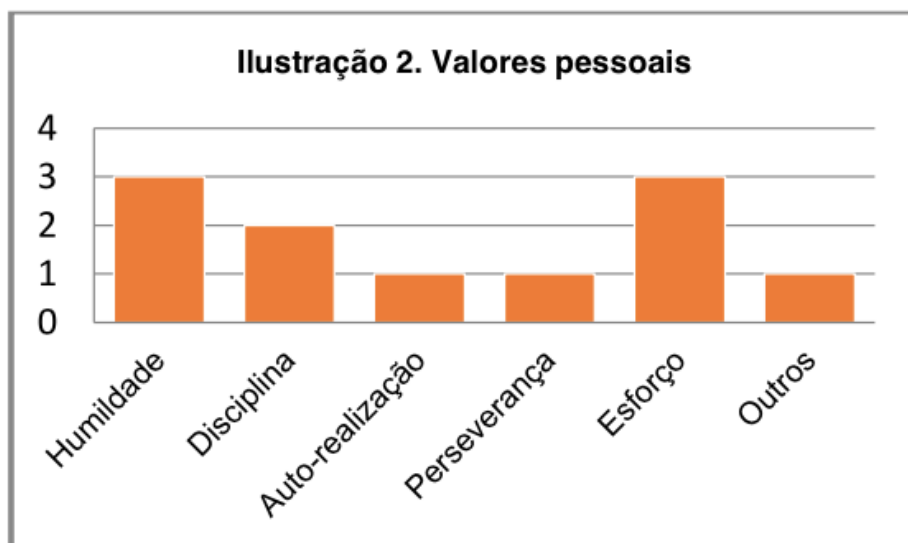
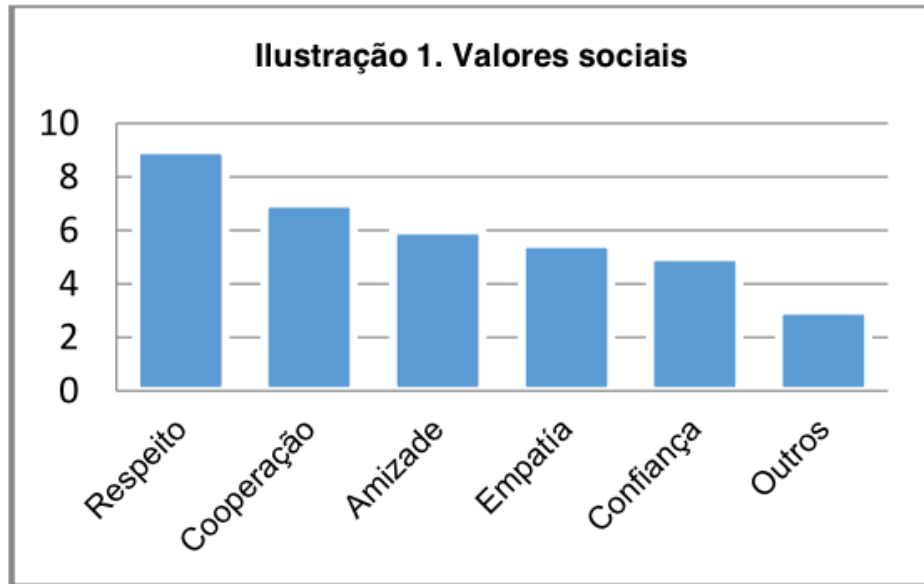
O objetivo era descobrir quais valores sociais e pessoais tinham mais impacto nos alunos após uma aula teórica e prática de jogos cooperativos e, como futuros professores, o que foi considerado mais importante quando se trabalha com alunos nesta etapa educacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo qualitativo como estratégia metodológica (Canales, 2006; Tójar, 2011) de corte descritivo (Corbetta, 2010). A mostra consiste em 91 estudantes do curso de ensino fundamental da Universidade de Santiago de Compostela, dos quais 14 são homens e 77 mulheres, com idades entre 22 e 40 anos, com idade média de 22,4 anos. Som utilizados como instrumentos para a coleta de dados o questionário e a observação participante, com a correspondente caminhada de anotações de campo (Flick, 2012). Esta metodologia é utilizada porque é útil em estudos exploratórios, descritivos e visa gerar interpretações teóricas (Flick, 2014). O procedimento do estudo foi dividido em três fases: em primeiro lugar, uma sessão teórica de 1,5 horas foi realizada com estudantes, que discutiu os aspectos relacionados com o desenvolvimento de valores associados com a prática física. Em segundo lugar, foi realizada uma sessão de treinos de 1 hora com base em jogos cooperativos, destinados a crianças com idades compreendidas entre 6 e 12 anos velhas; a última fase consistiu de um feedback de 30 minutos, onde recolhemos as impressões dos alunos em relação aos valores recolhidos na sessão, sua necessidade de aplicação no domínio da educação e a avaliação pessoal dos mais representativos para os alunos, coleta de cada um de uma nota com 5 valores (em ordem de importância pessoal) que consideram mais importante para uma pessoa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados mostra como a maioria dos estudantes reflete um maior impacto em relação aos valores sociais (ver ilustração 1) que valores pessoais (ver ilustração 2).



Arufe (2011) diz que os valores têm um alto teor de subjetividade, obtenção de diferentes graus de interesse para todos. Neste sentido, acreditamos que os alunos que participaram na prática, eles e elas dão mais importância aos valores sociais, priorizando mais que os interesses pessoais para o bem de todos. É necessário destacar a referência à palavra “respeito”, o mais valorizado pelos estudantes em praticamente 90% dos casos. Acreditamos que esse valor tem um muito mais amplo conteúdo, mais ambíguo, uma palavra que pode servir como um resumo e que cobre tudo, como um guarda-chuva que abrange os outros valores (ver Ilustração 3).

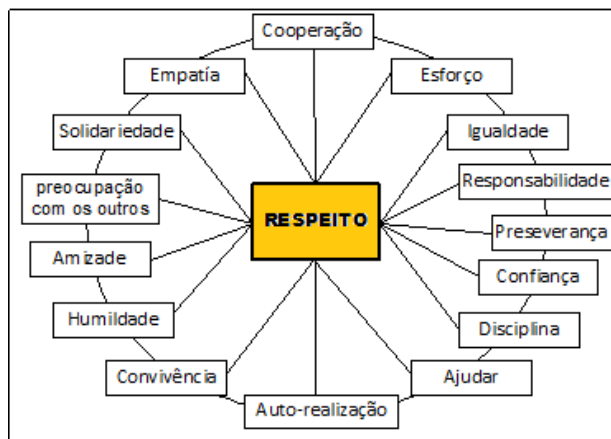


Ilustração 3. A palavra “respeito” (valor) como eixo de referência.

Com base na definição de valores de Ponce, Ruiz, Valdemoros e Sanz (2014) e analisando os maiores valores mostrados em relação ao conteúdo da sessão realizada (jogos de cooperação) dizer que foram observados os seguintes comportamentos/reflexões sobre os alunos: **Respeito**. Para as pessoas, para o que são e o que eles representam (por exemplo, ao realizar atividades em equipe) (Ruiz, Ponce, Sanz, e Valdemoros, 2015). **Empatia** (por exemplo, depois de fazer jogos para cegos e colocando-se no lugar de cegos). **Confiança** (por exemplo, o guia que orienta os cegos). **Cooperação** (por exemplo, para resolver os jogos em equipe proposto). **Humildade** (por exemplo, para entender melhor situações externas, como neste caso das pessoas com deficiência). **Auto-realização** (ou seja, como se sentem os alunos após as atividades que são uma mais valia para a Comunidade, como forma de aliviar sua consciência e sentir liberação depois de ter feito a coisa certa).

Os resultados observados nos alunos som aproximados no conceito de competência social expressa por Méndez, Fernández e Méndez (2015), apresentando ao professor uma boa referência do ponto de vista do ensino da educação física, onde os alunos adquirem e apreciam o trabalho de valores na aula, mostrando sua preocupação por uma sociedade mais justa, solidária e respeitosa.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que 1) os alunos atribuem mais valor para os valores sociais que para o próprio conforto, dando prioridade ao interesse comum ao pessoal; 2) o respeito é o mais apreciado pelos alunos; 3) a área de educação física é ideal para trabalhar todo o sistema de valores que os alunos devem internalizar; 4) o jogo é um excelente recurso para transmitir conhecimentos e valores de forma divertida e motivadora.

AGRADECIMENTOS

Os alunos da matéria de jogo infantil do quarto ano do grau de educação primária da Universidade de Santiago de Compostela.

REFERÊNCIAS

- Arufe, V. (2011). La educación en valores en el aula de educación física, ¿mito o realidad? *Revista EmásF*, 2 (9), pp. 32-42. Recuperado de http://emasf.webcindario.com/La_educacion_en_valores_en_el_aula_de_EF.pdf. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM.
- Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flick, U. (2014). *El diseño de la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Méndez, A., Fernández, J. y Méndez, D. (2015). Modelo de educación deportiva versus modelo tradicional: efectos en la motivación y en la deportividad. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*, 59, pp. 449-466. Recuperado de <https://revistas.uam.es/rimcafd/article/view/rimcafd2015.59.004/1424>. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Pérez, J. (2012). Análisis de los objetivos de Educación Física en la etapa de Primaria. *Revista Lecturas de Educación Física y Deportes*, 169, p.1. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd169/objetivos-de-educacion-fisica-en-primaria.htm>. Acceso el 21 de septiembre de 2012.
- Ponce, A., Ruiz, J.V., Valdemoros, M. e Sanz, E. (2014). Validación de un cuestionario sobre valores en los deportes de equipo en contextos didácticos. *Universitas Psychologica*, 13 (3), pp. 1059-1070. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/4387>. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Rodríguez, J.E., Mato, J.A. e Pereira, M.C. (2016). Análisis de los métodos tradicionales de enseñanza-aprendizaje de los deportes colectivos en Educación Primaria y propuestas didácticas innovadoras. *Revista Sportis*, 2 (2), pp. 303-323. Recuperado de http://revistas.udc.es/index.php/SPORTIS/article/view/sportis.2016.2.2.1426/pdf_52. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Rué, L. e Serrano, M.A. (2014). Educación Física y promoción de la salud: estrategias de intervención en la escuela. *Revista Retos*, 25, pp. 186-191. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4555284>. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Ruiz, J.V., Ponce, A., Sanz, E., e Valdemoros, M.A. (2015). La educación en valores desde el deporte. *Revista Retos*, 28, pp. 270-276. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147800>. Acceso el 21 de septiembre de 2016.
- Tójar, J. C. (2011). Investigación cualitativa en educación. En S. Nieto (coord.) *Principios, métodos y técnicas esenciales para la investigación educativa*. (pp. 403-424). Madrid: Dyckinson.

A EFICÁCIA DO PROGRAMA ESTADUAL DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM PERNAMBUCO

Rosali Maria Ferreira da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Soueury Marcone Soares Silva Filho

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Anne Caroline Dornelas Ramos

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Jean Batista de Sá

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Williana Tôrres Vilela

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Thâmara Carollyne de Luna Rocha

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Thiago Douberin da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Beatriz Gomes da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Arisa dos Santos Ferreira

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Pedro José Rolim Neto

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Veruska Mikaelly Paes Galindo

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

José de Arimatea Rocha Filho

Superintendência de Assistência Farmacêutica / Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

RESUMO: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se por ser uma doença indiciosa, que muitas vezes seus sintomas podem ser confundidos com maus hábitos de rotina da população em geral, levando aos grandes números de casos no Brasil e no Mundo, principalmente em adultos com mais de 40 anos, tabagistas ou que foram expostos a gases tóxicos. O Sistema Único de Saúde disponibiliza medicamento gratuito para esta patologia, que faz parte do componente especializado da assistência farmacêutica, onde medicamentos são dispensados aos pacientes que se enquadram nos critérios

presentes em protocolos ou normas técnicas, criados pelo governo federal e estadual, respectivamente. A distribuição desses medicamentos pelas normas técnicas, é realizada através da criação de programas estaduais para o componente especializado, como no caso a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e seu programa no estado de Pernambuco, que foi avaliado neste estudo através de dados do sistema Hórus, nos permitindo avaliar a eficácia, organização e funcionalidade do mesmo para pacientes cadastrados neste programa.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; SUS; Brometo de Tiotrópio; Custos na saúde pública.

THE EFFECTIVENESS OF THE STATE PROGRAM OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PERNAMBUCO

ABSTRACT: The Chronic Obstructive Pulmonary Disease is characterized by being a insidious disease, which often its symptoms can be confused with bad routine habits of the general population, leading to large numbers of cases in Brazil and in the world, especially in adults over 40, smokers or who have been exposed to toxic gases. The Health System provides free medication for this condition, which is part of the specialized component of pharmaceutical care where medications are dispensed to patients who meet the criteria present in protocols or technical standards, created by the federal and state government, respectively. The distribution of these medicines by the technical standards, is carried out through the creation of state programs for the specialized component, such as the Chronic Obstructive Pulmonary Disease and its program in the state of Pernambuco, which was evaluated in this study through the Horus system data in allowing to evaluate the effectiveness, organization and functionality of it to patients registered in this program.

KEYWORDS: Chronic Obstructive Pulmonary Disease; SUS; Tiotropium bromide; Costs in public health.

1 | INTRODUÇÃO

O medicamento é conceituado como produto farmacêutico usado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico, no entanto, sua utilização indiscriminada ou sua ausência pode causar danos irreparáveis a uma população (Brasil, 2001).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) (Brasil, 1990a) e nº 8.142/90 (Brasil, 1990b), com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças sob qualquer pretexto.

Após, a criação do SUS, o foco central torna-se o cidadão brasileiro e a garantia dos seus direitos em relação à saúde pública e não o sistema de saúde, possibilitando

as bases para sustentação dos princípios do SUS (descentralização, o controle social e a universalidade, juntamente com suas diretrizes: universalização, integralidade, descentralização, participação popular, regionalização e equidade) (Ministério da Saúde, 2007).

Ao decorrer da sua criação até hoje, o mesmo sofreu diversas mudanças, essas modificações registradas, levaram a criação da Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 2001) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004) que tem como ponto fundamental a implantação dos componentes de financiamento da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado) para garantir acesso gratuito da população a medicamentos (Bermudez, 1997).

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é financiado pelo MS, Estados e Municípios e destina-se ao custeio dos medicamentos destinados às doenças mais prevalentes e prioritárias da Atenção Básica da Saúde (Brasil, 2013).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos por portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde. Este componente atende as doenças endêmicas nacionais, como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, meningite, cólera, tracoma, etc. Sendo os medicamentos dispensados nas Unidades Municipais de Referência para a respectiva doença (Brasil, 2013).

Já o Componente Especializado é composto por medicamentos anteriormente chamados de Dispensação Especializada, enfoca o acesso ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de patologias cujas linhas de cuidado e tratamento estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS, sendo de responsabilidade do mesmo a programação, aquisição, distribuição e dispensação destes medicamentos aos usuários, tendo sempre como base o PCDT (Brasil, 2013).

Para regulamentar a seleção, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos incluídos nos componentes da Assistência Farmacêutica, foram instituídas, portarias para cada componente, que norteiam estas atividades. Dentre todos os componentes, um dos que causa bastante impacto dentro da Assistência Farmacêutica é o componente especializado, este componente é composto por medicamentos que possuem um custo diferenciado.

Como norteador e para organizar a dispensação destes medicamentos foram criados Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) pelo Ministério da Saúde (MS), para cada doença específica, que contemplará aquele(s) determinado(s) medicamento(s). Às vezes por existir várias demandas, em determinados estados, como em específico Pernambuco, faz-se necessário a criação de documentos próprios para estabelecer regras ao fornecimento de medicamentos de custo elevado que não estão contemplados nos PCDTs do MS e que demandam um número considerável de solicitações de concessão destes medicamentos a pacientes seja por ação judicial

ou por demanda dos serviços de referência. Diante disto, no estado de Pernambuco, estes documentos foram nominados de Normas Técnicas, para diferenciar do termo já utilizado pelo MS.

Em Pernambuco, doenças como Miastenia Gravis, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Alzheimer e outras, tiveram medicamentos não contemplados no PCDT, por isso, em 07 de abril de 2008 foi necessária a criação de uma normatização, através do Termo de Ajuste de Conduta (TAC) de Ref. Inquérito Civil nº 01/07, para garantir o fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento diário e contínuo sobre as doenças citadas acima (Brasil, 2013).

O presente estudo contempla as principais vias de acesso do tratamento em relação à DPOC, patologia que é caracterizada por sintomas respiratórios crônicos (tosse, secreção pulmonar e falta de ar), abordando o seu acesso, suas linhas de cuidado e tratamentos, que se encontram estabelecidos no PCDT ou que não constam neste Protocolo e atualmente estão disponíveis no estado de Pernambuco.

O estudo levou em consideração a regulamentação pela Norma Técnica Estadual para os seguintes CID-10 (Código Internacional da Doença): J44.0 (DPOC com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior), J44.1 (DPOC com exacerbação aguda não especificada) e J44.8 (Outras formas especificadas de DPOC) e teve como finalidade entender o desenvolvimento do Programa Estadual de DPOC em Pernambuco, possibilitando o entendimento, quantificação da funcionalidade e aperfeiçoamento do mesmo, assim como, as interfaces no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

2 | METODOLOGIA

Foi realizado um estudo do tipo transversal que descreve os indivíduos de uma população e suas características pessoais de exposição a fatores causais suspeitos que acarretaram no aparecimento ou agravamento da doença. Realizando-se uma pesquisa do tipo exploratória, onde visou à caracterização inicial do problema, sua classificação e sua definição. Proporcionando maior familiaridade com o tema, fazendo levantamento bibliográfico, pesquisa bibliográfica e análises de valores.

O estudo foi realizado na Superintendência de Assistência Farmacêutica de Pernambuco, no período compreendido entre o ano de 2013 até 2015. Onde foi usada como amostra os pacientes residentes no estado de Pernambuco, portadores de DPOC, atendidos pelo programa, desde junho de 2013 até outubro de 2014, e que receberam o medicamento (Brometo de Tiotrópio) através de Norma Técnica estadual.

A coleta de dados foi realizada através do sistema HÓRUS, que consiste em um sistema de gestão online da Assistência Farmacêutica implantado pelo Ministério da Saúde, para controlar a distribuição de medicamentos disponíveis no SUS.

3 | DPOC

A caracterização da DPOC tem como principal discernimento, por ser uma doença insidiosa que se instala no decorrer de anos, geralmente, começa com discreta falta de ar associada a esforços como subir escadas, andar depressa ou praticar atividades esportivas.

Como os sintomas são discretos, costumam ser atribuídos ao cansaço ou à falta de preparo físico, mas com o passar do tempo, a dispnéia torna-se mais intensa e surge depois de esforços cada vez menores. Nas fases mais avançadas a falta de ar está presente mesmo com o paciente em repouso e agrava-se muito diante das atividades mais corriqueiras, como, por exemplo, tomar um banho ou andar do quarto até a sala, tornando isso um esforço insuportável (Petty, 2008).

A exposição à poluição (o uso de combustíveis de biomassa ou de carvão para cozimento e aquecimento), aos irritantes químicos e poeiras ocupacionais (como vapores, irritantes e fumaças), infecções frequentes do trato respiratório inferior durante a infância, o tabagismo e idade superior a 40 anos, são fatores importantes que contribuem para o desenvolvimento da doença, que por muitas vezes pode passar despercebida, mesmo tendo um alto número de incidência no mundo, chegando até a ser classificada como uma epidemia global (Inca, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a DPOC é classificada como a 4ª doença que mais causa mortes no mundo e é previsto que em 2030 ela seja a 3ª dessa lista. No Brasil, ela representa o 4º lugar de internações e mortes de pessoas a cima de 40 anos no SUS (Gold, 2011).

Em números, no ano de 2007, o Instituto Nacional do Câncer publicou que no Brasil 15,1% da população (de 190.732.694 milhões de pessoas) são tabagistas, sendo esse o principal fator de risco para DPOC, sabe-se que aproximadamente 15% destes desenvolvem a DPOC, logo, existem 4.320.000 indivíduos com DPOC provenientes do tabagismo, dos 7.500.000 totais dos portadores desta patologia no país (Gold, 2011).

O DATASUS mostra que no ano de 2007 o estado de Pernambuco, possuía 486.335 de tabagistas, sendo 117.400 portadores de DPOC, o que configura 7,76 % do total de portadores de DPOC tabagista em nosso país (Campos, 2009a).

O diagnóstico da doença assim como o critério de inclusão para o programa estadual de Pernambuco é determinado pelo teste de espirometria (que avalia a limitação do fluxo pulmonar, permitindo o seu diagnóstico e especificação do nível da doença, através da relação Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1) dividido pela Capacidade Vital Forçada (CVF) tendo resultado menor que 70%, após a administração de um broncodilatador) e através do teste de dispnéia, ocorrendo o diagnóstico de acordo com o nível de limitação do fluxo pulmonar como: Leve, Moderado, Grave e Muito Grave (Campos, 2009b) (Tabela 1).

ESTÁGIO	CLASSIFICAÇÃO	
Estágio 1	Leve	VEF1 \geq 80% do previsto
Estágio 2	Moderada	50% \leq VEF1 < 80% do previsto
Estágio 3	Grave	30% \leq VEF1 < 50% do previsto
Estágio 4	Muito grave	VEF1 < 30% do previsto

Tabela 1. Classificação da DPOC

Fonte: GOLD, 2011

O tratamento consiste na amenização das dispnéias, evitando assim a evolução e exacerbação da mesma, já que não existe atualmente cura para ela. Esse tratamento consiste primariamente do corte do tabagismo, reabilitação pulmonar (para pacientes que apresentam dificuldade de respiração, mesmo com uso de medicamentos), fisioterapia respiratória, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico (em casos extremos, quando não se tem resposta com a terapêutica medicamentosa) (Campos, 2009b).

O tratamento farmacológico, que segundo a PCDT para DPOC, estão indicados na Tabela 2, abordando a classe em que se insere e suas principais características.

No ano de 2006, foi criado o Projeto de Atendimento de Pacientes com DPOC, que visava às melhorias no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes portadores da patologia, tendo na época como referência na área pneumológica, o Hospital Otávio de Freitas (Recife/PE), que foi responsável pela elaboração deste projeto, fornecendo capacitação de farmacêuticos e médicos pneumologistas da região Metropolitana do Recife e cidades vizinhas, a fim de possibilitar o diagnóstico por meio dos exames específicos e elaboração do primeiro protocolo para a doença, visando melhoria do tratamento pelas associações de fórmulas farmacêuticas, obtendo uma melhor resposta farmacológica e controle em relação à patologia. A partir disso, foi elaborada a primeira Norma técnica estadual, nomeada inicialmente de “Protocolo Estadual”, através de um TAC Ref. Inquérito Civil nº 01/07 no ano de 2007 (Secretaria de Saúde, 2013).

Após a criação da TAC, foi criado o programa estadual para DPOC, em 17 de dezembro de 2007, na resolução CIB/PE de Nº 1.186, que visa a distribuição e dispensação de medicamentos para portadores de DPOC que tenham idade acima de 40 anos, que possuem exposição a fatores de risco (tabagismo, inalação de gases tóxicos, juntamente com dispnéia e expectoração crônica) e que apresente na espirometria valores VEF1/CVF com resultado menor que 70%, após uso do broncodilatador.

Não eram beneficiados os pacientes responsivos a broncodilatadores de longa ação, pacientes que não estejam de acordo ou com o termo de consentimento ou os que apresentarem contra indicação a algum medicamento distribuído pelo programa.

Classe do medicamento	Medicamento	Principais características
Broncodilatadores de curta ação	Salbutamol, Fenoterol	São usados para o tratamento dos sintomas decorrentes da obstrução ao fluxo aéreo. Têm início de ação mais rápido do que o Brometo de Ipratrópio, sendo os escolhidos para alívio de dispnéia aguda.
Broncodilatadores anticolinérgicos	Brometo de Ipratrópio e Brometo de Tiotrópio	Bloqueia os receptores muscarínicos da árvore brônquica, estando o efeito broncodilatador relacionado ao bloqueio M3.
Broncodilatadores de longa ação	Salmeterol, Formoterol	Possuem o mesmo mecanismo dos broncodilatadores de curta ação, contudo a broncodilatação dura por até 12 horas.
Corticosteróides inalatórios	Budesonida, Beclometasona	O tratamento com corticosteróides inalatórios propiciou pequena redução das exacerbações em estudos com portadores de DPOC moderada e grave. O benefício é de baixa magnitude e possivelmente transitório, sendo maior nos pacientes com obstrução mais grave e exacerbações (a partir do estágio III).
Corticosteróides sistêmicos não inalatórios	Prednisona, Prednisolona, Hidrocortisona	Glicocorticóides são usados por via sistêmica para o controle das exacerbações moderadas à graves, a via oral deve ser usada preferencialmente.

Tabela 2. Tratamentos farmacológicos utilizados na DPOC.

No estado de Pernambuco, através da TAC, foram disponibilizados, por financiamento estadual, o *Alenia*[®] (Fumarato de Formoterol associado à Budesonida) e o *Spiriva*[®] (Brometo de Tiotrópio), sendo de nosso principal interesse e abordagem a normatização por protocolo próprio no estado de Pernambuco, do Brometo de Tiotrópio, anticolinérgico de longa duração e análogo do Brometo de Ipratrópio, que tem sua utilização, diferentemente do seu análogo, feita em dose única diária, resultando, em melhoras da adesão ao tratamento e da terapêutica, quando comparado com o Brometo de Ipratrópio (presente no PCDT) (Secretaria de Saúde, 2013).

O Brometo de Tiotrópio apresenta também como benefícios, a minimização dos efeitos colaterais e reduzindo o número de exacerbações e hospitalizações, melhorando assim, a qualidade de vida e prognóstico do paciente com DPOC, quando comparado ao seu placebo. Sendo caracterizado o programa estadual por garantir aos pacientes o tratamento adequado ao seu nível da doença e fármacos por ela necessitado, pela disponibilização da extensa janela terapêutica conjuntamente entre o PCDT e o Protocolo e Programa Estadual (Secretaria de Saúde, 2013).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa dos dados expostos abaixo foi feita através do sistema Hórus (um software integrado ao *Cartão Nacional de Saúde e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*) oferecendo, assim, dados exatos sobre os números de pacientes cadastrados e os tipos de medicamento a eles distribuídos, como mostrado na Tabela 3.

CID	Pacientes cadastrados no programa	Pacientes que fazem o uso do Tiotrópio	Porcentagem
J44.0	16.396	14.099	85,99%
J44.1	1.692	1.606	94,92 %
J44.8	3.480	3.071	88,25%
TOTAL	21.510	18.772	87,27 %

Tabela 3. Números de pacientes cadastrados no programa, desses os que utilizam o Tiotrópio e porcentagem.

Através dos dados coletados, observou-se que o Brometo de Tiotrópio é o medicamento preferencial para tratamento dessa patologia (85% de utilização), devido a seu potente efeito broncodilatador, o que nos resulta em números elevados de pacientes que o utilizam, até mesmo quando comparado com o seu análogo (Brometo de Ipratrópio), que está incluso no PCDT para DPOC do MS

O elevado número de prescrições do Brometo de Tiotrópio, por pneumologistas, pode ser justificada pelos benefícios desse medicamento, onde apresenta baixa possibilidade de provocar efeitos colaterais ou efeitos colaterais menos significativos e a sua administração com dose única diária, o que caracteriza menor chance de exacerbações, pelo fato da droga permanecer em concentração homóloga durante todo o dia, diferente do Ipratrópio (seu análogo), que possui múltiplas doses, levando a alteração da concentração do fármaco no organismo ao longo do dia, tendo o paciente maior chances de exacerbações .

Além disso, é possível observar a tamanha diferença de pacientes cadastrados no Programa Estadual de DPOC ao analisar os pacientes de acordo com cada CID, onde verificou-se que os a maioria dos pacientes cadastrados estão classificados com o CID J44.0, sendo esses o maior número de pacientes que utilizam o Brometo de Tiotrópio e, conseqüentemente os que geram maior demanda para o programa no estado.

Quanto a avaliação do programa podemos considerar que o mesmo apresenta uma eficácia relativamente satisfatória, quando se trata do total de medicamentos dispensados em relação aos autorizados, com valores acima de 50% para todos medicamentos que compõe o elenco estadual e de 53,52% quando se trata do Brometo de Tiotrópio (Gráfico 1).

Vale ressaltar também que muitos desses medicamentos autorizados e não dispensados estão em depósito, mas, não são distribuídos por motivos de não renovação do cadastro ou de pacientes que não vão pegar o medicamento na farmácia responsável, outros, deixam de ser dispensados por falta de disponibilidade em estoque, entre outros fatores.

Com relação aos custos do programa, é possível observar no Gráfico 2, que por o Brometo de Tiotrópio ser o medicamento mais utilizado pelos pacientes e também por possuir o segundo maior valor líquido (R\$ 198,63) em relação aos demais medicamentos incluídos no programa, caracteriza a maior parte de gastos do programa em relação a compra de medicamentos, pela soma da grande demanda de uso e ao seu elevado custo, chegando a ser responsável por 76,67% dos gastos com medicamentos pelo programa, um valor bastante alto quando comparado com os 23,33%, que é o valor gasto com os demais medicamentos disponibilizados.

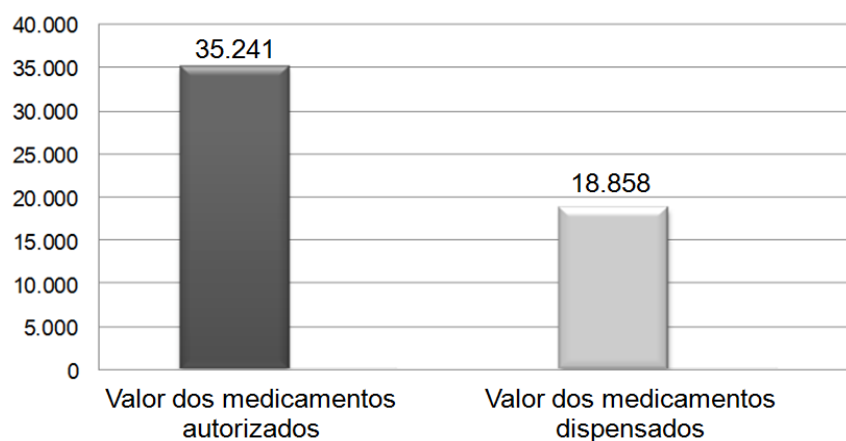


Gráfico 1. A avaliação da eficácia do programa de DPOC em relação ao seu principal medicamento utilizado (Brometo de Tiotrópio).

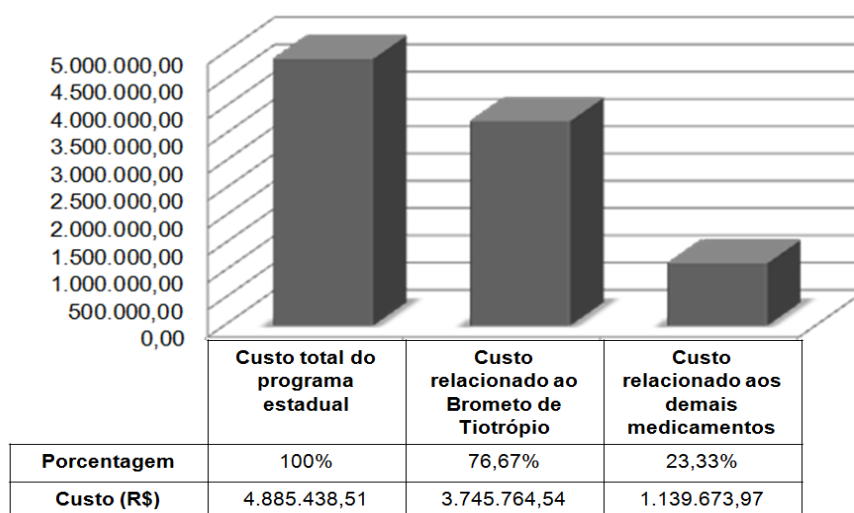


Gráfico 2. Custo do programa estadual de DPOC, em relação a todos os medicamentos disponibilizados e o Brometo de Tiotrópio.

5 | CONCLUSÃO

Como observado no presente estudo, o Programa Estadual de DPOC tem uma boa funcionalidade, garantindo que mais da metade dos medicamentos autorizados sejam distribuídos aos pacientes, mesmo, uma grande maioria apresentarem alto custo, como é o caso do Brometo de Tiotrópio.

Sendo este o medicamento que gera maior número de despesas para o programa, mas, onde sua utilização se faz necessária pelo motivo de reduzir o número de internações por exarcebações quando comparado com seu análogo e outros medicamentos utilizados para DPOC, promovendo um maior gasto com a compra deste medicamento, mas, uma elevada economia, pela redução de internações e principalmente levando aos pacientes uma melhor qualidade de vida e controle da patologia, o que traz benefícios tanto para o governo, em redução de financiamentos e gastos em hospitais da rede pública com as internações, assim como, para garantir que o portador de DPOC tenha um estável quadro clínico ao longo da sua vida.

Dessa forma, o estudo e avaliação de um programa estadual para qualquer patologia incluída no componente especializado da assistência farmacêutica é de tamanha e essencial importância para analisar sua funcionalidade, assim como, prestar auxílios para serem tomadas ações voltadas para a Assistência Farmacêutica, a fim de ocorrer uma melhoria na relação custo/efetividade do mesmo, o que trará benefícios tanto para os pacientes como para a Secretaria Estadual que o financia.

REFERÊNCIAS

Bermudez, J. A. Z. **Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde**. In: BONFIM, J.R.A.; MERCUCCI, V.L. (Org.). A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 381.

Bomfim, R. L. D. **Agenda única de saúde: a busca do acesso universal e a garantia do direito à saúde**. Rio de Janeiro. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

Bonfim, J. R. A.; Mercucci, V. L. (Org.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução, nº 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. [Diário Oficial da União]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. [Diário Oficial da União], Brasília, Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. [Diário Oficial da União]. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b. 19 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 609, 6 de junho de 2013. **Aprova o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêutica para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.
- Campos, H. S. **Asma como causa de hospitalização no Brasil, 1992-2006**. In press, 2009b.
- Campos, H. S. **Doença pulmonar obstrutiva crônica como causa de hospitalização no Brasil, 1992-2006**. In press, 2009a.
- CARVALHO, I. G.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- Easton, P. A.; Jadue, C.; Dhingra, S.; Anthonisen, N. R. **A comparison of the bronchodilating effects of a beta-2 adrenergic agent (albuterol) and an anticholinergic agent (ipratropium bromide), given by aerosol alone or in sequence**. The New England journal of medicine, United States, v.315, n. 12, p. 735-739, 1986.
- Feldman, R. **ACE inhibitors versus AT1 blockers in the treatment of hypertension and syndrome X**. The Canadian journal of cardiology, England, v.16, p.41-4, 2000.
- GOLD. **Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD**. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: 80 p. 2011.
- INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.
- Messeder, A. M.; Castro, C. G. S. O.; LUIZA, V. L. **Mandados judiciais como ferramenta para garantia do acesso a medicamentos no setor público: a experiência do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.525-534, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle**. [Diário Oficial da União], Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 47 p.
- Petty, T. L. **The history of COPD**. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, New Zealand, v. 1, n. 1, p. 3-14, 2008.
- Pinto, C. R.; Yamamura, L.L.; Alcântara, A.T. **Effectiveness of a public program for management moderate to severe COPD in Bahia State, Northeast of Brazil**. In: International Congress, 24, 2014, Munich, Germany. Anais. European Respiratory Journal, Germany, v. 44, suppl. 58, 2014.
- Secretaria de Saúde. Comitê Estadual de Farmácia e Terapêutica de Pernambuco. **Norma Técnica para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 02/2013**. Recife, 2013. 4 p.

A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL

Tania França

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social
Rio de Janeiro, RJ

Soraya Belisario

Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
de Medicina
Belo Horizonte, MG

Katia Medeiros

Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisa
Ageu Magalhães
Recife, PE

Janete Castro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
Departamento de Saúde Coletiva
Natal, RN

Isabela Cardoso

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde
Coletiva
Salvador, BA
isabelacmp@gmail.com

Ana Claudia Garcia

Universidade Federal do Espírito Santo,
Departamento de Enfermagem
Vitória, ES
anacpgarcia@hotmail.com

saúde no Brasil, as metodologias utilizadas para seu desenvolvimento, as estratégias, principais desafios e dificuldades relacionadas à execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), do Ministério da Saúde do Brasil. O estudo foi desenvolvido em bases de dados científicas, em 2015, resultando em 94 publicações, que discutem experiências de implantação da PNEPS. A educação permanente tem sido compreendida quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, com grande potencial para o rompimento do paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Tem-se como desafio o planejamento e implementação da política no âmbito regional, cuja manutenção precisa se efetivar por meio de gestão participativa e colegiada, exercitando o processo de descentralização e negociação democrática, sustentada nas necessidades locais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação permanente em saúde; Políticas públicas; Sistema Único de Saúde.

THE CAPILLARITY OF THE NATIONAL
POLICY OF PERMANENT EDUCATION IN

RESUMO: Trata-se de revisão integrativa da literatura que objetivou identificar as concepções sobre educação permanente em

ABSTRACT: This is an integrative literature review that aimed to identify the conceptions of professional health education in Brazil, the methodologies used in their development strategies, key challenges and difficulties related to the implementation of the National Policy of Permanent Education in Health (NPPEH), the Ministry of health of Brazil. The study was developed in scientific databases, in 2015, resulting in 94 publications that discuss implementation experiences of the NPPEH. The permanent education has been understood about the its conceptual and methodological assumptions as a transformative strategy of practices health, with great potential for the disruption of the traditional paradigm that guides the process of training of health workers. Planning and policy implementation at the regional level has been the challenge, whose maintenance needs of the participatory management and collegiate, exercising the process of decentralization and democratic negotiation, sustained in local needs.

KEYWORDS: Permanent education in health; Public policies; Unified Health System.

1 | INTRODUÇÃO

A implementação das políticas públicas de recursos humanos em saúde (RHS), na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil contemporâneo, vem colocando em pauta a necessidade de entender o binômio trabalho e educação, sob um novo prisma. Em geral, as interpretações sobre essa dinâmica, no que se refere à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) dos trabalhadores da saúde, têm focado a educação como eixo transformador e como estratégia mobilizadora de recursos e poderes.

Nessa perspectiva, as políticas públicas de saúde brasileiras, balizadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido capazes de provocar importantes movimentos no processo de ensino-aprendizagem, tal qual assinala o Ministério da Saúde quando da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil (Ministério da Saúde, 2003).

É importante frisar que esse formato de política educacional em saúde fortalece a consolidação do SUS, por meio da ação de importantes segmentos sociais e políticos, quando as várias instâncias do SUS estabelecem relação entre as práticas sociais de saúde e o campo de formação. Nesse contexto, os processos de formação dos profissionais de saúde que atuam no setor saúde, elegem a prática da educação permanente como mecanismo estratégico que a caracteriza como proposta apropriada para trabalhar a construção do modelo da Vigilância da Saúde, pois articula gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas concretos de territórios geopolíticos de atuação dos trabalhadores de saúde, além de mobilizar ações intersetoriais e interinstitucionais.

Ante ao exposto, este estudo objetivou identificar na literatura as concepções sobre educação permanente em saúde (EPS) no Brasil, as metodologias utilizadas para seu desenvolvimento, as estratégias, principais desafios e dificuldades relacionadas à execução da política.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura operacionalizada pelas seguintes etapas: (1) formulação de questão de pesquisa, qual seja: “Qual o estado da arte sobre EPS no Brasil?”; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) coleta de dados; (4) avaliação dos estudos selecionados; (5) análise e interpretação dos resultados; e (6) apresentação da súmula do conhecimento.

Os critérios de inclusão estipulados foram: estudos que abordassem a EPS no Brasil, independente do desenho e abordagem metodológicos utilizados; publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, no período de 2007 a 2015. Estabeleceu-se o ano de 2007 como ponto de partida, já que foi nesse ano que o Ministério da Saúde definiu novas diretrizes e estratégias de ação para implementar a PNPE, adequando-a às diretrizes operacionais e aos regulamentos do Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão. Foram excluídos da pesquisa os artigos de reflexão, erratas, editoriais, cartas ao editor, documentos e resumos não encontrados na íntegra ou cuja aquisição fosse mediante pagamento.

A pesquisa na literatura envolveu as bases de dados: LILACS, WHOLIS, PAHO, MEDLINE e a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), a qual foi realizada entre 20 e 25 de agosto de 2015, por meio dos seguintes termos de busca, em português e inglês: educação permanente; educação continuada; saúde; recursos humanos em saúde; educação permanente em saúde; formação em serviço; gestão da educação e; profissionais de saúde.

A pré-seleção das publicações retornadas foi realizada a partir do título e resumo, por meio do programa de gerenciamento de referências EndNote 17.0.1, o qual também permitiu a filtragem das publicações repetidas. A avaliação das publicações se deu com auxílio de roteiro previamente estabelecido, cujas variáveis de interesse foram as referentes à indexação, objetivos, método e principais resultados, tendo em vista o objetivo proposto. Uma vez selecionadas, as publicações foram lidas integralmente e submetidas à análise descritiva.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas retornaram 1.391 publicações, das quais 1.291 foram descartadas após aplicação dos critérios de elegibilidade. A amostra final foi composta, portanto, de 94 publicações, conforme Figura 1.

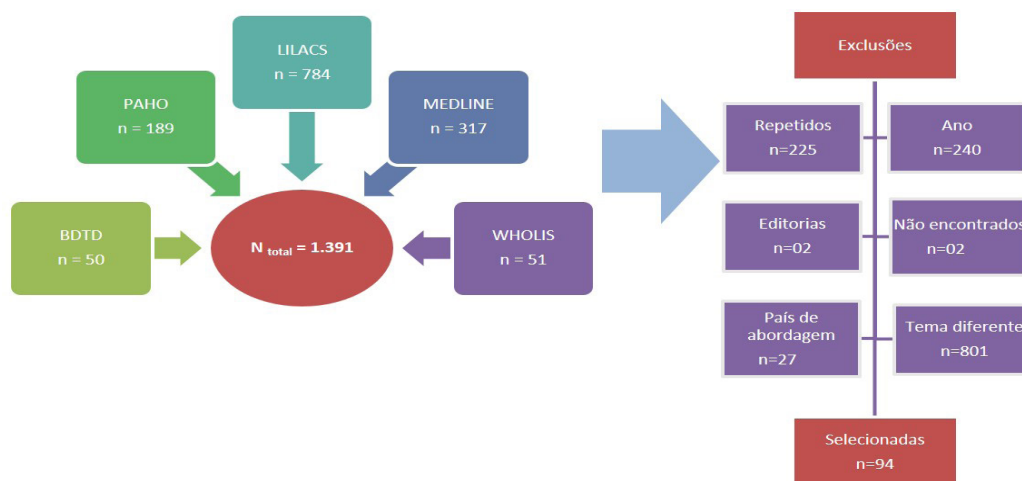


Figura 1. Fluxograma de resultados parciais de estudos elegíveis contidos nas bases de literatura científica. Rio de Janeiro, 2015

Categorias	N de publicações	Principais achados
Concepções de Educação Permanente em Saúde	22	Tradicional: sinônimo de educação continuada, cujo foco é capacitação e os treinamentos pontuais Inovadora: prática transformadora de ensino e aprendizagem e política de educação na saúde
A Educação Permanente nos serviços de saúde	34	Tradicional: Fragmentação das ações de educação por níveis de atenção Inovadora: Rede de saúde regionalizada e integral, incluso todos os níveis de atenção
Metodologias de aprendizagem	72	Tradicional: Baseiam-se na transmissão de conhecimentos, sem participação ativa de todos os atores envolvidos no processo Inovadora: Baseiam-se na educação problematizadora e buscam intervir na realidade social
Experiências de implementação da PNEPS: estratégias, desafios e contribuições	77	Estratégias: planejamento situacional, estabelecimento de parcerias e implantação de processos de formação Desafios: financiamento, incipiência do controle social, infraestrutura precária, gestão ineficiente Contribuições: qualificação profissional, resolutividade dos serviços, gestão participativa

Quadro 1. Número de publicações incluídas nas categorias de análise e síntese dos principais achados. Rio de Janeiro, 2015

4 | DISCUSSÃO

A proposta da EPS surgiu na década de 1980, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) com o propósito de capacitar e desenvolver RNS (Miccas & Batista, 2014). No Brasil, a EPS foi lançada como política nacional em 2003, mas sua institucionalização tem como marco referencial a publicação da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que institui a PNEPS como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, operacionalizada por novas práticas pedagógicas e de saúde e objetivando a transformação das práticas (Stroschein & Zocche, 2011).

A proposta contida na PNEPS assume a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema. Isto porque a regionalização é a diretriz que norteia o processo de descentralização dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores da rede de saúde (Ferla, et al., 2009; Cruz, 2009).

O desafio da gestão regionalizada e da constituição de capacidades locorregionais data da implantação do SUS e reside na dificuldade em estabelecer compromissos conjuntos e articulados para estruturação de uma rede de saúde sistematizada, cogestada, integral e descentralizada. A regionalização se configura, então, como iniciativa de ampliação da cobertura assistencial de territórios constituídos geopoliticamente e socialmente, que requer a participação de múltiplos atores (Ferla, et al., 2009).

Nesse contexto, a EPS - como instrumento viabilizador de análise, crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local - precisa ser pensada e implementada na lógica da regionalização, adaptada, portanto, às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde (Miccas & Batista, 2014).

4.1 Concepções de Educação Permanente em Saúde

No âmbito da PNEPS, a EPS é compreendida como um conceito pedagógico em saúde que relaciona o ensino e o serviço, e a docência e saúde, contribuindo para o desenvolvimento profissional, gestão setorial e controle social em saúde (Lemos & Fontoura, 2009).

Os trabalhos selecionados, em sua maioria, abordam a EPS como uma prática transformadora de ensino e aprendizagem e política de educação na saúde, tal como prevê a PNEPS. Grande parte das publicações verte o olhar para uma política de educação permanente que é construída pelos atores envolvidos nesse processo, com base na realidade dos serviços. A participação coletiva é, então, premissa básica de uma educação permanente eficaz e democrática. Essa concepção de EPS tem base nos pressupostos da aprendizagem significativa, e passa a ser simultaneamente orientadora das ações de desenvolvimento profissional e das estratégias de mudança das práticas de saúde (Lemos & Fontoura, 2009).

Assim, a EPS apresenta-se como uma estratégia de educação na saúde que tem um olhar sobre as necessidades da população, configurando-se como um processo de gestão participativa e transformadora, que inclui instituições de ensino, trabalhadores, gestores e usuários, conformando o “quadrilátero da formação” (Cunha, 2009; Silva, 2013; Pessôa, et al., 2013). A articulação do quadrilátero do SUS (ensino – serviço – gestão – controle social) ganha relevância porque a formação na área da saúde deve considerar para além das exigências do mercado de trabalho, que demanda, cada vez mais, trabalhadores treinados para a produção do capital; é preciso interagir com

os diversos atores que tem imbricação nos serviços de saúde, pois essa interação é determinante da qualidade da resposta assistencial (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Apesar da maior parte dos artigos apontar para a EPS como uma prática mais abrangente e transformadora, alguns estudos exploratórios indicam que muitos profissionais de saúde ainda não sabem diferir os conceitos de educação continuada, capacitação e educação permanente. Esse confundimento tem base na manutenção de um processo formativo, em muitos municípios, que foca a capacitação e os treinamentos pontuais. Nessa perspectiva, os conceitos são tratados como sinônimos, e relaciona a EPS, portanto, a uma estratégia que tem por base o desenvolvimento de capacitações, cursos e treinamentos pontuais e fragmentados (Miccas & Batista, 2014; Ricardi & Sousa, 2015; Gomes, Abrahão, Azevedo, & Louzada, 2013; Tesser, Garcia, Vendruscolo, & Argenta, 2011).

Nessa lógica, privilegia-se a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências individuais dos trabalhadores, obstando o desenvolvimento de práticas integrais, interdisciplinares e multiprofissionais (Ciconet, Marques, & Lima, 2008; Nicoletto, et al., 2009).

4.2 A Educação Permanente nos serviços de saúde

A PNEPS explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a rede de saúde como uma estrutura que pressupõe a integralidade das ações e da atenção em saúde, rompendo com a lógica verticalizada de atenção. Nesse sentido, trabalha-se uma proposta de articulação regionalizada, de todos os níveis de atenção, englobando, assim, os serviços básicos, ambulatoriais e especializados (Ministério da Saúde, 2009).

Os estudos selecionados apontam experiências em diversos serviços de saúde, mas o destaque é a Atenção Básica (Paulino, Bezerra, Branquinho, & Paranaguá, 2012; d'Ávila, Assis, Melo, & Brant, 2014), que em sua lógica estruturante do SUS conseguiria incorporar, de maneira mais fiel, as propostas governamentais inovadoras e consoantes à realidade local.

A educação permanente e os desafios impostos para a Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), para a realização de novas práticas que reorientem o quadro sanitário nacional, convergem com a edificação de métodos e práticas democratizantes e inovadoras de gestão do trabalho no SUS. A EPS, na Atenção Básica, contribui para aprimorar o processo de análise da realidade social e subsidiar a tomada de decisão, bem como aumentar a resolubilidade, e qualificar os processos de longitudinalidade do cuidado, promover a humanização da assistência, e a competência pedagógica e cultural coletiva (Tesser, Garcia, Vendruscolo, & Argenta, 2011).

Experiências no âmbito hospitalar também têm despontado como promissoras e promotoras de práticas alicerçadas na EPS (Esperidião, Leal, & Fontoura, 2009; Messina & Filho, 2013), embora demonstrem enfrentar maiores dificuldades de se

romper com a lógica fragmentada das ações de saúde e, por conseguinte, das ações pedagógicas, as quais ainda se focam basicamente no aprimoramento técnico que não contemplam a necessidade da população e não conduzem, portanto, à discussão multiprofissional dialógica das práticas de saúde.

Para a efetiva implementação da EPS no âmbito dos diversos serviços, se faz necessário considerar as necessidades, complexidades, práticas laborais e problemas cotidianos de cada unidade de saúde. Só assim é possível encontrar meios de articular os diferentes níveis de atenção que estruturam a rede de atenção integral à saúde (Esperidião, Leal, & Fontoura, 2009).

4.3 Metodologias de aprendizagem

Como metodologia de aprendizagem, a educação permanente preconiza a organização de estratégias de educação embasadas nas questões emanadas da realidade do trabalho dos atores envolvidos. Ela se alicerça na proposta de educação problematizadora de Paulo Freire, a qual parte de experiências reais de quem educa e de quem é educado, numa lógica dialógica, compartilhada e horizontal (Juzwiak, Castro, & Batista, 2013). Com base nessa metodologia, propõe-se o Método do Arco, que retrata a realidade numa escala de cinco etapas: observação da realidade social; identificação dos pontos-chave a serem estudados; análise dos pontos-chave; hipóteses de solução e; aplicação à realidade (prática). Nessa concepção, é na realidade que se encontram os problemas e é também nela que devem ser aplicadas as possibilidades de solução (Prado, Velho, Espíndola, Sobrinho, & Backes, 2012).

Nessa propositura têm se destacado as metodologias ativas de aprendizagem cujo conteúdo se relacione com a realidade e às experiências dos envolvidos no processo de ensino. Como estratégias para desenvolvimento da EPS na proposta da problematização, citam-se os treinamentos baseados em discussões problematizadoras com foco nas demandas do território e dos profissionais do serviço de saúde; reuniões de equipe que permitem o compartilhamento de informações, discussão de casos clínicos e tomada de decisão coletiva para cada caso, pois constituem-se como espaços de troca, negociação e busca de consensos; rodas de conversa; exposições dialogadas; estudos dirigidos em grupos; relatos de experiência e narrativas; e atividades com uso de mapa conceitual (Juzwiak, Castro, & Batista, 2013).

A autoinstrução, que se baseia no binômio estudo-trabalho, também se configura como proposta metodológica utilizada na EPS (Faria & David, 2010). Trata-se de uma proposta que dispensa a figura do professor, instigando a autoaprendizagem por meio de materiais pedagógicos disponibilizados e a troca de experiências e saberes entre os profissionais. Essa linha metodológica é, em grande medida, utilizada como uma das possibilidades da educação a distância (EaD), por meio de tecnologias e informação e comunicação (TIC), que conectam unidades básicas de saúde a centros de referência, possibilitando a capacitação pela internet dos profissionais e gestores,

evitando deslocamentos desnecessários e oferecendo apoio à tomada de decisões (Silva, 2013).

A utilização de TIC na saúde encontra incentivo numa resolução da OMS, que oportuniza seus Estados-membros a formularem uma política de ensino pautada na EPS, orientada para a transformação das práticas de saúde vigentes (Silva, 2013). Facilitam a disseminação da informação e do desenvolvimento profissional, num processo dialógico de aprendizagem entre os profissionais, docentes, pesquisadores e população. Por meio das TIC inúmeras possibilidades se apresentam: cursos de especialização; discussão on-line por meio de fóruns, troca de experiências.

Nessa esteira, tem-se o Programa Telessaúde, instituído pelo Ministério da Saúde, visando, fundamentalmente, a capacitação e a educação permanente de trabalhadores da atenção básica (Esperidião, Leal, & Fontoura, 2009), almejando a ampliação da autonomia e da capacidade resolutiva de quem as solicita, já que se baseiam nas melhores evidências científicas disponíveis, adaptadas para as realidades locais e seguindo os princípios do SUS (Ministério da Saúde, 2013). Outro exemplo é a Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) que integra todos os hospitais públicos universitários e de ensino, e cria núcleos formais de Telemedicina, subsidiando a realização de web e videoconferências, e processos de educação a distância (Messina & Filho, 2013).

É preciso ressaltar que as diferentes propostas metodológicas não se anulam entre si, pelo contrário, são complementares e estimulam os atores envolvidos no processo de EPS a buscar diferentes formas de conhecimento alinhadas às necessidades pessoais, do serviço e da população que atende. Preconiza-se, então, a utilização de metodologias dinâmicas, ativas e de fluxo contínuo de conhecimento, que se distancia da lógica tradicional de educação de transmissão de saberes.

4.4 Experiências de implementação da PNEPS: estratégias, desafios e contribuições

A implementação da PNEPS pressupõe de antemão o diagnóstico e análise situacional que permita o levantamento das necessidades locais no que se refere à estruturação e organização dos processos de gestão e, por conseguinte, o planejamento e programação de estratégias rotineiras baseadas na realidade (Ricardi & Sousa, 2015). Experiências apontam para a adoção de estratégias de diversos cunhos, por meio das quais foi possível favorecer a implantação da política na rede de saúde.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia após identificar os principais problemas relativos às práticas educativas alterou a própria estrutura organizativa com a criação da Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde, por meio da qual diversas estratégias foram desenhadas a fim de favorecer os processos pedagógicos na lógica da EPS. Entre elas: levantamento da capacidade pedagógica das unidades da rede estadual para a realização de práticas e estágios; incentivo aos processos de

mudanças na graduação das IES; implementação de projetos de pesquisa; realização de aulas públicas; elaboração de material político-pedagógico; realização de oficinas com os setores de recursos humanos e educação permanente das unidades da rede (Lemos & Fontoura, 2009).

Outras experiências apontam para a implementação de uma rede de articulação entre as IES (ensino e pesquisa) e as unidades da rede SUS (serviço), possibilitando o estabelecimento de vínculos e pactos para o enfrentamento de problemas comuns (Ricardi & Sousa, 2015); cursos de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Ferla, et al., 2009); e realização de oficinas regionais para discussão conceitual e tendências sobre a educação permanente (Cunha, 2009).

A formação de tutores e facilitadores de EPS foi referida como uma das estratégias mais importantes para implementação e manutenção da PNEPS, já que os programas pedagógicas demandam profissionais capacitados a atuarem como mediadores dos processos de ensino-aprendizagem (Mendonça, Nunes, Garanhani, & González, 2010; Esperidião, Leal, & Fontoura, 2009).

Muitos desafios ainda precisam ser superados para que se concebam os projetos de EPS e se consolide a política nacional. As dificuldades ainda presentes referem-se especialmente à necessidade de aperfeiçoamento dos processos administrativos e marcos legais de estados e municípios que possam viabilizar a contratação e execução das ações de educação permanente. Nessa seara, se inserem os critérios de distribuição de recursos financeiros para implementação e acompanhamento de projetos (Stroschein & Zocche, 2011).

Outros desafios que se impõem à adoção de estratégias de educação alicerçadas em metodologias problematizadoras e participantes se originam de um modelo de formação profissional de lógica biomédica e especializada, que não favorece a adesão de profissionais e de gestores a processos inovadores. Em alguns locais ainda predominam atividades de educação para uma categoria ou especialidade específica, que promove a manutenção da fragmentação das ações de saúde e distancia o processo de trabalho da lógica inter e multidisciplinar (d'Ávila, Assis, Melo, & Brant, 2014).

Outros fatores identificados que dificultam a implementação e gerenciamento da EPS, entre outros, são:

- a gestão do serviço que ainda privilegia a produção (metas) em detrimento da qualidade das ações de saúde, revelando pouco interesse em estimular profissionais a participar/desenvolver projetos de educação permanente (Cunha, 2009);
- precária infraestrutura para adoção de estratégias mais coletivas de educação: espaço físico, equipamentos, computadores e internet (d'Ávila, Assis, Melo, & Brant, 2014);
- desestruturação dos setores de educação permanente dos serviços (Lemos & Fontoura, 2009);
- baixa capacitação pedagógica de docentes, preceptores, tutores e orientadores

dos serviços em relação aos processos de mudanças na graduação;

Não obstante aos desafios e dificuldades que permeiam os processos de implantação e manutenção da EPS, muitas são as contribuições advindas das experiências em curso, como a qualificação dos trabalhadores, identificação de possíveis falhas no atendimento, e conscientização das necessidades reais de saúde dos usuários. Por conseguinte, promove-se reflexão e mudanças nos modos de organização e funcionamento do serviço, estimula e contribui para o trabalho em equipe, aperfeiçoamento, atualização e mudanças na prática, e para melhor integração entre a equipe e a comunidade (Paulino, Bezerra, Branquinho, & Paranaguá, 2012; Vianna, et al., 2010).

Considerando que a EPS favorece o compartilhamento de informações de saúde e a tomada de decisão, ela contribui também para o fortalecimento da autoestima do trabalhador, minimização do isolamento, ampliação da efetividade e resolutividade das ações de saúde, com redução dos diagnósticos e prescrições incorretas e da rotatividade profissional (d'Ávila, Assis, Melo, & Brant, 2014). A EPS se materializa, então, como uma estratégia potencial para promover a gestão participativa, para apropriação das políticas de saúde pública pelos gestores, trabalhadores e usuários e para humanização das relações de trabalho (Cardoso, 2012; Vianna, et al., 2010).

A proposta de EPS requer o desenvolvimento de um escopo amplo de ações que envolvem os processos de formação nos diferentes níveis, a organização do trabalho, a interação entre as redes de gestão e de serviços, e o controle social (Campos, Pierantoni, Haddad, Viana, & Faria, 2006).

5 | CONCLUSÕES

A EPS tem sido compreendida quanto aos seus pressupostos conceituais e metodológicos como uma estratégia transformadora das práticas de saúde, com grande potencial para o rompimento do paradigma tradicional que orienta os processos de formação dos trabalhadores da saúde. Constitui-se como um instrumento possibilitador do desenvolvimento pessoal, social e cultural e centra, nos processos de ensino-aprendizagem, o próprio sujeito que aprende, entendendo-o como agente ativo, autônomo e gestor de sua educação. É ele, ao mesmo tempo, educador e educando.

Nessa concepção ideológica e política, cuja condução se operacionaliza no âmbito de localidades de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolutividade e a eficiência do sistema de saúde.

Tem-se como desafio o planejamento e implementação da PNEPS no âmbito regional, cuja manutenção precisa se efetivar por meio de gestão participativa e colegiada, exercitando o processo de descentralização e negociação democrática, sustentada nas necessidades locais. Esse processo requer, no entanto, esforços de

articulação de parcerias institucionais entre serviço e ensino, educação e trabalho, numa perspectiva dialógica e compartilhada.

Esse estudo encontra limitação no desenho metodológico adotado, que não permite, por essência, o controle sobre os dados primários; e na pouca profundidade das análises das publicações selecionadas, que embora não sejam poucas, utilizam metodologias menos robustas.

REFERÊNCIAS

- Campos, F. E., Pierantoni, C. R., Haddad, A. E., Viana, A. L., & Faria, R. M. (2006). Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. Em S. d. Ministério da Saúde, **Cadernos RH Saúde** (pp. 39-51). Brasília: Ministério da Saúde.
- Cardoso, I. M. (2012). “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Saúde e Sociedade**, 27(1), pp. 18-28.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 14(1), pp. 41-65.
- Lemos, M., & Fontoura, M. (2009). A integração da educação e trabalho na saúde e a Política de Educação Permanente em Saúde do SUS-BA. *Revista Baiana de saúde Pública*, 33(1), 113-120.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 758-764.
- Mendonça, F. d., Nunes, E. d., Garanhani, M. L., & González, A. D. (2010). Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5), 2593-2602.
- Messina, L. A., & Filho, J. L. (2013). **Impactos da rede universitária de telemedicina: ações de educação contínua, pesquisa colaborativa e assistência remota: Fase I (2006-2009)**. Rio de Janeiro: E-papers.
- Miccas, F. L., & Batista, S. H. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, 48(1), 170-185.
- Ministério da Casa Civil. (9 de dezembro de 2010). Decreto nº 7.385, de 08 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, 1. Brasília, Brasil.
- Ministério da Saúde. (junho de 2001). Pólo de Capacitação - os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família. **Informe da Atenção Básica**, 11(10).
- Ministério da Saúde. (2003). **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - Pólos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). **Manual de telessaúde para atenção básica / atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nicoletto, S. C., Mendonça, F. d., Bueno, V. L., Brevilheri, E. C., Almeida, D. C., Rezende, L. R., Carvalho, G.S., González, A. D. (2009). Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 13(20),

Novaes, M. d., Machiavelli, J. L., Verde, F. C., Filho, A. S., & Rodrigues, T. R. (2012). Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 16(43), pp. 1095-1106.

Peduzzi, M., Guerra, D. A., Braga, C. P., Lucena, F. S., & Silva, J. A. (2009). Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 13(30), pp. 121-134.

Pessôa, L. R., Ferla, A. A., Andrade, J., Meneghel, S., Linger, C. A., & Kastrup, É. (2013). A Educação permanente e a cooperação internacional em saúde: um olhar sobre a experiência de fortalecimento da Rede haitiana de vigilância, pesquisa e educação em saúde, no âmbito do projeto Tripartite Brasil-Haiti-Cuba. **Divulgação Saúde em Debate**, 49, pp. 165-171.

Prado, M. L., Velho, M. B., Espíndola, D. S., Sobrinho, S. H., & Backes, V. M. (2012). Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, 16(1), pp. 172-177.

Ricardi, L. M., & Sousa, M. F. (2015). Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1), pp. 209-218.

Silva, K. d. (2013). Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011 . **Dissertação de Mestrado**. Recife, PE: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Stroschein, K. A., & Zocche, D. A. (2011). Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, 9(3), 505-519.

Tesser, C. D., Garcia, A. V., Vendruscolo, C., & Argenta, C. E. (2011). Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(11), pp. 4295-4306.

Vianna, A. L., Pierantoni, C. R., Silva, H. P., Figueiredo, J. A., Pinheiro, M. C., Faria, R. M., & Nakagavawa, T. M. (2010). O Modelo Polos: comparação de duas experiências recentes. Em A. L. Vianna, & C. R. Pierantoni, **Educação e Saúde** (pp. 144-186). São Paulo: Hucitec.

CONFECÇÃO DE UM PAINEL EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO E HIGIENE PARA PACIENTES USUÁRIOS DE SONDA VESICAL DE DEMORA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabella Soares Pinheiro Pinto

Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus, Amazonas

Karolina Dessimoni Victória

Graduanda em Enfermagem pela Escola Superior de Ciências da Saúde
Universidade do Estado do Amazonas
Manaus, Amazonas

INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Ciências da Saúde, da Universidade do Estado do Amazonas, oferta dentro da graduação de enfermagem, a disciplina de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem II. Visando integrar o aluno dentro da saúde pública, tanto de serviços de atenção básica como hospitalar, partindo de aulas teóricas com base científica para o estágio dentro dos campos de prática. O intuito dos professores, é que o acadêmico consiga reunir os conhecimentos, iniciativa e capacidade de enfrentar os obstáculos do cotidiano dentro da sua formação. A prática foi realizada em um Serviço de Pronto Atendimento, localizado na Zona Leste de Manaus, com o propósito de realizar os procedimentos de troca e retirada

de Sonda Vesical de Demora (SVD), conhecer a realidade dos pacientes, suas dificuldades e considerar as opções para amenizá-las. Como objetivou-se nesse relato, com a confecção de um painel educativo propondo uma assistência ao paciente que utiliza a SVD, partindo de uma educação em saúde.

METODOLOGIA

Analisou-se as queixas por parte dos pacientes após a realização da troca da SVD. Decidiu-se anotar as principais necessidades, partindo dos diálogos realizados entre os acadêmicos e os clientes. Notou-se a precariedade de informações sobre o autocuidado, higiene da sonda e da bolsa coletora de urina. Uma das soluções foi planejar uma prática de educação em saúde juntamente com a professora, contando com a construção de um painel educativo. O painel teve como temas: ingestão hídrica, higiene íntima, cuidados com a SVD, bolsa coletora de urina, acompanhamento médico e urgências. A ideia principal foi baseada no lúdico, então optou-se por utilizar apenas imagens relacionadas aos temas, retiradas da internet, recortadas e coladas no painel. O mesmo foi confeccionado a partir de uma folha de isopor e decorado com

papel cartão. O projeto foi intitulado “Cuidados com a SDV”, confeccionado o título a partir de papel emborrachado. Os seis temas foram distribuídos em quadrados, possuindo dois lados, na frente as imagens representavam os temas que seriam abordados e no verso demonstrariam as informações acerca dos assuntos. Cada quadrado foi disposto sobre o painel com a frente para cima, onde o paciente escolheria um tema, relataria seu saber sobre o mesmo e expor suas dúvidas. Após esse momento, seria apresentado as figuras do verso, a fim de sanar as dificuldades perante o tema exposto e assim sucessivamente

DISCUSSÃO

A partir dessa atividade observou-se a importância da criação de tecnologias educativas como método de ensino-aprendizagem, para a construção de novos conceitos a partir da vivência individual, dando autonomia ao mesmo.

CONCLUSÃO

A elaboração do painel educativo ocorreu de forma criativa, pensando nos pacientes que possuíam tempo curto porém interesse no assunto escolhido, valorizando o seu conhecimento adquirido ao longo da vida. Concomitantemente com a abordagem do tema partindo do lúdico, visou instigar a reflexão do paciente com o auxílio do acadêmico para esclarecer as dúvidas existentes. O uso das tecnologias educacionais proporcionou a promoção em saúde, resgatando dentro dos acadêmicos a criatividade e a busca por melhorias nas condições de saúde do próximo.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. (org.). Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora da UEL/INEP, 1999.

FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

CUIDADO Y COMUNICACIÓN A PACIENTES PEDIÁTRICOS: PROPUESTA DE UN MODELO DE ESCOLARIZACIÓN

Anderson Díaz Pérez

Doctor en Bioética

Doctor en Salud Pública

Magister en Ciencias Básicas Biomédicas Énfasis
en Inmunología

Wendy Acuña Perez

Enfermera

Especialista en Auditoria en Servicios de Salud

Arley Denisse Vega Ochoa

Magister en Salud Ocupacional

Doctor en Educación

Zoraima Romero Oñate

Doctor en Educación.

Magister en Educación

RESUMEN: La forma de comunicarnos se relaciona con manera de como percibimos las emociones y las necesidades del otro. Los enfermeros deben poseer habilidades comunicativas en especial si se trata de pacientes pediátricos los cuales reclaman seguridad emocional así como poder moverse, tocar y jugar. Los axiomas de Watzlawick contribuyen crear un ambiente de empatía y apoyo para el niño en el ambiente hospitalario. Objetivo. Establecer parámetros de comunicación y cuidado entre la enfermera y el paciente pediátrico. Metodología. Descriptivo e interaccionismo simbólico. Población de 44 enfermeras los datos fueron obtenidos

por entrevistas y formatos de observación. Los datos se analizaron con el programa SPSS 19[®], STATGRAPHICS XVII y el Atlas Ti[®]. Conclusión. Se describen elementos estructurales de comunicación y comunicación que se relacionan con los axiomas los cuales contribuyen a una visión comprensiva y por ende proponer mejores estrategias de comunicación. **PALABRAS CLAVE:** comunicación en salud; cuidado de enfermería; enfermería pediátrica; enfermería; pediatría, asentimiento; consentimiento informado; niño.

INTRODUCCIÓN

La enfermería como las demás disciplinas, siempre ha buscado en la filosofía y en la moral de sus acciones los elementos estéticos y éticos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención ofrecida. La comunicación y el cuidado no puede concebirse sin la entera comprensión de la relación enfermera-paciente, y más cuando estos son niños (de Villalobos & Mercedes, 2005) donde la relación de poder debe ser [Medico-Menor-Tutor] y no [Medico-Tutor- Menor] al menos en los casos donde el niño o niña demuestre falta de comprensión (Díaz Pérez, 2018; Díaz-Pérez, Vega Ochoa, & Romero Oñate, 2018).

La ética del cuidado brinda elementos

morales que deben estar motivadas por la solicitud del paciente de manera consciente o inconsciente, incluso como el mismo Paul Watzlawick lo expone, en uno de sus axiomas: lo digital (verbal) y lo analógico (no verbal) (Arango, Rodríguez, Benavides, & Ubaque, 2016; Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 2011; Watzlawick & Jackson, 2010). El cuidado como la comunicación requiere de la relación humana, es decir, un mundo en el cual los enfermeros son responsables del reconocimiento, la protección y el bienestar del otro configurando un mundo éticamente responsable (García, 2004; García Reza, Iniesta, del Carmen, Solano Solano, & Guadarrama Perez, s. f.; Velázquez, 2017).

Es de gran preocupación por parte de los profesionales de la salud, la manera y forma del cómo comunicarse con el paciente sobre todo cuando se trata de ganarse la confianza y empatía de los niños (Díaz-Perez et al., 2018; Torres & Campos, 2010). Estas dificultades se han tratado de analizar incluso desde el propio diseño curricular, donde se ha descrito la distancia entre el currículo y la práctica profesional, al momento de poner en funcionamiento programas educativos con contenido moral, y valores que contribuyan al desarrollo moral en la formación profesional (Díaz-Perez et al., 2018; Silver, Ford, & Steady, 1967; Well, First, Dignity, it Out, & Training, 1993), sin mencionar la ausencia en la formación de teorías de comunicación donde la enfermería como administrador de cuidado requiere de estas herramientas para lograr la calidad en sus relaciones con el desarrollo de mejores habilidades sociales (Maldonado, 2012; Pérez, Puerta, & Cataño, 2014).

Autores como los propuestos por (Pérez et al., 2014; Riley, 2015; Sheldon, Barrett, & Ellington, 2006) mencionan sobre la dificultad de la comunicación que existe en las enfermeras, determinando que el problema se encuentra al momento de explicar el diagnóstico o situaciones clínicas, así como el entender los temores de los pacientes, las emociones de los familiares; las emociones de las enfermeras al momento de cuidar a un niño debe enfrentar comportamientos difíciles y hasta agresivos, las enfermeras deben identificar las emociones de los pacientes lo cual es lo más variable y difícil al momento de establecer canales de comunicación.

El propósito del profesional de salud, además de brindar un buen cuidado, es lograr ganarse también la empatía y la confianza de los pacientes, para así lograr la máxima cooperación posible tanto del niño incluso la de los padres. Estos últimos, requieren comprender todo lo concerniente del estado del niño, para esto la enfermera deberá reconocer los elementos para una buena comunicación, teniendo presente herramientas de evaluación y análisis. Por ejemplo: evaluar los aspectos cognitivos de comprensión de la realidad que envuelve al niño y el tipo de preferencia de comunicación de los padres (intima o colectiva) (Bach & Grant, 2015; Sheldon et al., 2006; Silver et al., 1967; Sobo, 2004; Tseng et al., 2015; Well et al., 1993); se ha demostrado que las estrategias implantadas son insuficientes cuando estas subestiman lo que los padres desean para el niño desde su percepción de bienestar y del cuidado más allá de los deberes de la enfermera (Pérez et al., 2014).

Para (Watzlawick, 1977; Watzlawick et al., 2011), no existe la no comunicación

como uno de sus axiomas lo menciona “la imposibilidad de comunicación”, ya que las palabras y los silencios en sí mismos transmiten un mensaje, y más cuando está en la mirada de los niños, los cuales perciben la comunicación por fuera de la frontera de la simple transmisión de información.

En la enfermería es fundamental establecer una buena comunicación con las personas que cuidan, ya que es condición *sine qua non* para poder ofrecer unos cuidados de calidad y asertivos que busquen fortalecer elementos como el autocuidado y por ende la autonomía de los pacientes (Bonill de las Nieves, 2008; García-Salido, la Calle, & González, 2018). Los estudios se remiten a determinar la capacidad de comunicarse con los pacientes. Pero en realidad son muy pocos los estudios que propenden por determinar la voluntad de escuchar y explicar de manera simple y clara por parte de los profesionales de la salud.

Los elementos de la comunicación deben contribuir a la comprensión de la información y lograr que el paciente pediátrico coopere. Es por esto, que el enfermero debe desarrollar habilidades comunicativas que aseguren la comunicación asertiva y terapéutica (empatía) para con el niño ni con la familia (Bonill de las Nieves, 2008; Fellowes, Wilkinson, & Moore, 2008; Sobo, 2004).

OBJETIVO

Proponer un marco de gestión moral de comunicación desde el diseño de un modelo de estructura funcional de comunicación para que el paciente pediátrico acuda de manera positiva al llamado de su cuidado.

METODOLOGÍA

El estudio de naturaleza mixta, se propuso desde un acercamiento teórico y metodológico descriptivo e interaccionismo simbólico con regresión perceptiva. El Interaccionismo simbólico y regresión perceptiva, se tomó por la importancia de los significados que emergen del comportamiento, aptitudes y prácticas de las enfermeras al momento de comunicarse y cuidar al niño del cual emergen elementos de un sistema de significados intersubjetivos entre las enfermeras, así como símbolos de interacción que se relacionan con la manera de percibir al otro (Bautista, 2011; Mella, 1998; Pérez et al., 2014). La población fue de 44 enfermeras que se desempeñan en la unidad de pediatría de una institución del tercer nivel de salud. Las preguntas de las entrevistas estuvieron dirigidas a determinar el respeto, el interés y el grado de participación, entre otros elementos fundamentales de los axiomas propuestos por Paul Watzlawick.

Los datos se analizaron con el programa STATGRAPHICS XVII® para el diseño del mapa de procesos y optimización del mismo de acuerdo con los niveles de las categorías (nodos).

El programa Atlas Ti 8.0® para la categorización, cruce de categorías y análisis de coocurrencia para conceptualizar la descripción de los axiomas en acciones prácticas emprendidas por la enfermera al momento de cuidar al niño. El estudio se realizó en 5 fases:

Fase 1. Descripción y relación de acciones emergentes con los nodos periféricos y centrales: los datos se tomaron de las entrevistas y del formato de observación. Se cruzaron los elementos más importantes que podrían considerarse como nodos que responden al umbral de los axiomas.

Fase 2. Relación de los nodos periféricos con los nodos centrales axiomáticos propuestos por Paul Watzlawick:

1ro. Es imposible no comunicarse. 2do. Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de tal manera que el último clasifica al primero, y es, por tanto, una metacomunicación. 3ro. La naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos. 4to. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica. 5to. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios.

Fase 3: Ordenamiento de las categorías en relación con los eventos, los actores, el proceso, escenarios y situación dentro de las categorías de desarrollo madurez moral, y autonomía.

Fase 4: Análisis de interacción, cuyo principal componente ontológico será la capacidad de describir desde la objetivación detalles de cómo es la interacción, y poder explicar el hecho con interpretaciones lógicas desde los conceptos teóricos involucrados.

Fase 5: Recolección, condensación y presentación de la información mediante resúmenes, codificaciones, clasificaciones, diagramas, etc., para al final generar una síntesis o agrupamiento de los aspectos más significativos.

RESULTADOS

El diseño de los modelos para los diagramas de estructuras y estratégicos se realizó desde el marco de la simbología (interaccionismo simbólico y la regresión perceptiva), para lo cual se tuvieron presentes los siguientes elementos:

La formalización de los conceptos y categorías (nodos): los cuales develan las acciones y percepciones de las enfermeras al momento de obtener la atención y obediencia del niño desde el marco de análisis de los cinco (5) axiomas propuestos por Paul Watzlawick (Ver Ilustración1. Acciones emergentes con relación al cuidado y comunicación con el niño).

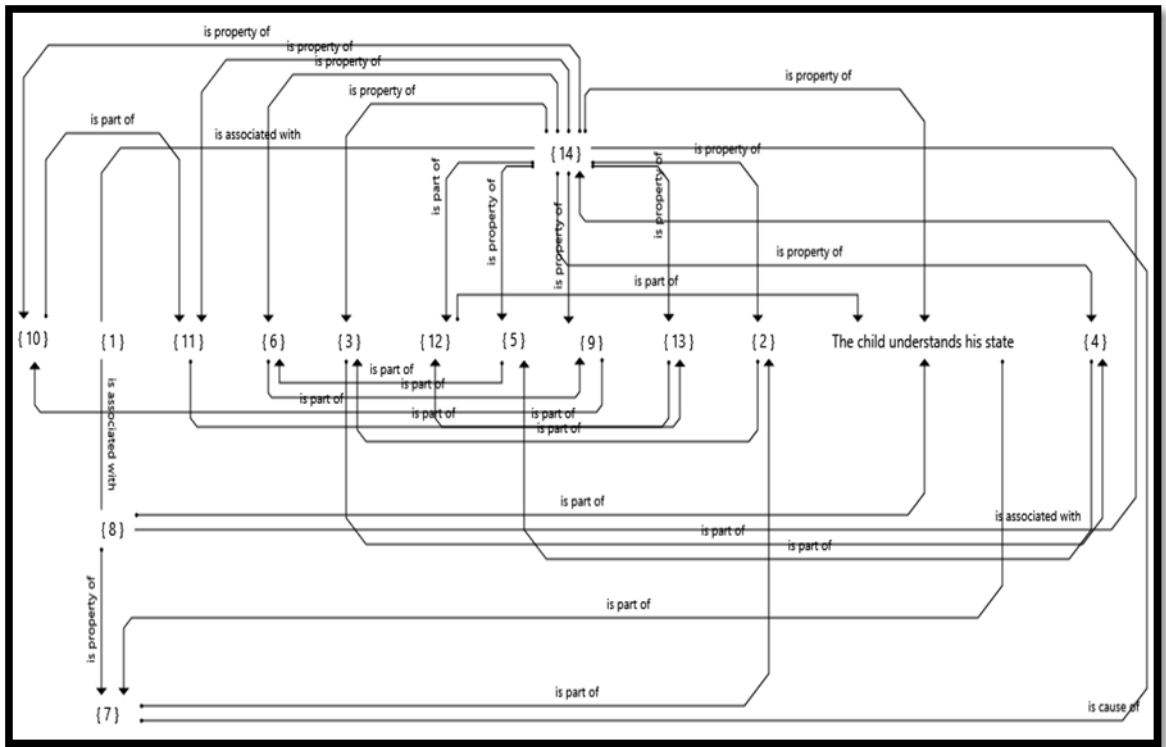


Ilustración 1. Acciones para fortalecer la autonomía del niño o menor con relación al cuidado y comunicación para contribuir a su comprensión y prácticas de cuidado.

Acciones para fortalecimiento de la autonomía y acuda al cuidado: {1}: contribuye al fortalecimiento de la autonomía del niño o menor de edad. {2}: saludar al niño. {3}: cuidar de la privacidad del niño. {4}: cuidar de la seguridad y la integridad del niño. {5}: cuidar de la comodidad del niño. {6}: permite al niño expresarse libremente. {7}: permite la participación activa de los padres en el proceso de cuidado de niños. {8}: consentimiento informado. {9}: hablar con el niño de los elementos de empatía cognitiva y afectiva. {10}: estimula en el niño el juego y otras lúdicas que contribuyen a su comprensión de su estado: {11}: la enfermera utiliza un lenguaje ajustado al desarrollo moral del niño. {12}: tratar siempre al niño por su nombre. {13}: le pide al niño acerca de su condición continuamente. {14}: informado consentimiento. {15}: el niño comprende su estado.

Diagramación de la segunda aportación de la cual se relaciona el análisis de las acciones con los nodos periféricos y los centrales: los cuales responden a los cinco axiomas desde enlaces preferenciales para los cuales se utilizó el análisis de coocurrencia. (Ver Ilustración 2. Relación de acciones con nodos periféricos, nodos centrales y axiomas de Paul Watzlawick).

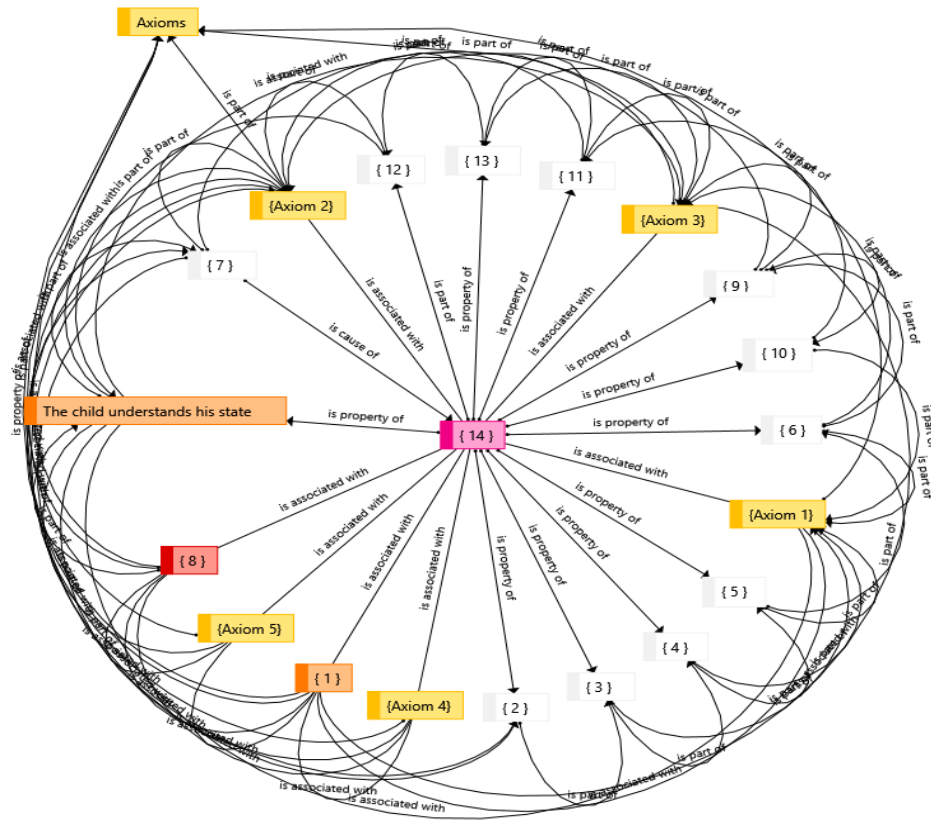


Ilustración 2. Ilustración 2. Relación de acciones con nodos periféricos, nodos centrales y axiomas de Paul Watzlawick

Acciones con nodos periféricos, nodos centrales y axiomas de Paul

Watzlawick: {1}: contribuye al fortalecimiento de la autonomía del niño o menor de edad. {2}: saludar al niño. {3}: cuidar de la privacidad del niño. {4}: cuidar de la seguridad y la integridad del niño. {5}: cuidar de la comodidad del niño. {6}: permite al niño expresarse libremente. {7}: permite la participación activa de los padres en el proceso de cuidado de niños. {8}: consentimiento informado. {9}: hablar con el niño de los elementos de empatía cognitiva y afectiva. {10}: estimula en el niño el juego y otras lúdicas que contribuyen a su comprensión de su estado: {11}: la enfermera utiliza un lenguaje ajustado al desarrollo moral del niño. {12}: tratar siempre al niño por su nombre. {13}: le pide al niño acerca de su condición continuamente. {14}: informado consentimiento. {15}: el niño comprende su estado. Axiomas: {Axioma 1}: Es imposible no comunicar. {Axioma de 2}: cada comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel de relación, de modo que el último clasifica el primero y por lo tanto una meta comunicación. {Axioma de 3}: la naturaleza de una relación depende de la gradación que los participantes hagan de las secuencias de comunicación entre ellos. {Axioma de 4}: comunicación humana implica dos modalidades: digital y analógico. {Axioma de 5}: intercambios de comunicación pueden ser simétrica y complementaria.

Diseño del diagrama conceptual del modelo: como propuesta de cuidado y comunicación en pediatría el cual se diseñó por medio del programa STATGRAPHICS centurión® en su función de mapa de procesos.

Se considera que todas las acciones que propenden por aptitudes positivas

en el niño son importantes como elementos de relación social, sea consciente o no, donde lo que se pretende es hacerlos intencional y lógico, pero sobre todo continuo entre un emisor y un receptor. En Watzlawick los elementos de comunicación están determinados por contingencias de relación con un vocabulario adecuado y claro entremezclado con emociones y sentimientos, y centrados en una realidad objetiva sin aguzar el temor en el niño, con ayuda de la comunicación analógica y digital con enfoque interaccional entre el niño y la enfermera. El consentimiento informado se mostró desde la percepción de la enfermera como de poco interés para el niño al momento de propender por su cuidado. Además, de que no se soportó en ninguno de los axiomas, debido a que el niño deja de ser un agente activo de la comunicación y del cuidado, para convertirse en un sujeto de asimetría que llora, grita o se silencia, lo cual desfavorece la estabilidad de la comunicación entre la enfermera y el tutor legal.

El modelo de estructura funcional surge de considerar los nodos centrales como aquellos que por su aplicación independiente logran mejorar la actitud, y por ende la atención del positiva en el niño, como por ejemplo: cuidar de la comodidad del niño, saludarlo por el nombre, ajustar el lenguaje a la comprensión y desarrollo cognitivo del niño, así como consultarle cualquier decisión que se tome con respecto a su salud o enfermedad (asentimiento informado). Estos elementos permiten que el niño forme estructuras lógicas de empatía para con los profesionales de la salud y no se vuelva más traumática su situación al estar alejados de sus familiares o amigos, ya que les permite una comprensión más profunda de su estado y por ende poder contribuir a su autocuidado.

El modelo relaciona las acciones analógicas que implican a que el niño acuda al llamado de la enfermera libre de intimidación. La unión de los nodos por flechas indica la lógica de estructura jerárquica y sinergia de aplicación desde un marco de lógica común ya que ¿Cómo saludar sin decir el nombre cuando se les ha informado? ¿Cómo permitir la expresión libre, sin estimular el juego y la pintura? ¿Cómo considerar que el niño entiende sobre su enfermedad, cuando no se le permite buscar información y ser escuchado de forma amable y cordial? (Ver Ilustración 3. Modelo estratégico (Meso análisis)).

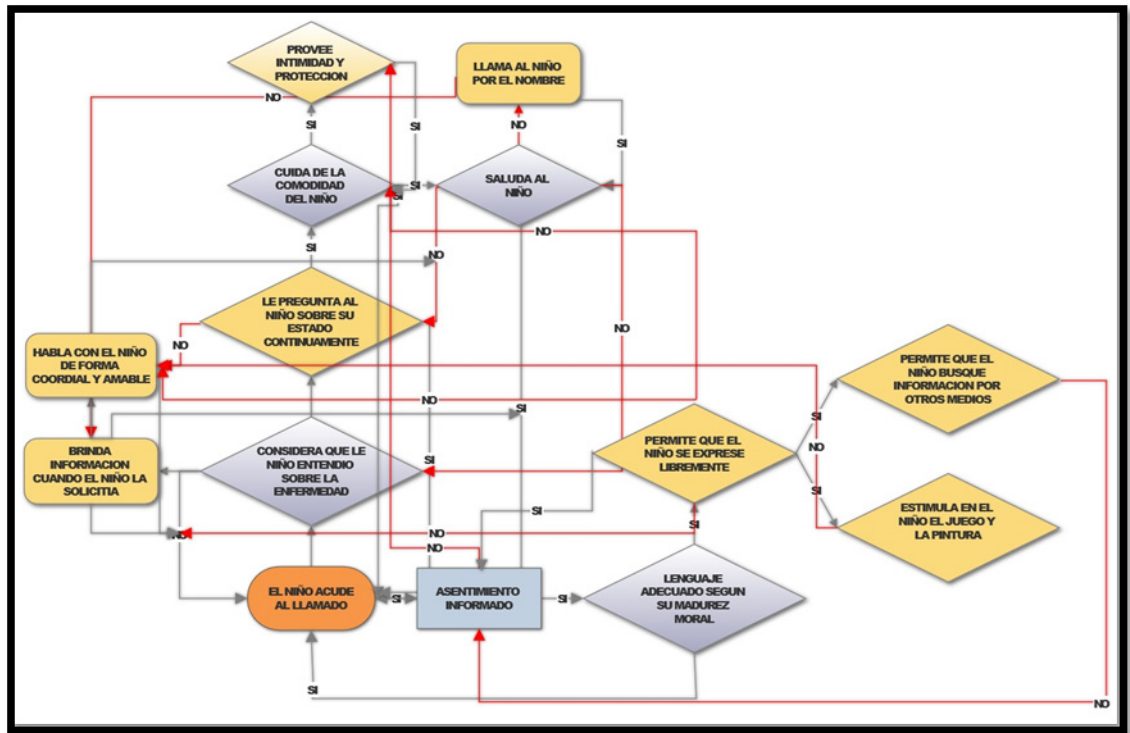


Ilustración 3. Modelo estratégico (Meso análisis).

Convención: Nodos de complementariedad: Nodos de Preparación: Nodos de Responsabilidad: Nodos de Decisión:

El modelo final muestra que en todo proceso de relación enfermera-paciente lleva una red de simbologías que se representan y describen en los axiomas de Paul Watzlawick. Desde el modelo propuesto los elementos representan dimensiones axiológicas, teleológicas y deontológicas que debe considerar la enfermera al propender por el bienestar del niño. (Ver Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para el cuidado y comunicación a pacientes pediátricos).

- *Elementos Axiológicos.* Se sumerge cada acción de la enfermera en: la atención (cuidado), la empatía, la verdad, la solidaridad, la compasión, la ternura.
- *Elementos Teleológicos.* Las acciones que buscan de manera directa o indirecta el bienestar del paciente y la familia definido por Aristóteles como la “causa final ya que son objetos de amor y deseo” (Lloyd, 2007). En este margen de ideas se encuentra por ejemplo: estimular en la medida que se pueda por la condición del paciente el juego y la pintura, ser cordial con el niño y la familia, preguntar al niño sobre sus temores y angustias, entre otros elementos.
- *Elementos Deontológicos.* edifican las buenas practicas, las cuales deben dignificar el cuidado y por ende a contribuir al desarrollo de la autonomía del niño, entre estos elementos se encontraron: el asentimiento informado como proceso de comunicación, permitirle la búsqueda de la información bajo la guía o asesoría de un profesional, brindarle intimidad y protección; así mismo como el consentimiento al igual que el asentimiento informado debe ayudar a disminuir la ansiedad y la incertidumbre en el niño y a los familiares.

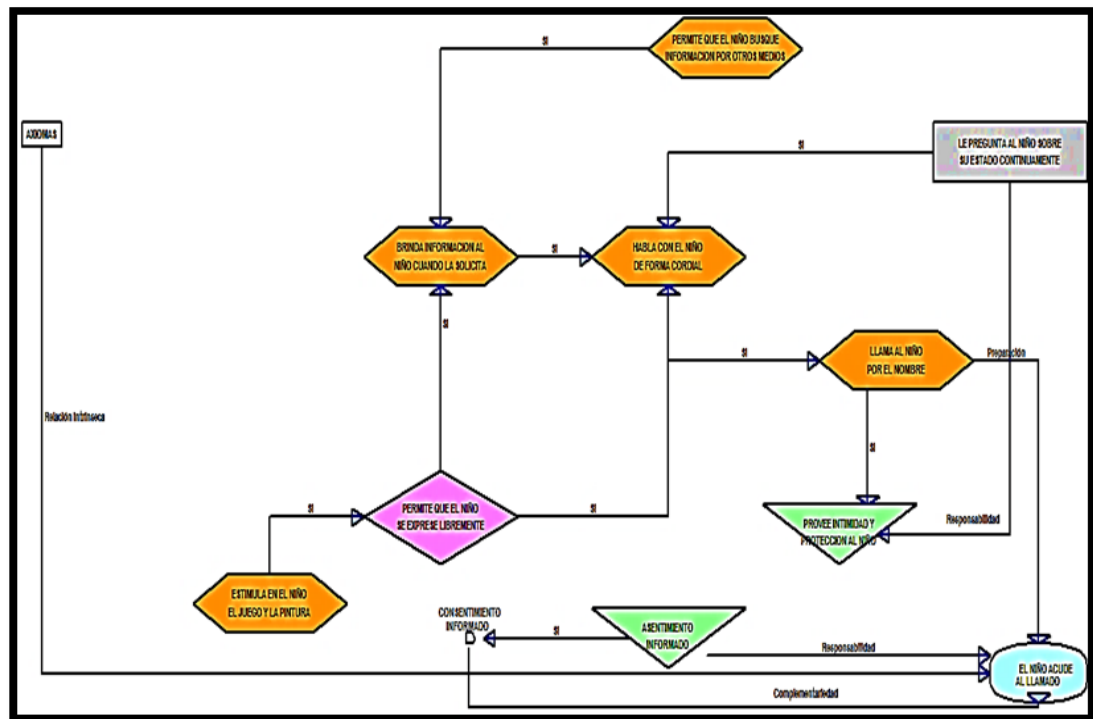


Ilustración 4. Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para el cuidado y comunicación a pacientes pediátricos

Las dimensiones (axiológicas, teleológicas y deontológicas) proyectan acciones que nutren la naturaleza de los profesionales de la salud con características humanitarias y con un alto sentido de humanización, tales como:

Actividades de preparación psicológica para que el niño acuda: Aristóteles plantea como el acudir al llamado de una vida sana, un cuerpo sano, una manzana sana, todas dicen algo distinto pero que se comprenden como algo en común que es la sanidad <<sano>> el llamado a buscar su sanidad (Lloyd, 2007; Marías, 1970). (Ver Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para el cuidado y comunicación a pacientes pediátricos).

1. *Actividades de responsabilidad:* como norma o deber de cuidar en palabras descritas por Corinne Peluchón desde Gilligan propenden por: "... escuchar su historia y su dolor, dialogando en una relación de intercambio afectivo donde se comparte una determinada visión del mundo y unos valores" (Barra Almagia, 1987; Gilligan & Utrilla, 1985; Lax, 2013; Shaffer & Velázquez Arellano, 2000), es decir, una simbología de acciones y de discursos. (Ver Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para el cuidado y comunicación a pacientes pediátricos)
2. *Actividades complementarias:* como el consentimiento informado ya que no tiene una injerencia directa en el comportamiento o aptitud del niño frente a su cuidado, lo que es de resaltar es que la tranquilidad de los padres será percibida por el niño. (Ver Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para el cuidado y comunicación a pacientes pediátricos)
3. *Actividades sinérgicas:* como aquellas que contribuyen a que las actividades de preparación y responsabilidad se realicen de forma lógica y correcta de un margen de gestión (Ver Ilustración 4. Modelo de estructura funcional para

DISCUSIÓN

Los axiomas de comunicación propuestos por Paul Watzlawick, tienen una gran relación con varias de las teorías de cuidado por propuestas por enfermeras como por ejemplo, la teoría de cuidado transpersonal propuesto por Watson. Lo cual permite entender porque algunas prácticas de las enfermeras, aunque no recibieron en su formación teorías de la comunicación, emergen en ellas estos elementos de cuidado humanizado. Así mismo, con el hecho de contribuir al desarrollo moral del menor, desde el trato por su nombre y la expresión de sus emociones, lo cual Watson expone al momento de propender por una comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana (J. Watson, 1979; M. J. Watson, 1988).

En las prácticas de las enfermeras al momento de cuidar a los niños se encontró que los axiomas de Watzlawick están inmersos en esas prácticas pero sin una estructura jerárquica ni de lenguaje y tampoco de tipo de aprendizaje. Por esto el modelo de estructura funcional planteado brinda una lógica en lo que puede ser explicado y expresado tanto por la enfermera como por el paciente. Es decir, los axiomas sumado a los parámetros de teorías como la ética del cuidado brindan al profesional un metalenguaje de cómo comunicarse y se debe cuidar al niño (Watzlawick, 1977; Arango et al., 2016; Watzlawick & Jackson, 2010).

El cuidado humanizado requiere de una continua reflexión en los elementos de comunicación e interacción social, desde las dimensiones deontológicas, axiológicas y teleológicas como fueron consideradas en la presente investigación, donde más allá de aquellas acciones o prácticas consideradas negativas como no llamar al niño por el nombre, no permitirle jugar o expresar sus temores; se expone el hecho, que los axiomas desde una estructura lógica permiten comprender un fenómeno poco estudiado pero muy importante en el marco de la atención pediátrica (Pérez et al., 2014; Silver et al., 1967; Sobo, 2004; Well et al., 1993).

La propuesta de modelo estructural de comunicación en centra en la necesidad de seguir buscando estrategias para lograr una comunicación asertiva y empática que le permita tanto a los niños como a los padres una atención centrada a las necesidades del paciente. Por ejemplo en la calidez y cordialidad en el trato personal, brindar información adecuada y suficiente con una comunicación comprensible bajo principios de respeto, confianza, confidencialidad, seguridad, entre otros valores (Oliveros-Donohue, 2015).

CONCLUSIÓN

Los axiomas propuestos por Paul Watzlawick responden a los interrogantes del

cómo debe plantearse el cuidado y la comunicación para lograr la atención y posterior cooperación del niño. Es claro, que los elementos teóricos sin una práctica en el área de la comunicación son una simple transmisión de datos, incluso a veces sin sentido.

El rigor metodológico del modelo de estructura funcional favorece al cuidado humanizado y a mejorar la comunicación, ya que uno sin el otro no se percibe. El modelo podría determinar qué elementos considerar verdaderamente importante en relación enfermera y el paciente pediátrico, y que valores éticos relacionar para lograr el fortalecimiento de la autonomía del menor para que acuda al llamado de su cuidado como la prudencia, el amor, la asertividad, la comprensión, la solidaridad, entre otros; incluso del dolor el cual también es un canal de comunicación del cual se abstrae información (Díaz Pérez et al., 2017).

No se pretende desde el modelo planteado considerar el proceso de comunicación como causa y efecto (enfermera da una instrucción y espera que el niño la cumpla), ya que como el mismo Paul Watzlawick la expone es un sistema cíclico, lo cual no significa que no existan condiciones pragmáticas de relación.

BIBLIOGRAFÍA

- Arango, M. Z., Rodríguez, A. M., Benavides, M. S., & Ubaque, S. L. (2016). Los axiomas de la comunicación humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su relación con la terapia familiar sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 33–50.
- Bach, S., & Grant, A. (2015). *Communication and interpersonal skills in nursing*. Learning Matters.
- Barra Almagia, E. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de psicología*, 19(1).
- Bautista, C. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa: Epistemología, metodología y aplicaciones*. Manual Moderno.
- Bonill de las Nieves, C. (2008). La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index de Enfermería*, 17(1), 74–75.
- de Villalobos, D., & Mercedes, M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86–95.
- Díaz Pérez, A. (2018). *Significados y prácticas durante el asentimiento informado: una mirada externa a la autonomía y desarrollo moral del menor maduro*. Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Díaz Pérez, A., Castro Gil, P., Fernández Matos, D. C., Yáñez Torregrosa, Z. I., Pinto Aragón, E. E., Mendoza Cataño, C. L., ... Serrano Lizarazu, R. (2017). *Vivencias de las mujeres durante el embarazo y el parto*. Ediciones Universidad Simón Bolívar.
- Díaz-Pérez, A., Fernández Aragón, S. P., Díaz Narváez, V. P., Fernández Beleño, A., Navarro-Quiroz, E., & Mendoza Cataño, C. L. (2018). Empathy in the Curriculum for Patient Care.
- Díaz-Pérez, A., Vega Ochoa, A. D., & Romero Oñate, Z. (2018). The Informed Consent/Assent from the Doctrine of the Mature Minor.

- Fellowes, D., Wilkinson, S., & Moore, P. (2008). Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, (2).
- García, A. A. (2004). *La ética del cuidado. Aquichan. 4 (4): 30-39, 2004*. Universidad de La Sabana.
- García Reza, C., Iniesta, C., del Carmen, M., Solano Solano, G., & Guadarrama Perez, R. (s. f.). El placer de cuidar: relato de las enfermeras quirúrgicas.
- García-Salido, A., la Calle, G. H., & González, A. S. (2018). Revisión narrativa sobre humanización en cuidados intensivos pediátricos: ¿dónde estamos? *Medicina Intensiva*.
- Gilligan, C., & Utrilla, J. J. (1985). *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica Mexico.
- Lax, A. M. (2013). La ética de la vulnerabilidad de Corine Pelluchon. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (58), 171–178.
- Lloyd, G. E. R. (2007). *Aristóteles*. Prometeo Libros Editorial.
- Maldonado, A. D. A. (2012). La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 3(2), 147–157.
- Marías, J. (1970). Ética a Nicómaco de Aristóteles. *Madrid: Instituto de Estudios Políticos*.
- Mella, O. (1998). Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa. *Santiago: CIDE*, 51.
- Oliveros-Donohue, M. Á. (2015). Humanización de la Pediatría. *Acta Médica Peruana*, 32(2), 85–90.
- Pérez, A. D., Puerta, Z. B., & Cataño, C. M. (2014). Cuidado y comunicación por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 11(2), 17–31.
- Riley, J. B. (2015). *Communication in nursing*. Elsevier Health Sciences.
- Shaffer, D. R., & Velázquez Arellano, J. A. (2000). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*.
- Sheldon, L. K., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141–147.
- Silver, H. K., Ford, L. C., & Steady, S. G. (1967). A program to increase health care for children: the pediatric nurse practitioner program. *Pediatrics*, 39(5), 756–760.
- Sobo, E. J. (2004). Pediatric nurses may misjudge parent communication preferences. *Journal of nursing care quality*, 19(3), 253–262.
- Torres, L. C., & Campos, M. G. (2010). La empatía, un sentimiento necesario en la relación enfermera-paciente. *Desarrollo Científ Enferm (Méx)*, 18(3), 120–4.
- Tseng, Y.-H., Weng, C.-S., Kuo, S.-H., Chou, F.-H., Yang, Y.-H., & Chiang, L.-C. (2015). Gender Differences? Internet use and parent–child communication about sex toward sexual attitudes among early adolescents in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 23(2), 125–134.
- Velásquez, S. T. (2017). De la ética del cuidado de sí a la propuesta crítica en foucault. *Ratio Juris*,

3(7), 67–75.

Watson, J. (1979). Nursing: The philosophy and science of caring. *Nursing administration quarterly*, 3(4), 86–87.

Watson, M. J. (1988). New dimensions of human caring theory. *Nursing science quarterly*, 1(4), 175–181.

Watzlawick, P. (1977). *How real is real?: confusion, desinformation, communication*. New York.

Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company.

Watzlawick, P., & Jackson, D. D. (2010). On human communication (1964). *Journal of Systemic Therapies*, 29(2), 53–68.

Well, E., First, F., Dignity, P., it Out, W., & Training, C. B. (1993). Children's consent to surgery. *Paediatric Nursing*, 3(10).

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA GESTANTES, MÃES E CRIANÇAS À LUZ DA VISÃO DOS EXTENSIONISTAS

Eloisa Lorenzo de Azevedo Ghersel

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Odontologia Clínica e Social – João Pessoa - PB

Amanda Azevedo Ghersel

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa - PB

Noeme Coutinho Fernandes

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba - João Pessoa – PB

Lorena Azevedo Ghersel

Universidade Federal da Paraíba, acadêmica do curso de Psicologia, João Pessoa - PB

Herbert Ghersel

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Odontologia Clínica e Social – João Pessoa - PB

RESUMO: Educação e Promoção de Saúde são temas diretamente associados a uma busca esperançosa de transformação social. Mulheres são as grandes disseminadoras de conhecimento no âmbito familiar e crianças costumam ser menos refratárias a novos conhecimentos que adultos. Este trabalho busca lançar uma luz sobre a educação em saúde para uma população vulnerável de gestantes, mães e crianças, através da visão de um grupo de participantes de um projeto de extensão multidisciplinar desenvolvido nos

ambulatórios do Hospital Universitário Lauro Wanderley (Universidade Federal da Paraíba, 2016). O objetivo é trocar experiências para propiciar a formação integral acadêmica além de contribuir com o desenvolvimento social da população através da promoção de saúde. As ações do projeto consistem em rodas de conversas através de diálogos de forma horizontalizada, dinâmicas e atividades lúdicas abordando temas que contemplam as necessidades e a prevalência das principais doenças nesta população. As impressões dos extensionistas são de que a participação neste projeto foi extremamente válida pois a vivência direta com a população contribuiu com a troca de saberes tão importante para a formação humanística de profissionais de saúde. O público alvo se mostrou participativo, receptivo e disposto a aplicar os novos conhecimentos.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Extensão Universitária; Promoção de Saúde.

ABSTRACT: Education and health promotion are issues directed linked with a hopeful pursuit of social shift. Women are the most effective radiators of knowledge into families, and children are less unamenable to news than adults. This paper aims to enlighten health education to a vulnerable population of pregnant women, mothers and children, through the vision of a group of attendants of a multidisciplinary

extension project running on a clinic of the Lauro Wanderley Hospital (Federal University of Paraíba, Brazil, 2016). The project's purpose is to share experiences to integrate the academic formation and, in addition, contribute to the social development of the population, through the health education. Project's actions are talk sessions, flat level dialogs, ludic activities and group dynamics, approaching themes that gets close to the needs and the prevalence of the main disorders in this population. The vision of the attendants is that the participation in the project was very good, once the direct experience with the people allowed the share of knowledge, so important to the humanistic shaping of the health professional. The target people were participative, receptive and ready to apply the new acquaintance.

KEYWORDS: Health education, academic extension, health promotion

1 | INTRODUÇÃO

“(...) Educação, civildade e cidadania são conceitos hoje intimamente ligados ao nível de saúde de uma população. Não há como separar a ideia de qualidade de vida – aí incluídas as necessidades básicas como saúde e segurança – de uma visão ampla de conscientização da população sobre procedimentos preventivos e curativos dos diversos males a que esta pode estar sujeita. Noções de higiene, antissepsia e o conhecimento das causas das principais doenças são, por si só, fatores que minimizam seu aparecimento ou, na pior das hipóteses, sua morbidade” (Ghersel *et al.*, 2010)

As mudanças nos parâmetros epidemiológicos e no próprio modelo de prestação de serviços fazem com que a saúde enfrente novos desafios. Muitas doenças infecciosas, incluindo as doenças bucais, chamadas comportamentais, são frutos da falta de acesso à educação e à saúde infligida pela desigualdade social, atingindo com especial severidade aos mais pobres e aos que são vítimas de desvantagens físicas, psíquicas, sociais ou mesmo decorrentes da idade, impactando negativamente sua qualidade de vida (Pinto, 2013). Esta disparidade social faz com que haja um expressivo desnível entre pessoas no que se refere ao alcance a bens essenciais para a sobrevivência, entre as quais se inclui o acesso a serviços básicos de saúde (Bellini e Pinto, 1997). Em 2017, Staudt e Silva destacam a importância de as universidades oferecerem aos acadêmicos práticas pedagógicas destinadas à promoção da igualdade social, da cidadania e dos direitos humanos a partir da desconstrução de representações negativas de minorias sociais.

A crise da economia capitalista de âmbito internacional e do Estado tem gerado demandas crescentes de necessidades a serem resolvidas com recursos cada vez mais escassos e, no setor da saúde, estas questões se fazem muito presentes. Assim, a busca de iniciativas e parcerias com organizações nacionais e internacionais tem gerado caminhos alternativos, tanto políticos quanto metodológicos e organizativo. O Ministério da Educação e Cultura (MEC) através da reforma Universitária em 1970 e da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação estabeleceu critérios para a formação do perfil do novo profissional de saúde formado pelas Instituições Federais

de Ensino Superior (IFES). As Instituições de Ensino Superior devem capacitar o aluno, não apenas técnico-cientificamente, mas formar o profissional com capacidade de exercer a sua função social de cidadania e ética, inserindo-se no modelo de estruturação da saúde voltado para o SUS, atendendo a demanda da população (Costa, 2007; Martins, Ghersel e Ghersel, 2017).

2 | A UNIVERSIDADE E A EXTENSÃO

A Universidade, através de sua tríade fundamental ensino, pesquisa e extensão, além de formar profissionais, deve cumprir seu papel social e integrar-se em seu ambiente, identificar-se com seus problemas e influir na transformação da sociedade (Bordenave e Pereira, 2002).

O projeto de extensão multidisciplinar “Promoção de saúde para gestantes, mães e crianças atendidas no HULW/UFPB” - Hospital Universitário Lauro Wanderley/ Universidade Federal da Paraíba - é integrado por professores e acadêmicos de diversos cursos da área da saúde da UFPB e de outras instituições e se justifica através da constatação da necessidade de orientação de medidas simples e preventivas que possam contribuir com a qualidade de vida das pessoas, além de oferecer ao acadêmico uma prática que complemente sua formação. Tem dois objetivos principais: o primeiro é o didático-pedagógico que visa inserir o estudante em um ambiente fora da sala de aula para que possa interagir em equipe com a comunidade, aplicar os conhecimentos adquiridos na graduação, observar questionamentos e necessidades para geração de pesquisas, portanto colaborar com a formação integral dos estudantes. O segundo foco é contribuir com o desenvolvimento social de uma população carente e vulnerável levando a educação em saúde com vistas à prevenção à criança, ou seja, trabalhar as pessoas em uma fase em que doenças possam ser evitadas.

O ambulatório do HULW/UFPB, entre outras especialidades, atende gestantes que apresentam gravidez de alto risco e risco habitual, puérperas e crianças. A ideia é trabalhar a promoção de saúde com esta população levando informações que possam melhorar as condições de saúde e conseqüentemente a qualidade de vida.

Este trabalho busca lançar uma luz sobre a educação em saúde para um grupo vulnerável de gestantes, mães e crianças, através da visão de extensionistas. O objetivo principal do projeto de extensão é promover a troca de experiências para contribuir com a formação integral acadêmica além de colaborar com o desenvolvimento social da população através da promoção de saúde.

3 | METODOLOGIA

O presente estudo é classificado como descritivo, de abordagem qualitativa. O Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado no município de João Pessoa/PB,

é considerado campo de prática de estudantes da área de saúde da Universidade Federal da Paraíba e um dos centros de referência estadual para atendimento de casos de gravidez de alto risco e risco habitual, puérperas e pediatria, cenário em que o projeto de extensão “Promoção de saúde para gestantes, mães e crianças atendidas no HULW/UFPB” se insere. A participação em projetos de extensão e pesquisa na UFPB é aberta a alunos, professores e técnicos-administrativos da própria e de outras instituições.

O projeto está vinculado ao Programa de Bolsas de Extensão - PROBEX que é mantido com recursos próprios da UFPB, é desenvolvido anualmente e tem o propósito de contribuir para a formação acadêmica dos estudantes dos cursos de graduação e das escolas técnicas partir da experiência em ações de extensão universitária. Como o próprio título sugere, o projeto consiste em trabalhar ações de promoção de saúde com gestantes, mães/acompanhantes e crianças nos ambulatórios do referido hospital. Iniciou em 2010 e a experiência adquirida até o presente momento tem contribuído para o seu aprimoramento; tornou-se multidisciplinar e é articulado com o ensino e pesquisa. Tem gerado diversas pesquisas, artigos científicos, apresentações em eventos, trabalhos de conclusão de curso, entre outros.

Em 2016, o grupo de extensionistas foi composto por 7 professores do curso de Odontologia, duas técnicas administrativas e o total de 50 acadêmicos distribuídos entre os cursos de Medicina, Odontologia, Nutrição e Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Os estudantes são divididos equipes, de acordo com sua disponibilidade de horário, devendo cada um cumprir 4 horas semanais com as atividades do projeto. As ações acontecem diariamente e os grupos se revezam nos ambulatórios de pré-natal, puericultura e pediatria. Cada semana, sob a orientação dos professores, um aluno lidera as práticas.

As ações desenvolvidas são programadas por todos os envolvidos. Para o planejamento são feitas reuniões com todos os participantes, incluindo o público alvo. Durante o andamento do projeto, são feitas reuniões quinzenais com os extensionistas e representantes da comunidade para discussão dos resultados, críticas e sugestões. O processo de avaliação é feito por entrevista direta ao público e junto aos extensionistas. Portanto, a comunidade é ouvida em todo o processo, desde o planejamento, desenvolvimento até a avaliação.

A abordagem da população é baseada na metodologia proposta por FREIRE (1987), cuja principal ferramenta é a troca de experiências e educação popular, assim como na proposta de GUERREIRO *et al.* (2014), que sugerem que os encontros, as rodas de conversa e as dinâmicas sejam desenvolvidas de forma horizontalizadas, que as práticas ocorram numa perspectiva dialógica, pautada na troca de saberes e compartilhamento de opiniões.

Como instrumentos didáticos são utilizados álbuns seriados, panfletos educativos, materiais lúdicos para as crianças – confeccionados pelos próprios extensionistas – além de macro modelos e escovas dentais. Segundo Moura, Silva e Biffi (2006), a utilização

de recursos didáticos como fotos, xerox, dinâmicas, desenhos e cartazes, possibilitam a visualização e memorização dos pontos discutidos, deixam a apresentação mais clara e dinâmica e facilitam a captação da informação.

A fim de investigar a visão dos extensionistas acerca de sua participação e o reflexo desta no público alvo, foram realizadas entrevistas com os extensionistas, dando-lhes total liberdade para expressar suas impressões, anseios, dificuldades e descobertas ocorridas durante os trabalhos. As entrevistas foram concedidas livremente, depois da assinatura do TCLE concedendo o direito de uso dos dados obtidos.

4 | RESULTADOS E ANÁLISES

De acordo com a definição do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras (2000):

“(...) a indissociabilidade entre as atividades de extensão, ensino e pesquisa é fundamental no fazer acadêmico. A relação entre o ensino e a extensão supõe transformações no processo pedagógico, pois professores e alunos constituem-se como sujeitos do ato de ensinar e aprender, levando à socialização do saber acadêmico. A relação entre extensão e pesquisa ocorre no momento em que a produção do conhecimento é capaz de contribuir para a melhoria das condições de vida da população. A extensão, como ação que viabiliza a interação entre a universidade e a sociedade, constitui elemento capaz de operacionalizar a relação teoria/prática, promovendo a troca entre os saberes acadêmico e popular”.

Pereira *et al.* (2015), destacam a importância da pesquisa de campo para o fortalecimento das ações extensionistas, reforçando a relevância dos três pilares universitários. Frente a estas questões, o projeto em cena procura se inserir oferecendo ao estudante a possibilidade de consolidar a tríade universitária – ensino, pesquisa e extensão - uma vez que o contato direto com a sociedade promove a troca de saberes - ensino e extensão - e, diante de dúvidas e questionamentos, desperta o interesse pela pesquisa.

As atividades ocorrem enquanto os pacientes aguardam a consulta médica, o que é uma excelente oportunidade de comunicação. O tempo de espera torna-se um aliado para o desenvolvimento de diversas atividades, pois as pessoas estão ociosas, irritadas, inquietas e cansadas na expectativa pelo atendimento. Para Teixeira e Veloso (2006) a implementação de atividades educativas na sala de espera do ambulatório garante um cuidado humanizado, promove a aproximação entre a população e os serviços de saúde, o conhecimento da dinâmica ambulatorial, além de mascarar a demora, levar informações úteis, sanar dúvidas, amenizar as angústias e proporcionar mais segurança e confiança aos pacientes.

GUERREIRO *et al.* (2014) enfatizaram a importância da associação entre as ações educativas e o compartilhamento de práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o profissional de saúde exerce seu papel de cuidador e educador, agregando seus conhecimentos ao saber-fazer popular. Desta forma, os

extensionistas, foram orientados a buscar uma integração à comunidade de forma que o conhecimento não fosse imposto, mas sim partilhado. Para isso é importante saber ouvir e mesclar o conhecimento científico ao popular respeitando as bases culturais da comunidade.

Como nas equipes há a presença de alunos de diferentes cursos concomitantemente, e os acadêmicos tratam questões relacionadas à sua área de graduação, a troca de saberes se dá entre estudantes-estudantes, estudantes-comunidade e comunidade-estudantes. Assim, com o desenvolvimento do projeto foi possível perceber que muitas pessoas ouviam e participavam ativamente dos temas abordados, sentiam a necessidade de compartilhar suas experiências, expunham suas dúvidas e questionamentos, esforçavam-se para absorver as informações repassadas e propuseram-se a divulgar as informações em seu núcleo social. Conseqüentemente, para os estudantes, esses momentos foram bastante enriquecedores porque aprendiam a escutar os pacientes, ouvir suas queixas, suas vivências, tendo esta experiência contribuído sobremaneira para o desenvolvimento da empatia, uma qualidade absolutamente imprescindível aos profissionais de saúde. Segundo Miranda (2002), as dinâmicas de grupo geram aprendizados de várias formas aos seus integrantes, tanto na vivência pessoal como na interpessoal. Esta linha de raciocínio pode ser confirmada por Andrade *et al.* (2016), que demonstraram a importância da extensão universitária multidisciplinar junto à comunidade em diversos aspectos, porém todos com o objetivo de contribuir com a conscientização e melhoria na saúde das pessoas envolvidas.

O impacto desta prática vivida na condição de extensionistas foi muito além da aquisição de novos conhecimentos, promoveu mudanças de comportamento tanto acadêmico quanto da comunidade. De acordo com FREIRE (2007), a valorização do conhecimento do estudante desenvolve sua autonomia tornando-o capaz de transformar a si mesmo e a sua realidade. Nessa vivência, pode-se observar que este projeto contribuiu para aumentar a autoconfiança dos estudantes nas apresentações, sendo importante para o aprendizado de liderar e direcionar as ações em equipe junto ao público. Também foi significativo para o desenvolvimento da autocrítica e da resiliência. Ademais diante de perguntas inusitadas, o aluno deveria estar preparado para respostas efetivas e convincentes, que além de compelir a busca constante por novos conhecimentos, estimulava o raciocínio lógico. Além disso, os extensionistas se sentiam eficientes em seus propósitos uma vez que havia devolutiva positiva da população que demonstrava estar aberta a novos aprendizados e expressava palavras de gratidão. Os temas foram escolhidos cuidadosamente de acordo com as principais dúvidas e necessidades de maneira que os assuntos despertassem interesse e, conseqüentemente, mudança de comportamento. Esta experiência corrobora com Ogushi e Bardagi (2015), quando diz que a Universidade deve promover a formação integral de seus alunos preparando-os para a atuação profissional responsável e consciente, para isso é necessário que as instituições se organizem politicamente

para oferecer apoio e serviços efetivos aos acadêmicos. Afirmam ainda que

“(...) a instituição tem papel fundamental na promoção de um ambiente que possibilite maior confiança ao estudante, estimulando-o ao desenvolvimento e ao gerenciamento satisfatório dos inúmeros desafios com os quais se depara ao ingressar na vida universitária.”

Da mesma forma, na concepção de Paulo Freire (1996), formar homens e mulheres conscientes de seus direitos e deveres para com a sociedade significa torná-los sabedores de sua força e de que são, também, produtores de conhecimentos e de mudanças. Este pensamento é reforçado por Carvalho (2011), quando consolida a experiência da socialização do conhecimento e do fazer coletivo, destacando a importância imanente do ato de ensinar e aprender

Contudo, apesar das experiências positivas vivenciadas durante o processo, foram levantadas algumas limitações, principalmente no tocante ao espaço físico. As atividades são desenvolvidas em salas comunitárias e em corredores, onde muitas vezes o barulho pode atrapalhar a comunicação. Em alguns momentos os extensionistas tinham que abordar pequenos grupos de pacientes separadamente, para que todos pudessem participar efetivamente da atividade educativa. Tal situação corrobora com o estudo de Sobreira, Vasconcellos e Portela (2012), que também relaciona o ambiente e a interferência à qualidade da informação captada.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivida pelos acadêmicos no projeto extensão em cena foi extremamente relevante porque, além de complementar sua formação integral congregando o ensino, a extensão e a pesquisa e promover a troca de aprendizado, ainda possibilitou o entendimento da dinâmica ambulatorial, a desenvoltura da fala em público, liderança, trabalho em equipe, e sobretudo o desenvolvimento da empatia – competência emocional imprescindível aos profissionais de saúde. Em relação à comunidade, através de observação direta e de pesquisas, foi possível constatar que as pessoas ouviam e participavam ativamente dos temas abordados, sentiam a necessidade de compartilhar suas experiências, expunham suas dúvidas e questionamentos, esforçavam-se para absorver as informações e se propuseram a aplicar os novos conhecimentos em seu núcleo social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. C. G. B. *et al.* Relato de experiência de extensão no cuidado da saúde de familiares, cuidadores e indivíduos com Síndrome de Down. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 13, n. 24, p. 116, 23 dez. 2016.

BELLINI, H.; PINTO, V. G. Delivery of oral health care and implications for future planning. *In*: PINE, C. (Ed.). **Community oral health**. Oxford: Wright, 1997. p. 291–297.

- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.
- CARVALHO, B. S. **A educação de jovens e adultos no município de João Pessoa**. [s.l.] Editora Universitária da UFPB, 2011.
- COSTA, I. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. **Rev. ABENO**, v. 7, n. 2, p. 122–129, 2007.
- Fórum nacional de pró-reitores de extensão das universidades públicas brasileiras; Avaliação nacional da extensão universitária - pressupostos, indicadores e aspectos metodológicos**. , 2000. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/extensao/files/file/colecao_extensao_univeristaria/colecao_extensao_universitaria_3_avaliacao.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- _____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz, 1996.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. [s.l.] Paz e Terra, 2007.
- GHERSEL, E. *et al.* **Educação em Saúde Bucal para Gestantes Atendidas no HU-UFPB**, 2010. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/XIIENEX_XIIIENID/ENEX/PROBEX/Completos/6/6CCSDCOSPE06.doc>
- GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puerperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13–21, 2014.
- MARTINS, M. H. P. A.; GHERSEL, E. L. A.; GHERSEL, H. Identificação dos principais problemas em gestação de risco para nortear ações preventivas. **Ciência & Saúde**, v. 10, n. 1, p. 18, 23 fev. 2017.
- MIRANDA, S. DE. **Oficina de Dinâmica de Grupos**. Campinas: Papirus Editora, 2002.
- MOURA, A. A. DE; SILVA, D. C.; BIFFI, E. F. DE A. Relato de experiência sobre o projeto lar de veneranda – contribuindo para a formação do enfermeiro. **Revista de Educação Popular**, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2006.
- OGUSHI, M. M. P.; BARDAGI, M. P. Reflexões sobre a relação estudante-universidade a partir de uma experiência de atendimento em orientação profissional. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 12, n. 19, p. 33, 13 ago. 2015.
- PEREIRA, L. M. *et al.* RELATO DE EXPERIÊNCIA: A PESQUISA DE CAMPO NO ÂMBITO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. **Revista Intercâmbio**, v. 6, n. 0, p. 149-155, 29 dez. 2015.
- PINTO, V. **Saúde Bucal Coletiva**. 6. ed. São Paulo: Editora Santos, 2013.
- SOBREIRA, P. G. P.; VASCONCELLOS, M. T. L.; PORTELA, M. C. Avaliação do processo de aconselhamento pré-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) no Estado do Rio de Janeiro: a percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3099–3113, 2012.
- STAUDT, J. L.; SILVA, A. L. DOS S. A promoção dos direitos humanos em uma instituição de ensino superior: relato de experiência do Projeto Diversidade. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 14, n. 25, p. 124, 14 jun. 2017.
- TEIXEIRA, E.; VELOSO, R. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FARMÁCIA CLÍNICA: UM RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO NA GRADUAÇÃO

Ana Valeska Costa Vasconcelos

Centro Universitário INTA (UNINTA)

Alana Sales Cavalcante

Centro Universitário INTA (UNINTA)

Ianna Vasconcelos Feijão

Centro Universitário INTA (UNINTA)

Ingrid Freire Silva

Centro Universitário INTA (UNINTA)

RESUMO: A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. Este trabalho relata a experiência de desenvolvimento de material de educação em saúde durante a graduação. Foi elaborado por três acadêmicas durante a disciplina de Assistência Farmacêutica do curso de Bacharelado Farmácia de um Centro Universitário do interior do Ceará. O folder foi desenvolvido com base em pesquisas e informações obtidas da plataforma online da Sociedade Brasileira para Estudo da dor (SBED), priorizando uma linguagem popular e de fácil compreensão para a população. Para a produção do material, foi necessário retomar conhecimentos acerca do tema, considerando o desafio da comunicação não verbal. No decorrer da elaboração do folder, foi

possível desenvolver habilidades relacionadas as atribuições clínicas do farmacêutico, aprimorando conhecimentos quanto ao assunto e sua aplicabilidade junto à população. Os maiores desafios foram estabelecer as prioridades durante a síntese de informações e a produção de um material com conteúdo ilustrativo, atrativo e de fácil compreensão para o público em geral. Observou-se a necessidade de maior investimento docente no estímulo aos discentes na elaboração de materiais e campanhas educativas que visem a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tendo em vista o impacto positivo dos mesmos sobre a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Dor, Assistência Farmacêutica, Educação em saúde

HEALTH EDUCATION AND CLINICAL PHARMACY: A REPORT ON THE CONSTRUCTION OF EDUCATIONAL MATERIAL IN THE GRADUATION

ABSTRACT: Pain has been conceptualized by the International Association for the Study of Pain (IASP) as “an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such injuries.” This paper reports the experience of developing health education

material during graduation. It was elaborated by three academics during the discipline of Pharmaceutical Assistance of the course of Pharmacy Bachelor of a University Center of the interior of Ceará. The folder was developed based on research and information obtained from the online platform of the Brazilian Society for the Study of Pain (SBED), prioritizing a popular language and easy to understand for the population. For the production of the material, it was necessary to resume knowledge about the subject, considering the non-verbal communication challenge. During the elaboration of the folder, it was possible to develop skills related to the clinical assignments of the pharmacist, improving knowledge about the subject and its applicability to the population. The major challenges were to establish priorities during the synthesis of information and the production of a material with illustrative content, attractive and easy to understand for the general public. It was observed the need for greater teacher investment in stimulating students in the elaboration of materials and educational campaigns aimed at health promotion and prevention of diseases and diseases, in view of their positive impact on the health of the population.

KEYWORDS: Pain, Pharmaceutical Care, Health Education

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões. Entende-se que a dor, apesar de indesejável, está presente no dia a dia das pessoas, apresentando-se em diferentes intensidades, ocasionando assim a busca por meios ou medicamentos para alívio de forma inadequada.

A educação em sua saúde deve ser compreendida como meio para prevenção, devendo ter como objetivo melhorar a qualidade de vida população. Além disso, a educação em saúde deve estar voltada e a atender a realidade da população alvo, de forma a levar informação e alcançar a saúde por meio também do autocuidado (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

De acordo com Santos, Monteiro e Rozemberg (2009), a educação em saúde é um importante meio de comunicação para o conhecimento sobre a doença, estreitando a relação entre a equipe de saúde e os pacientes.

Os materiais educativos elaborados por profissionais da área da saúde, como folders, cartilhas e manuais de cuidado em saúde, promovem resultados positivos para os usuários do sistema, porém, para atingir um bom resultado, esses materiais devem apresentar conteúdo didático, para facilitar o entendimento dos pacientes (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

No que diz respeito à formação acadêmica, a elaboração de materiais educativos é importante, pois além de ajudar na compreensão da fisiopatologia e de como se deve intervir, é também importante para fortalecer as habilidades de comunicação profissional de saúde-paciente e a orientação acerca do autocuidado.

Dentre as áreas de atuação da profissão farmacêutica, a Farmácia Clínica é um campo que possibilita ao farmacêutico o desenvolvimento de ações voltadas para o tratamento e alívio da dor, através dos cuidados com o paciente e a promoção do uso racional de medicamentos, levando à população um atendimento acessível e de fácil compreensão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Como ressalta Kulkamp, Barbosa e Bianchini (2008), ao dizer que Farmacêuticos Clínicos compreendem o funcionamento da escala analgésica, além de possuírem amplo conhecimento sobre os medicamentos para tratar a dor e seus respectivos mecanismos de ação.

Diante do exposto, o presente trabalho discute a importância da elaboração de material didático, do tipo folder, desenvolvido durante a graduação, para melhor diálogo e entendimento da população, priorizando uma linguagem fácil e o uso de imagem, além de enfatizar a importância do uso racional de medicamentos e ressaltar a necessidade do estímulo aos discentes para elaboração de materiais e campanhas educativas que visem a promoção da saúde e prevenção de doenças.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado por três acadêmicas durante a disciplina de Assistência Farmacêutica do curso de Bacharelado Farmácia de um Centro Universitário do interior do Ceará, sendo válido como parte de uma avaliação parcial.

O desafio posto foi o desenvolvimento de um folder que pudesse ser utilizado como meio de orientação, promoção da saúde e uso racional de medicamentos relacionados à dor em uma clínica escola.

O folder foi desenvolvido com base em pesquisas e informações obtidas da plataforma online da Sociedade Brasileira para Estudo da dor (SBED), priorizando uma linguagem popular e de fácil compreensão para a população.

3 | RESULTADOS

Para a produção do material, foi necessário retomar conhecimentos acerca do tema, bem como aprofundar em aspectos que não haviam sido estudados ainda e considerando o desafio da comunicação não verbal.

As pesquisas fomentaram o conhecimento acerca das diferentes origens da dor, suas repercussões na vida das pessoas e as estratégias analgésicas mais utilizadas, auxiliando na busca por alternativas para minimizar o sofrimento de forma clara e segura e incentivando as pessoas a buscarem orientação profissional.

Apesar de ter sido percebida, inicialmente, como uma atividade simples, ao longo de seu desenvolvimento, mostrou-se desafiadora e construtivista para a formação do farmacêutico na prática clínica, reforçando a importância da inserção de metodologias ativas na construção do conhecimento.

Quando levado ao público, a adesão foi imediata, sendo bem aceito e debatido de forma didática entre os pacientes e os acadêmicos, tendo estes últimos a oportunidade de tirar as dúvidas da população à cerca do assunto. Além disso, os pacientes demonstraram interesse em saber mais tanto sobre a dor de modo geral, como sobre os riscos da automedicação, além de verbalizarem o interesse em realizar as medidas não farmacológicas expressas no folder para amenizar a dor, o qual está exposto nas figuras 1 e 2.



Figura 1: Primeira parte do folder elaborado durante a graduação sobre a dor

Fonte: Autoria própria.



Figura 2: Segunda parte do folder elaborado durante a graduação sobre a dor

Fonte: Autoria própria.

4 | DISCUSSÃO

No decorrer da elaboração do folder, foi possível desenvolver habilidades relacionadas às atribuições clínicas do farmacêutico, aprimorando conhecimentos quanto ao assunto e sua aplicabilidade junto à população.

O desenvolvimento de materiais educativos em saúde requer a interação entre o profissional de saúde e o paciente, tendo em vista que esse tipo de metodologia leva à promoção da saúde (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). Assim, pode-se afirmar que é primordial que seja estabelecido um vínculo profissional-paciente, de forma que, uma vez estabelecida essa confiança o acompanhamento do profissional se faz mais eficaz, com uma maior adesão ao tratamento por parte do paciente.

Os maiores desafios encontrados foram quanto ao estabelecimento de prioridades durante a síntese de informações e a produção de um material com conteúdo ilustrativo, atrativo e de fácil compreensão para o público em geral, considerando o fato de, além de ser uma experiência inédita para as estudantes, precisaram colocar-se no lugar de paciente, como forma de entender o que para eles seria mais importante e o que lhes despertaria maior interesse em relação ao assunto exposto.

De acordo com Echer (2005), a elaboração de materiais didáticos utilizados na saúde facilitam o trabalho da equipe multidisciplinar de saúde em relação aos pacientes e seus cuidadores no que se refere ao tratamento, recuperação e autocuidado. Esses tipos de instrumento facilita e uniformiza as orientações a serem realizadas no âmbito da saúde, além de auxiliar os pacientes no sentido de compreender o processo saúde-doença e obter boa recuperação.

Porém, é importante enfatizar que o material desenvolvido deve ser utilizado apenas como instrumento de apoio disponível ao paciente (ARAÚJO, 2006). Assim, é primordial que os pacientes recebam acompanhamento médico, considerando que o folder e demais materiais trazem apenas medidas não farmacológicas, no caso, para amenizar a dor, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e melhorar a qualidade de vida da população alvo.

5 | CONCLUSÃO

Observou-se a necessidade de maior investimento docente no estímulo aos discentes na elaboração de materiais e campanhas educativas que visem a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tendo em vista o impacto positivo dos mesmos sobre a saúde da população.

Além disso, foi de bastante valia quanto ao aprimoramento dos conhecimentos na área da Farmácia Clínica e produção de materiais educativos utilizando linguagem não verbal.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. p. 49 – 69. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: Interfaces com o campo da saúde. 20.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 5, p. 754 – 757, 2005.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **Dor Aguda**. 2018. Disponível em: <https://www.iasppain.org/SIG/AcutePain?navItemNumber=5262>. Acesso em: 22 mar. 2019.

KULKAMP, I. C.; BARBOSA, C. G.; BIANCHINI, K. C. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 13, n. sup. p. 721 – 731, 2008.

OLIVEIRA, H. M. de.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 57, n. 6, p. 761 – 763, 2004.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K., GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 1 – 8, 2012.

SANTOS, A. K.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 4, p. 857 – 867, 2009.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA VISÃO DE PESSOAS COM DIABETES: NOTA PRÉVIA

Prisciane Cardoso Silva

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Aline Campelo Pintanel

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Marina Soares Mota

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Márcia Marcos de Lara

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Suelen Gonçalves de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Juliana Corrêa Lopresti

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Rochele Maria Zugno

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Caroline Bettanzos Amorim

Universidade Federal do Rio Grande
Rio Grande – Rio Grande do Sul

Evelyn de Castro Roballo

Universidade Federal de Pelotas
Rio Grande – Rio Grande do Sul

como os usuários percebem o processo de Educação em Saúde no Centro Integrado do Diabetes e conhecer a visão dos mesmos acerca de Educação em Saúde e as técnicas utilizadas no referido centro. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de caráter qualitativo realizado com 25 pessoas com diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 e 2. A coleta de dados se deu no segundo semestre de 2017, por meio de roteiro de entrevista semiestruturada. A análise dos dados obtidos foi realizada através de Análise Temática. Como resultado foi gerada uma categoria referente ao conhecimento das pessoas com diabetes *mellitus* acerca do seu transtorno metabólico. Destaca-se a importância da Educação em Saúde para as práticas cotidianas na enfermagem, sendo um método eficaz para que a adesão de hábitos saudáveis pela população, ao mesmo tempo em que proporciona visibilidade à enfermagem como parte da equipe multidisciplinar de saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Diabetes *Mellitus*. Educação em Saúde.

HEALTH EDUCATION IN THE VISION OF PEOPLE WITH DIABETES: PRIOR NOTE

ABSTRACT: This study aims to identify how users perceive the process of Health Education in the Integrated Diabetes Center and know their vision about Health Education and the

RESUMO: O estudo tem por objetivo identificar

techniques used in this center. This is an exploratory, descriptive study of a qualitative character performed with 25 people diagnosed with type 1 and type 2 diabetes mellitus. Data collection took place in the second half of 2017, through a semi-structured interview script. The analysis of the data obtained was performed through thematic analysis. As a result, a category has been generated regarding the knowledge of people with diabetes mellitus about their metabolic disorder. It is important to highlight the importance of Health Education for daily practices in nursing, being an effective method for adhering to healthy habits by the population, while providing nursing visibility as part of the multidisciplinary health team.

KEYWORDS: Nursing. Diabetes Mellitus. Health education.

1 | INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma associação diversa de disfunções metabólicas de etiologia múltipla, que levam à hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. Esta disfunção decorre por ausência, deficiência e/ou resistência periférica à ação da insulina, sintetizado pelas células betapancreáticas (DIAS, SOARES, RESENDE, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2014).

Estima-se que haja 382 milhões de pessoas no mundo com diabetes. De acordo com a Internacional Diabetes Federation (IDF), no Brasil a ocorrência do DM na população com idades compreendidas entre 20 e 79 anos é de 8,7%, o que representa 11,6 milhões de casos, posicionando o país em quarto lugar no mundo em número de diabéticos (SBD, 2014; IDF 2015).

O DM é também uma das principais causas de incapacitação precoce, cegueira entre adultos em idade ativa, doença renal terminal e amputações não traumáticas de membros. Ainda aumenta o risco de doenças cardíacas, cerebral e vascular periférica, e contribui para a morbimortalidade neonatal (INZUCCHI, SHERWIN, 2014).

Para Machado et al (2015), as pessoas com DM carecem de acompanhamento contínuo e integral, obtendo apoio profissional qualificado de modo individualizado. No caso destas pessoas, é de suma importância o respeito às características socioculturais, econômicas e psicológicas, em um processo de Educação em Saúde (ES).

A partir do diagnóstico de DM, a pessoa precisa passar por mudanças na sua rotina, implicando em ajustar-se a novos hábitos e cuidados para o controle da glicemia, a fim de manter sua saúde. Sabe-se que o DM, assim como muitas doenças crônicas, requer uma intervenção constante não só medicamentosa, mas também baseada na troca de informações, acompanhamentos e orientações junto à comunidade, para alcançar maior resolutividade no tratamento (TADDEO et al., 2012).

No pensamento Freiriano, a educação destina-se a formar a consciência crítica e a autonomia. Requer a escuta ativa e o diálogo aberto e igual, já que o objetivo final da educação não é apenas uma compreensão da informação, mas incentivar as pessoas

a definir os seus próprios problemas, encontrar as soluções para si e lidar com eles de forma eficaz, mesmo sob o aspecto emocional (FREIRE, 2011).

Desta forma, é imprescindível o acesso a informações e orientações que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, favoreçam a terapia medicamentosa e não medicamentosa, e instiguem o paciente a adquirir as habilidades e atitudes necessárias para o autocuidado consciente e autônomo (TORRES et. al, 2011). A ES se torna ainda mais eficiente quando é baseada no diálogo e na troca de saberes científico e popular, o que auxilia as pessoas a atuarem de forma ativa no processo saúde-doença (COSTA et. al, 2011).

Conceitua-se a ES como a construção de saberes que, através do diálogo entre profissionais e usuários, promovam autonomia e autocuidado, possibilitando ainda, um debate entre população, gestores e trabalhadores (BRASIL, 2009). Sendo assim, é necessário que se tenha conhecimentos atualizados acerca da doença, habilidades pedagógicas, comunicação efetiva, escuta e compreensão, assim como a utilização de estratégias que reduzam as barreiras e permitam um atendimento de qualidade ao indivíduo (MATOS & PIRES, 2009; ALBUQUERQUE et al., 2009).

A ES se mostra como uma ferramenta que visa o atendimento integral ao indivíduo, já que por meio dela, se gera oportunidades para a reflexão das práticas em saúde e constitui um dos pilares da promoção da saúde (MOURA & NOGUEIRA, 2013). Sendo assim, o enfermeiro que atende pessoas com DM, necessita constantemente refletir sobre as ações educativas a fim de incentivar o autocuidado, procurando desenvolver habilidades, admitir suas dificuldades e limitações, permitindo melhorar a prática educativa para o autocuidado do paciente. Assim, o enfermeiro passa a ser um favorecedor e conscientizador dos sujeitos sobre o modo que vivem e as implicações de suas escolhas para a saúde (SOUSA, 2010).

Segundo Freire (2011), “a mudança não acontece apenas pela apreensão de um novo saber, mas no agir e refletir, que podem levar a uma nova forma de viver”. Portanto, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam os pacientes como sujeitos atuantes na sua própria saúde e aptos para realizar mudanças em suas vidas, pois, quando as pessoas compreendem a sua realidade, são capazes de pensar em soluções para transformá-la. (FREIRE, 2011). As ações educativas incentivam as os indivíduos a refletirem sobre o adoecimento e, então, escolher um caminho terapêutico que se adeque ao seu cotidiano, de acordo com os riscos e benefícios (TORRES et al., 2011).

Neste contexto, se torna essencial que o enfermeiro trace seu atendimento baseado em estratégias educadoras, inserindo assim, a ES em sua atuação. Desta forma, se estabelece uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e cliente, na qual se busca conscientizar o paciente sobre sua situação de saúde-doença bem como fazê-lo perceber-se como sujeito de transformação de sua própria vida (SOUSA et al., 2010).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, realizado no Centro Integrado do Diabetes (CID) do Hospital Universitário Miguel Riet Correa Jr. (HU/FURG). Foram incluídas na pesquisa, pessoas com tempo de diagnóstico de diabetes *mellitus* 1 (DM1) ou diabetes *mellitus* 2 (DM2) ≥ 1 ano; com idade ≥ 18 anos; que realizavam consultas de enfermagem no CID. Foram excluídas as pessoas que estavam em internação hospitalar ou afastadas do CID no período da coleta dos dados e pessoas que não assinaram o termo de consentimento para participação da pesquisa.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS – FURG), sob parecer 19/2017, e obtiveram-se os dados através de roteiro de entrevista com perguntas abertas semiestruturadas, confeccionado com base em estudos já realizados. O método utilizado para análise e interpretação dos dados coletados pelas pesquisadoras, foi a Análise Temática (MINAYO, 2013). Os participantes selecionados receberam a letra U, precedidos de número, de acordo com o número das entrevistas realizadas, excluindo os nomes próprios ou outros dados pessoais, de modo que foi mantido o anonimato dos participantes.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos Participantes

Participaram do estudo 25 pessoas com DM atendidas no CID, sendo 11 homens e 14 mulheres, apresentando idades entre 31 e 76 anos, predominando a faixa entre 53-69 anos, com 19 participantes. Esses dados são significativos, já que a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico realizado no Brasil no ano de 2016 mostrou que, sob o ponto de vista do gênero, a prevalência de DM autorreferida é maior nas mulheres, correspondendo a 6% dessa população, contra 5,2% na população de gênero masculino (BRASIL, 2017). Sousa et al. (2015) observou a mesma prevalência em seu estudo: dos 173 pacientes com DM2, 61,3% eram mulheres.

Alguns estudos sugerem que a predominância de DM no gênero feminino se deve ao fato de que as mulheres procuram mais os serviços de saúde. Desta forma, segundo os autores, a prevalência de DM2 nos homens é subestimada (MENDES et al., 2011; LESMANN, SILVA & NASSAR, 2011).

Quanto ao grau de escolaridade, apenas um participante possui ensino superior; nove com ensino médio; seis com ensino fundamental completo e nove participantes com ensino fundamental incompleto. Esse dado se torna relevante ao confrontarmos com as estatísticas nacionais, que revelam que dentre as pessoas que têm até oito

anos de estudo, 7,5% delas possuem DM, enquanto que, em pessoas com mais de 12 anos de estudo, a síndrome é encontrada em apenas 3,7% delas (BRASIL, 2011).

O nível de escolaridade é um fator importante na absorção de informações. Malta et al. (2017), em uma análise abrangente sobre os fatores associados ao diabetes autorreferido, realizado a partir da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, diz que a prevalência de DM diminui com o aumento da escolaridade. Essa relação inversa entre diabetes autorreferido e escolaridade foi descrita em outros estudos (MACHADO et al., 2015; MALTA et al., 2017, SOUSA et al., 2015; KREUZBERG, AGUILAR & LIMA, 2016).

Contudo, a relação entre nível de escolaridade e diagnóstico de DM vai além da questão de compreensão. É importante considerar também o fator de renda, já que quanto mais alto o nível escolaridade, maior acesso às práticas de promoção à saúde, como alimentação saudável e atividade física (MORAES et al., 2010).

3.2 Conhecimento das pessoas com DM acerca do seu transtorno metabólico

Sendo o DM um transtorno metabólico crônico, torna-se essencial que o processo de ES do usuário seja contínuo (BRASIL, 2013). Considerando isto, o objetivo da ES em DM é aumentar o conhecimento do paciente acerca de sua patologia e assim fazer mudanças que auxiliem no controle da doença e evitem o aparecimento de complicações, a partir da promoção do autocuidado (ROSSANEIS, 2016).

Porém, a partir da análise dos dados, percebe-se que 3 dos 25 entrevistados dizem não saber nada ou quase nada a respeito do DM, ainda que todos tenham o diagnóstico há mais de um ano e já realizaram pelo menos duas consultas no CID, conforme os seguintes relatos:

“[não sei] Quase nada, só o superficial... (...), grandes explicações eu não tenho”.
(U1)

“Ah, quase nada... eu não sei quase nada da Diabete, só sei é tomar os remédios”
(U4)

“Nada, só que eu tenho”. (U9)

Este achado é semelhante aos encontrados por Menandro et al. (2015), que realizou um estudo com 97 pessoas com DM, em São José do Rio Preto – SP, acerca de seu conhecimento a respeito da doença. Como resultado, apenas 13 pacientes acertaram o que afeta o controle do DM, 43 sabiam quais exames realizavam e a periodicidade de controle glicêmico, sendo que 12 não sabiam responder estas questões.

Em um estudo realizado com a população da região de Bragança, em Portugal, dos 387 indivíduos, 97,7% afirmam ter conhecimento sobre a diabetes e apenas 2,3% diz não saber o que é. Quando questionados sobre os tipos de diabetes que conhecem, apenas 2,8% não sabem responder. Contudo, o estudo destaca que apesar de o DM ser uma doença muito conhecida por parte dos inquiridos, seu conhecimento é pouco

aprofundado (CABRAL, PINTO, PEREIRA, 2015).

Ao considerar que 95% do controle do DM se deve à atitude do paciente frente à sua doença, é essencial que os profissionais de saúde, em especial as enfermeiras, estejam munidos de ferramentas capazes de determinar as carências educacionais das pessoas atendidas por elas (FENWICK et al., 2013). Com isso, vê-se a importância da ES para estas pessoas, já que as ações realizadas em favor da ES aliadas à avaliação do nível de conhecimento sobre sua doença são fatores que favorecem a adesão ao tratamento, além de fortalecer as estratégias de ES e assim, ajudar na prevenção de complicações. (LIMA ET AL., 2010; MOURA & NOGUEIRA, 2013).

No entanto, é importante lembrar que também há a possibilidade de que estas pessoas, durante o longo período da doença, já tenham recebido algum tipo de informação relacionada ao DM. Contudo, pode haver fatores que limitaram ou impediram sua incorporação (PACE et al, 2006).

Em contrapartida, a grande maioria dos entrevistados demonstra algum conhecimento acerca do DM, como explícito nos seguintes relatos:

“É a taxa de açúcar que sobe, não é isso? E isso causa vários problemas nos órgãos da gente, órgãos internos. O açúcar, ao invés de entrar pra célula, fica na corrente sanguínea”. (U24)

“Há... não sei...é que o meu é hereditário né, vem de família, então eu já tenho uma ideia, assim... (...) é isso que eu sei do diabetes, assim né, tem esse problema de família.”(U2)

“Diabete é uma doença que quando ele vem ele não tem mais volta, (...) a gente toma remédio o resto da vida para não deixar ele ultrapassar, senão eu vou tomar insulina” (U3)

“É uma doença assim, que não fosse diagnosticado, porque não aparece muito, depois dos exames de sangue e de urina é que tu começa a ter consciência de que é uma doença considerada crônica e grave né, acho que é mais ou menos isso”. (U5)

É notável que os participantes tragam em suas falas características variadas de aspectos do DM, com linguagem simples e de fácil entendimento. Oliveira, Dias & Nery (2015), em um estudo acerca da visão de pessoas com DM sobre sua doença, identificou as mesmas características de descrição. Ainda que os participantes não saibam descrever a fisiopatologia do transtorno metabólico, eles reconhecem a relação entre o acúmulo de glicose, dito em forma de “açúcar”, e defeitos na secreção e/ou funcionalidade da insulina.

Os participantes desse estudo também entendem que o DM pode ter um caráter hereditário, assim como outro estudo em que os participantes apontam este fator e reconhecem a presença da doença em pessoas de uma mesma família (OLIVEIRA, DIAS & NERY, 2015). Porém é importante esclarecer que apenas o DM2 tem um forte componente hereditário, enquanto o DM1 não tem causas muito bem determinadas e geralmente não é associado à hereditariedade (BRASIL, 2013).

Costa et al. (2011) diz que o diálogo e a troca de saberes científico e popular auxilia as pessoas a atuarem de forma positiva no processo saúde-doença. Sendo assim, essa simplicidade em expor os aspectos básicos do DM é visto como um ponto positivo, já que a ES baseia-se em se fazer entender e em haver trocas. Portanto, há efetividade quando ambas as partes tornam-se capazes dialogar sobre o assunto e se fazer entender.

Desta forma, as enfermeiras têm a responsabilidade de auxiliar os portadores de DM, através de práticas de ES, ensinando-lhes o autocuidado, instruindo-os sobre a doença e conscientizando-os da importância da participação no tratamento. Tal fato torna-se ainda mais importante quando se considera as complicações que estas pessoas podem desenvolver e a importância de transmitir o conhecimento necessário às pessoas com DM, para que estas complicações sejam evitadas. Algumas delas foram citadas nos relatos dos participantes, conforme vemos a seguir:

“Eu só sei que é muito perigoso, pra mim o perigoso é o baixo... o alto eu não sinto nada (...). É isso aí que eu sei é uma coisa que não é bom, dá cegueira, dá problema de se machucar, não se cura muito. ” (U6)

“Em si a diabetes não te mata, mas as doenças causadas pela diabetes te matam, pode te causar cegueira, pode causar amputação de membros, pode te causar problema de rim, pode... já é um problema no pâncreas porque não produz insulina, e por aí vai... sei bastante coisa. ” (U10)

“Poderá trazer graves consequências como cegueira, ham... então começar a cortar os dedos dos pés né, até que lá cortar a perna, são as coisas que eu sei mais ou menos”. (U11)

“Olha que eu sei é que ele faz um mal danado tá... para os pés, os rins, a visão, de vez em quando eu faço exame de visão aqui. ” (U12)

“Eu sei que os sintomas que dá, o que pode prejudicar, que prejudica a visão, que prejudica os rins enfim as coisas básicas que a gente aprende no dia a dia”. U14

“Olha minha filha, eu sei que ele causa muita... assim muito prejuízo pra gente né... É coração, é visão, é o rim, é a circulação. ” (U18)

A partir dos relatos, se percebe que há um bom grau de entendimento em relação as consequências da falta de controle dos níveis glicêmicos. De acordo com o MS (BRASIL, 2013), a suspeita do diagnóstico de DM é feita, com frequência, pela presença de alguma complicação, tal como proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou então por infecções de repetição. Ainda de acordo com o MS, a abordagem terapêutica dos casos detectados e o controle da glicemia, aliados ao processo de ES, são fundamentais para a prevenção de complicações.

Porém, existe uma parcela considerável de brasileiros com DM em risco de desenvolvimento das complicações por desconhecerem o diagnóstico ou, mesmo conhecendo, não fazem nenhum tratamento ou o fazem sem conseguirem nível adequado do controle glicêmico (SESSO, GAWRYSZEWSKI & MARCOPITO, 2010).

A partir de uma compreensão adequada sobre a doença é que o indivíduo poderá ter uma maior preocupação com a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, seguir as orientações recebidas pelos profissionais da saúde (OLIVEIRA, DIAS & NERY, 2015).

Apenas no ano de 2010, ocorreram 54.857 óbitos tendo o DM como causa básica no Brasil. Ao considerar somente as complicações agudas, foram computados 3.741 óbitos (BRASIL, 2011). Considerando-se que essas complicações são em grande parte evitáveis, a partir de intervenções educativas e atendimento, a mortalidade por complicações agudas do diabetes mostrou-se um indicador simples e sintético dos cuidados oferecidos às pessoas com diabetes no país (KLAFKE et al, 2014).

Em um estudo realizado por Pratis et al. (2016), 296 pessoas declararam ter DM e 68,6% destas afirmaram conhecer o desenvolvimento das suas complicações, sendo a retinopatia e as dificuldades de cicatrização as condições mais citadas, seguidas de problemas renais e cardiovasculares. Além disso, ¼ das pessoas com DM que participaram do estudo, disseram ter desenvolvido alguma complicação devido à doença, citando as retinopatias, hipertensão e dislipidemias.

Um achado semelhante foi descrito por Kreuzberg, Aguilar & Lima (2016), em que, a maior parte dos 52 entrevistados afirmou ter conhecimento sobre a patologia. Para um portador de DM, o conhecimento sobre sua doença é imprescindível na prevenção de complicações, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico. O conhecimento é um processo contínuo, uma vez que a pessoa em condição crônica de saúde necessita compreender as mudanças que ocorrem para enfrentar o seu cotidiano e obter qualidade de vida (BOAS et al., 2011).

Neste sentido, é notável que alguns participantes citem complicações como parte de seu conhecimento sobre DM, e demonstram saber sobre complicações agudas e crônicas, ainda que não as descrevam detalhadamente. Sendo assim, é importante valorizar esse conhecimento demonstrado por estes participantes e aproveitar todas as oportunidades para muni-los ainda mais com a capacidade de proteger-se das diversas complicações do DM.

Portanto é essencial que as enfermeiras ressaltem que o aparecimento destas complicações se agrava em pessoas que não realizam as atividades de autocuidado relacionadas à alimentação correta, atividade física e ao uso adequado dos medicamentos, quando necessários (GINTER & SIMKO, 2012; American Diabetes Association, 2013). Neste contexto, os participantes referem entender a relação entre cuidados medicamentosos/não medicamentosos e proteção contra as complicações advindas do DM, conforme relatado nas falas abaixo:

“Eu já comecei a me cuidar a alimentação, atividade física, (...) desde que eu comecei a vim na unidade é que aí eu comecei, eles me orientaram né a fazer atividade física, a alimentação... (...) me deram uma tabelinha pra eu comer, que eu nem sabia, então foi muito importante isso”. (U2)

“Olha o Diabete o que eu sei é que a gente tem que fazer o tratamento adequado e obedecer o regime alimentar e a precaução pra gente não se machucar”. (U7)

“A gente tem que se cuidar, na alimentação principalmente”. (U13)

“Existe um controle que é preciso dependendo do grau medicamentos, exercícios e orientações médicas pra poder ter uma qualidade de vida razoável, vamos dizer assim né”. U19

“A prioridade é a alimentação e exercício físico, isso aí é fundamental pra o diabético né” (U23)

Nestas falas, se percebe a preocupação com um estilo de vida mais saudável, e a consciência das consequências positivas que advém deste. Por conseguinte, é de fundamental importância que o plano de cuidado pactuado com a pessoa inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas, que constituem o tratamento não farmacológico do DM (BRASIL, 2013).

As MEV baseiam-se na adesão de hábitos saudáveis, incluindo alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo. Estes hábitos são essenciais para o controle glicêmico, além de outros fatores intermediados pela autoestima, estresse, atitudes psicológicas e autocuidado (BRASIL, 2013; WONG et al., 2014). A baixa adesão às recomendações de dieta e ao exercício físico são fatores relevantes dentro das dificuldades de controlar a patologia (BOAS et al., 2011).

Uma revisão recente realizada nos Estados Unidos, por SPAHN et al. (2010), utilizou 87 artigos de ensaios clínicos sobre programas intensivos para MEV em pessoas com DM2, baseados em estratégias cognitivo-comportamentais, concluiu que há melhora significativa em desfechos como glicemia, hemoglobina glicada e peso corporal. A revisão ainda expõe que a entrevista motivacional, utilizada como artifício a fim de desencadear mudanças de comportamento, aumenta a adaptação às recomendações e melhora o controle glicêmico e perda de peso.

Além disso, a definição de metas, a resolução de problemas e o apoio social são ditas estratégias efetivas. Assim como a documentação de rotina - como diário de alimentação - e a avaliação da eficácia das teorias de mudança de comportamento aplicados às intervenções de cuidados (SPAHN et al., 2010) Sendo assim, estas, ao serem melhor analisadas juntamente com a entrevista motivacional, podem passar a ser utilizadas no cotidiano das consultas das pessoas atendidas no CID, a fim de auxiliá-los no controle do DM através de práticas de MEV.

Um outro estudo analisou indivíduos com DM em uma cidade do nordeste do Brasil e constatou que, dos 173 participantes, mais de 50% eram sedentários (SOUSA et al., 2015). Em Teresina-Piauí dados semelhantes foram encontrados: das 400 pessoas cadastradas no sistema de acompanhamento de pessoas com DM e também com HAS, apenas 22,5% destas pessoas referem atividade física regular (CARVALHO et al., 2012). Em contrapartida, na região Sudeste, das 423 pessoas com DM, a maioria (58,6%) referiu adesão à prática de atividades físicas (FARIA et al, 2013).

As estratégias de MEV não são apenas para manter o controle glicêmico, mas já

que se sabe que é possível diminuir significativamente a ocorrência de novos casos do transtorno através de medidas de intervenção, como a realização de exercício físico e redução de peso em pacientes com alterações da homeostase glicêmica ainda não classificadas como diabéticos (FERRAZ et al., 2013).

Em concordância com as MEV, o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) torna-se uma ferramenta consistente na adoção de hábitos alimentares saudáveis. Ainda que o foco deste material seja a promoção da saúde e a prevenção de doenças, suas recomendações poderão ser úteis a todos aqueles que já possuam alguma patologia específica, como o DM.

Porém, neste caso, é imprescindível que nutricionistas adaptem as recomendações às condições específicas de cada pessoa. Desta forma, o atendimento nutricional serve de apoio aos demais profissionais de saúde na organização da atenção nutricional (BRASIL, 2014). Sendo assim, torna-se mais um instrumento na prática cotidiana de ES das enfermeiras que atendem pessoas com DM.

Quanto ao tratamento medicamentoso, este é definido através de parâmetros analisados pela equipe médica. No entanto, depois de definido o tratamento, é importante que uma equipe multidisciplinar acompanhe a pessoa com DM, incluindo nesta, uma enfermeira, a fim de avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações, de acordo com uma estratificação de risco (BRASIL, 2013).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, as pessoas com DM têm conhecimento básico a respeito de sua doença e a forma como conviver com ela e, apesar de não ter domínio de conceitos científicos, como o de ES, conseguem reconhecer estes no seu cotidiano de cuidados em saúde. Muitos participantes descrevem a ES como parte essencial de suas consultas e revela a importância a ser dada pelos profissionais de enfermagem em suas práticas de trabalho com pessoas com DM. Em ampla visão, a pesquisa transcorreu sem dificuldades, por se tratar de um assunto habitual aos participantes. Os demais dados que sustentam a pesquisa estão em fase de categorização.

5 | REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S.; et al. **Discipline curricula in the health area: an essay on knowledge and power**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, n.31, out./dez. 2009.

American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes**. Diabetes Care. 2013; 36(1 Supl):11-66)

BOAS, L.C.G.V.; et al. **Adesão a dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus**. Texto & Contexto Enferm. v. 20; n. 2; abr/jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília-DF:

Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira.** – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CABRAL, R. P.; PINTO, I.C.; PEREIRA, O.R. **Diabetes mellitus na comunidade do Instituto Politécnico de Bragança: caracterização e conhecimentos.** II CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE, GAIA-PORTO (II CISGP) – ATAS, 2015.

CARVALHO, A.L.M.; et al. **Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI).** Cienc Saúde Coletiva. v. 17; n. 7; 2012.

COSTA, J.A.; et al. **Health promotion and diabetes: discussing the adherence and motivation of diabetics that participate in health programs.** Ciênc Saúde Coletiva. v. 16, n. 3, 2011.

Diabetes Knowledge Test Validated with Rasch analysis. PLoS One. v. 8, 2013.

DIABETES CARE. American Diabetes Association. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus.** 2014.

DIAS, E.P.; SOARES, M.M.S.; RESENDE, L.M.H. **Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Classificação.** In: Walter dos Reis Caixeta Braga. Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 2002.

FARIA, H.T.; et al. **Factors associated with adherence to treatment of patients with diabetes mellitus.** Acta Paul Enferm. v. 26; n. 3; 2013.

FENWICK, E.K.; et al. **Factors associated with knowledge of diabetes in patients with type 2 diabetes using the Diabetes Knowledge Test Validated with Rasch analysis.** PLoS One. v. 8, 2013.

FERRAZ, N.R.R.; et al. **Diabetes mellitus e nefropatia diabética.** SaBios: Rev. Saúde e Bio. I v.8, n.3, ago/dez, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GINTER, E.; SIMKO, V. **Type 2 diabetes mellitus, pandemic in 21st century.** Adv Exp Med Biol. v. 771, 2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. Brussels; 2014 [citado 2015 mar 19]. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas>

_____. IDF Diabetes Atlas 6th edn Brussels, Belgium: International Diabetes Federation,; 2015.

Available from: www.idf.org/diabetesatlas (accessed: March 11, 2016).

INZUCCHI, S.E.; SHERWIN, R.S. **Diabetes Mellitu Tipo 1**. In: Goldman, L.; SCHAFER, A.I. (Ed.). *Cecil Medicina*. 24^a ed. Rio de Janeiro: Eselvier, 2014.

KLAFKE, A.; et al. **Mortes por complicações agudas do diabete**. *Epidemiol Serv. Saúde.*, v. 23; n. 3; Brasília, jul-set 2014.

KREUZBERG, J.T.N.; AGUILAR, A.M.M.; LIMA, M.M. **Riscos para complicações cardiovasculares em portadores de diabetes mellitus**. *Rev Enferm UFSM* v. 6; n. 1; jan/mar, 2016.

LESMANN, J.C.; SILVA, D.M.G.; NASSAR, S.M. **Estresse em mulheres com diabetes mellitus tipo 2**. *Rev Bras de Enferm*, v.64; n.3. 2011.

LIMA, H.P.; et al. **Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo**. *Rev Rene*. v.11; n.2, 2010.

MACHADO, E. R., *et al.* **Diabetes mellitus tipo II (DMII): importância da educação em saúde na adesão ao tratamento**. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 2015.

MALTA, D.C. et al. Fatores associados ao diabetes autorreferido. **Rev Saude Publica**. v. 51; 2017

MATOS, E.; PIRES, D.E.P. **Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor**. *Texto Contexto Enferm*. v. 18; n. 2; 2009.

MENANDRO, M. et al. Conhecimento de pessoas com diabetes mellitus sobre a diabetes mellitus e seu tratamento. **Revista Corpus Hippocraticum**. v. 1, n. 1, 2017.

MENDES, T.A.B., et al. **Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso de serviços de saúde em São Paulo, Brasil**. *Cad Saúde Pública*, v. 27; n.6, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, S.A.; et al. **Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto**, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saude Publica*. v. 26; n. 5; 2010.

MOURA, A.; NOGUEIRA, M. **Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura**. *JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care*, América do Norte. v.4; n.1, 2013.

OLIVEIRA, J.S.; DIAS, J.A.A.; NERY, A.A. **Diabetes mellitus na óptica de adultos atendidos pela rede básica de saúde**. *Rev enferm UFPE on line*. v. 9; n. 3; abr., 2015.

PACE, A. E.; et al. **O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo autocuidado**. *Rev. Latino-am Enf*. v. 14, n. 5, 2006.

PRATIS, T.S.; et al. **Conhecimento acerca das complicações relacionadas ao diabetes mellitus da população frequentadora da XVIII SAFE na cidade de Araraquara, SP**. *RevCiênFarm Básica Apl*. v. 37; n. 1; Agosto 2016.

ROSSANEIS, M. A. et al. Diferenças entre mulheres e homens diabéticos no autocuidado com os pés e estilo de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016.

SESSO, R.; GAWRYSZEWSKI, V.P.; MARCOPITO, L.F. **Mortalidade por diabetes mellitus no estado de São Paulo com ênfase nos anos de 2005-2007**. Bepa. v. 73; n. 7; 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2014-2015.

SOUSA, J.T.; et al. **Autocuidado e parâmetros clínicos em pacientes com diabetes mellitus tipo 2**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. v. 16; 2015.

SOUSA, L.B.; et al. **Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem**. Rev Enferm UERJ. v. 18, n. 1, 2010.

SPAHN, J.M.; et al. **State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change**. Journal of The American Dietetic Association, [S.l.], v. 110, n. 6, 2010.

TADDEO, P.S.; et al. **Access, educational practice and empowerment of patients with chronic diseases**. CiencSauCol [Online] v. 17, n. 11. 2012.

TORRES, H.C.; et al. **Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 24, n. 4, 2011.

Wong, C.K.H. et al. Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on Clinical Outcomes and Health Service Utilization in Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: An Observational Matched Cohort Study. **PLoS ONE**. v. 9, n. 5, 2014.

ONE. v. 9, n. 5, 2014.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O CUIDADO DA PESSOA COM LESÃO DE PELE

Carmen Lucia Mottin Duro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Professor Adjunto, Porto
Alegre, Rio Grande do Sul.

Dagmar Elaine Kaiser

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Professor Associado,
Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Erica Rosalba Mallmann Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Professor Titular, Porto
Alegre, Rio Grande do Sul.

Celita da Rosa Bonatto

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria
Municipal de Saúde, Enfermeira, Porto Alegre, Rio
Grande do Sul.

Luciana Macedo Medeiros

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria
Municipal de Saúde, Enfermeira, Porto Alegre, Rio
Grande do Sul.

Andiara Lima da Rosa

Escola de Enfermagem, Acadêmica de
Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Amanda Teixeira da Rosa

Escola de Enfermagem, Acadêmica de
Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Jaqueline Ribeiro dos Santos Machado

Escola de Enfermagem, Acadêmica de
Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Luciana Barcellos Teixeira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Escola de Enfermagem, Professor Adjunto, Porto
Alegre, Rio Grande do Sul.

RESUMO: A mudança do perfil demográfico mundial, com propensão ao envelhecimento populacional, veio acompanhada de mais pessoas com lesões de pele que necessitam de atendimento nos serviços de saúde, requerendo profissionais de enfermagem preparados para intervir neste problema de saúde pública. Para conhecer as nuances das necessidades de educação permanente de profissionais de enfermagem da atenção básica sobre o cuidado da pessoa com lesão de pele e os processos de trabalho envolvidos, a organização, edição e impressão da “Cartilha de Orientações para Profissionais de Enfermagem sobre o Cuidado de Lesões de Pele” decorreu de estudo quantitativo, descritivo e exploratório aprovado no Comitê de Pesquisa da UFRGS, CAAE 56382316.2.0000.5347, e no Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, CAAE 56382316.2.3001.5338. Foi elaborado um instrumento com o propósito de conhecer as necessidades desses profissionais na rede de atenção básica de Porto Alegre, respondido durante a Semana de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de 2018. Dos 85 respondentes, 96% afirmaram que atendiam pessoas com lesão de pele em sua unidade de saúde. Foram assuntos de interesse os curativos e coberturas, o pé diabético, a úlcera venosa, as queimaduras e as técnicas de curativos. A cartilha educativa contém 40 páginas, contendo

ilustrações. Foram realizadas oficinas educativas com os profissionais de enfermagem, com entrega da cartilha. A educação permanente dos profissionais de enfermagem no tocante às lesões de pele na atenção básica contribui para atualização profissional e traz qualidade e segurança ao cuidado de pessoas com lesões de pele.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária a saúde; Educação permanente; Ferimentos e lesões; Pele.

PERMANENT HEALTH EDUCATION FOR NURSING PROFESSIONALS OF BASIC CARE ABOUT THE CARE OF THE PERSON WITH SKIN INJURY

ABSTRACT: The changing demographic profile of the world, which is prone to population aging, was accompanied by more people with skin lesions who require care in the health services, requiring nursing professionals prepared to intervene in this public health problem. In order to know the nuances of the permanent education needs of primary care nursing professionals about the care of the person with skin lesion and the work processes involved, the organization, edition and printing of the “Care Guide for Nursing Care Professionals of Skin Lesions” was the result of a quantitative, descriptive and exploratory study approved by the UFRGS Research Committee, CAAE 56382316.2.0000.5347, and by the Research Committee of the Municipal Health Department of Porto Alegre, CAAE 56382316.2.3001.5338. An instrument was developed with the purpose of knowing the needs of these professionals in the network of basic care of Porto Alegre, answered during the Nursing Week of the Municipal Health Department of 2018. Of the 85 respondents, 96% said they attended people with skin lesions in your health unit. Subjects of interest were dressings and dressings, diabetic foot, venous ulcer, burns and dressing techniques. The educational booklet contains 40 pages, containing illustrations. Educational workshops were held with the nursing professionals, with delivery of the booklet. The permanent education of nursing professionals regarding skin lesions in basic care contributes to professional updating and brings quality and safety to the care of people with skin lesions.

KEYWORDS: Primary Health Care; Education, Continuing; Wounds and Injuries; Skin.

1 | INTRODUÇÃO

A mudança do perfil demográfico mundial, com propensão ao envelhecimento populacional, veio acompanhada de mais pessoas com lesões de pele que necessitam de atendimento nos serviços de saúde, que trouxe o incremento da longevidade e o aumento das condições clínicas presentes nessa faixa etária, entre elas as doenças crônicas, um potencial agravante para as lesões de pele.

A pele atinge aproximadamente 16% do peso corporal (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2017) e é um órgão indispensável à vida, pois tem como principais funções: o revestimento e proteção das estruturas internas do corpo, isolando-as do ambiente externo; a manutenção da homeostase, regulando temperatura, o equilíbrio

hidroeletrólítico e impermeabilidade; o metabolismo, com síntese de vitamina; a sensibilidade e a percepção às condições do meio externo, sendo sinalizadora de distúrbios no funcionamento do organismo (TEBCHERANI, 2011). Quando ocorre lesão tecidual, há interrupção da integralidade da pele bem como comprometimento de suas funções.

Este panorama vem incitando o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde e, para acompanhar esses avanços, tornou-se indispensável o desenvolvimento das equipes atuantes no cuidado da pele. Desta forma, é desafio capacitar os profissionais de enfermagem para que haja uma gestão do cuidado eficaz, capaz de atender as pessoas de forma integral, para utilizar de maneira correta as tecnologias disponíveis, além de diminuir significativamente os custos em saúde (SEPPÄNEN, 2014).

As lesões crônicas de pele, também chamadas de complexas, são aquelas que não curam em três meses, apresentam infecção, possuem tecidos com viabilidade comprometida, necrose ou com prejuízo circulatório e estão associadas a doenças que acometem a pessoa, principalmente *Diabetes Mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica, pois prejudicam a cicatrização. Os principais tipos de lesões crônicas de pele são as úlceras vasculares (úlceras venosas, úlceras arteriais e úlceras mistas), o pé diabético e as lesões por pressão. E, por não curarem com cuidados usuais, exigem tratamentos diferenciados (BRASIL, 2016).

Lesões agudas de pele são definidas como aquelas que surgem de súbito e têm curta duração. São causadas por fatores externos ao organismo e geralmente comprometem epiderme e derme. São exemplos as lesões por queimaduras (de origem térmica, química, elétrica ou radioativa); as lesões por infestação de bichos (tungíase); lesões cirúrgicas (se não forem bem tratadas, podem se transformar em crônicas); lesões traumáticas (originadas por acidentes, quedas, cortes...) (BRASIL, 2016).

Considerando a literatura brasileira, observou-se que as lesões crônicas são mais frequentes do que as lesões agudas no que concerne à busca por serviços de saúde. Dentre as lesões de membros inferiores de etiologia vascular, se sobressaem as de origem venosa (70-90%) em relação às neuropáticas e arteriais (10-15%) (NOGUEIRA *et al.* 2015).

Cuidar de pessoas com lesões crônicas ou agudas de pele não se resume apenas em avaliar e utilizar a melhor conduta terapêutica para cada tipo de lesão, mas também requer compreender todas as interfaces envolvidas diante de uma lesão e suas repercussões na vida de quem a carrega. Para tanto, entende-se que consistem em ações de educação permanente em saúde aquelas amparadas no processo de trabalho em cuidado da pele como centro valorizado de ensino-aprendizagem e sua transformação, tomando como referência as necessidades de saúde da pele das pessoas, da gestão setorial e do controle social em saúde. E, neste estudo, em especial com profissionais de enfermagem que cuidam de pessoas que apresentam risco para desenvolvimento ou portam lesões de pele.

Destacam-se como ações do enfermeiro no cuidado de lesões, elaborar plano terapêutico individual após a avaliação da pessoa; conhecer a história clínica (patologias crônicas, situação atual) e a história da lesão (origem, tempo, tratamentos efetuados); avaliar as características da lesão (tamanho, profundidade, exsudado, leito da ferida, tipo de tecidos, pele perilesional e dor); utilizar a cobertura adequada de acordo com o tipo de ferida; orientar as pessoas quanto à importância da adesão ao regime terapêutico e aos cuidados com a lesão de pele, estabelecido legalmente pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 501/2015 (COFEN, 2015).

Desta forma, o enfermeiro pode realizar consulta de enfermagem, prescrever e executar curativo, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidados de feridas e no registro da evolução da ferida, dentre outras atribuições específicas (COFEN, 2015).

Neste contexto, a Atenção Primária a Saúde (APS) assume um papel central por ser, dentro da rede de saúde, o primeiro acesso da pessoa com lesão de pele ao atendimento nas Unidades de Saúde do território (BRASIL, 2016). Mas, para isso, enfermeiro e equipe necessitam estar preparados para articularem não apenas conhecimento científico e técnico, mas também conhecimento na ação que realizam (CECCIM, 2005).

Sendo o enfermeiro responsável pelo planejamento, organização, execução e avaliação contínua da assistência dispensada às pessoas com lesão de pele, ele poderá promover um cuidado seguro e de qualidade nos serviços de saúde, unindo e ampliando as estratégias de sistematização do cuidado da pele, avaliação e classificação das lesões, tratamento adequado e recuperação (CAUDURO *et al*, 2018).

Assim, para dar suporte nesse importante cuidado da pele, considerando os desafios às demandas de saúde existentes, seja para qualificar e trazer segurança ao cuidado que realizam os profissionais de enfermagem, seja com intuito de fornecer informações para contribuir com a qualificação profissional, o objetivo deste capítulo de livro é relatar a experiência das autoras na condução da produção de cartilha educativa, sobre nuances das necessidades de educação permanente de profissionais da atenção básica sobre o cuidado da pessoa com lesão de pele e os processos de trabalho envolvidos. O conteúdo foi desenvolvido a partir de evidências científicas e discutido com os profissionais enfermeiros com trajetória e expertise na área, com posterior distribuição da cartilha e sua explanação aos profissionais de enfermagem, por meio de oficinas.

De tal modo, iniciava-se uma interlocução de práticas, visando auxiliar na adoção de medidas preventivas e terapêuticas coerentes com a segurança no processo de cuidar focado na pessoa com lesões de pele em suas peculiaridades. Sem dúvida, isto vem contribuindo para a otimização do cuidado orientado para a qualidade de vida das pessoas acometidas por lesões e para a educação permanente em saúde no cuidado da pele.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Trata-se de relato de experiência oriundo de estudo secundário que integrou um projeto maior intitulado "Pesquisas Integradas sobre Organização do Trabalho e Integralidade nos serviços: Novas Tecnologias no Cuidado ao Usuário com Lesão de Pele na Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul", aprovado no Comitê de Pesquisa da UFRGS, CAAE 56382316.2.0000.5347, e no Comitê de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, CAAE 56382316.2.3001.5338.

O objetivo geral do estudo primário foi analisar a organização do trabalho na perspectiva da integralidade com base nas novas tecnologias do cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde do Rio Grande do Sul. Entre os objetivos específicos, encontra-se a educação permanente em cuidados da pele para profissionais de enfermagem e da saúde na rede de atenção, em que está incluso o presente estudo, que buscou promover a produção de cartilha educativa, com posterior distribuição e sua explanação aos profissionais de enfermagem.

A cartilha elaborada envolveu uma população de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, docentes e acadêmicos de enfermagem a partir de integração docente assistencial entre Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS-POA) no ano de 2018, visando ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no cuidado da pele pelo enfermeiro e equipe em conformidade com as competências das profissões.

Para conhecer as nuances das necessidades de educação permanente de profissionais da atenção básica sobre o cuidado da pessoa com lesão de pele e os processos de trabalho envolvidos, desenvolveu-se um estudo quantitativo, descritivo e exploratório (MINAYO, 2016).

Foi elaborado um instrumento semiestruturado, visando fornecer subsídios e conhecer as necessidades dos profissionais de enfermagem atuantes na rede de atenção básica para o cuidado da pele. Esse instrumento foi entregue aos profissionais que participaram da Semana de Enfermagem em maio de 2018 e reunião de coordenação de Gerência Distrital da Saúde do município. O instrumento continha inicialmente um termo de consentimento livre e informado para formalizar a voluntariedade do preenchimento do questionário. O instrumento solicitava informações sobre o perfil sócio ocupacional dos profissionais de enfermagem: sexo; tempo de serviço; formação profissional; unidade de trabalho. Também solicitava respostas a questões fechadas, investigando sobre: tipo de lesões de pele que atendiam; quais técnicas de curativos realizavam; onde se dava o atendimento ao usuário; quais dúvidas tinham sobre o cuidado da pele; quais temáticas sobre o cuidado da pele e tipo de lesões que precisariam ser objeto de ações de educação permanente.

Após a coleta de informações em instrumento específico, os dados obtidos foram digitados em um banco de dados criado no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 18.0. As qualitativas foram descritas por meio de

número absoluto e porcentagem e as variáveis quantitativas foram transformadas em categóricas.

Quanto aos aspectos éticos envolvidos no estudo, seguiram-se recomendações contidas na Resolução 466/12, que apresenta as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Desta forma, para elaborar a cartilha educativa desenvolveu-se as seguintes etapas: diagnóstico situacional; revisão de literatura; inclusão de ilustrações, layout, design e textos.

3 | RESULTADOS

Responderam o instrumento 85 profissionais de enfermagem, sendo 13 enfermeiros, 61 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, como mostra a tabela 1.

TABELA 1. Idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação na atenção primária a saúde, DGCC/POA,2018

	Total da Amostra		Enfermeiro		Técnico de Enfermagem	
	NT*	%	NT*	%	NT*	%
Faixa Etária						
30-35	19	47,50%	13	61,90%	6	31,60%
36-40	10	25,00%	6	28,50%	4	21,10%
41-45	7	17,50%	1	4,80%	6	31,60%
46-50	1	2,50%	0	0,00%	1	5,20%
51-55	3	7,50%	1	4,80%	2	10,50%
Média de idade (anos)**		37±6,1		35±5,1		39±6,5
Tempo de Formação Profissional						
<10 anos	16	40,00%	9	42,80%	7	36,80%
10-15 anos	19	47,50%	12	57,20%	7	36,80%
>15 anos	5	12,50%	0	0,00%	5	26,40%
Média de tempo de formação (anos)***		10,8±4,2		9,9±2,5		11,8±5,4
Tempo que atua na atenção primária****						
<10 anos	34	85,00%	17	80,90%	17	89,50%
> 10 anos	6	15,00%	4	19,10%	2	10,50%

*Números totais que podem diferir pela possibilidade de não resposta. ** Teste t para amostras independentes, valor p = 0,032. *** Teste t para amostras independentes, valor p = 0,281. ****Teste de Mann-Whitney para comparações de medianas, valor p = 0,585.

Fonte: Pesquisas Integradas sobre Organização do Trabalho e Integralidade nos serviços: Novas Tecnologias no Cuidado ao Usuário com lesão de Pele na rede de atenção à saúde no Estado do Rio Grande do Sul, 2018

Todos os profissionais de enfermagem atuam em serviços de saúde da atenção básica.

Dos 85 respondentes, 96% afirmaram que atendiam pessoas com lesão de pele em sua unidade de saúde, sendo os assuntos com destaque de interesse foram os curativos e coberturas, o pé diabético, a úlcera venosa, as queimaduras e as técnicas de curativos, como mostra o quadro 1.

TEMÁTICAS	N
Curativos e Coberturas	61
Técnica de Curativos	56
Pé Diabético	52
Úlcera Venosa	51
Queimaduras	49
Úlcera Arterial	39
Lesão Por Pressão	35

Quadro 1. Temáticas de maior interesse dos profissionais presentes na Semana de Enfermagem em maio de 2018.

Fonte: Dados da pesquisa.

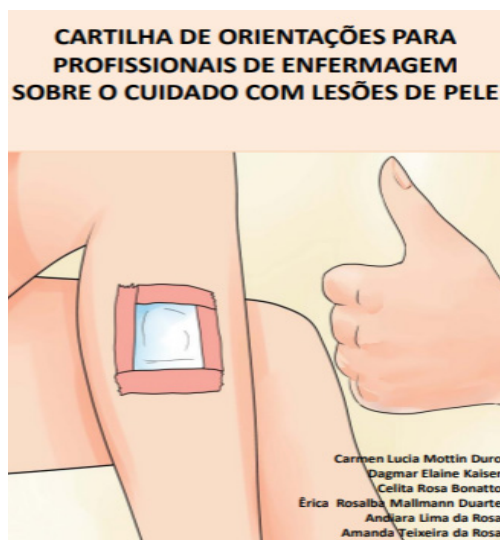
Em relação ao local de atendimento para realização do curativo, a maioria dos respondentes (49) informou que realizam o procedimento no serviço de saúde e 24 o desenvolviam no domicílio, durante a visita domiciliar.

A partir desses resultados, em junho, julho e agosto de 2018, realizou-se a busca de referencial teórico para a construção da cartilha. Também se buscaram ilustrações com direitos autorizados para, então, constituir o *design* e formatação dos textos para a organização e finalização da cartilha.

Em setembro de 2018, solicitou-se fomento para impressão gráfica da cartilha na Instituição que sediou o estudo, o qual foi atendido.

A cartilha, denominada de “Cartilha de Orientações para Profissionais de Enfermagem sobre o Cuidado com Lesões de Pele”, em sua versão final, foi composta por 40 páginas, com tamanho padrão de formatação de 21 cm de altura por 15 cm de largura. Cada página teve até duas imagens no máximo, totalizando 14 imagens. Foi apresentada em linguagem simples e compreensível, contendo sumário, ilustrações representativas e diagrama de atendimento ao usuário com lesão crônica de pele na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A cartilha reúne informações importantes sobre atuais tendências e avanços tecnológicos e terapêuticos no cuidado de pessoas com lesões de pele, orientadas para uma atuação coletiva no âmbito da atenção básica e especializada da SMS-POA, sendo apresentadas as informações mais incidentes nos questionários: lesões crônicas de pele (úlceras venosas, arteriais e mistas, pé diabético, lesões por pressão) e lesões agudas de pele (queimaduras e lesões por tungiase). Além disso, foi elaborado um quadro no apêndice onde foram elencadas as coberturas e curativos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, onde constam a composição, as indicações, as contraindicações e o tempo de troca de cobertura dos curativos, como mostra a figura 1.



Sumário	
Editorial.....	5
Caminhos percorridos pelos usuários com lesões de pele.....	6
Lesões crônicas de pele.....	7
Úlceras Vasculares.....	9
Úlceras Venosas.....	9
Úlceras Arteriais.....	13
Úlceras Mistas.....	15
Pé Diabético.....	17
Lesões por Pressão.....	19
Lesões agudas de pele.....	22
Queimaduras.....	24
Lesão por Tungíase.....	27
Você faz a diferença no cuidado da pele.....	30
Referências consultadas.....	31
Fonte das imagens.....	33
Apêndice.....	34

Figura 1. Capa e Sumário da Cartilha elaborada.

Fonte: Duro *et al.* (2018).

Os resultados do estudo acusaram a necessidade de investimento em educação permanente em saúde da pele com os profissionais de enfermagem da atenção básica, visando qualificar e trazer segurança ao cuidado de pessoas com lesões de pele. Desta forma, a elaboração da cartilha (DURO *et al.*, 2018) envolveu mais uma vez os autores para a problematização teórica com os profissionais de enfermagem da atenção básica, para atuar ao depararem-se com todos os tipos de lesões. Assim optou-se por apresentar o conteúdo teórico para esses profissionais, por meio de oficinas de educação permanente sobre os cuidados com as lesões crônicas e agudas de pele.

Após a impressão da cartilha, foi realizado contato novamente com as gerências Distritais Centro e Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) para pactuar as datas das oficinas de educação permanente em saúde da pele, turnos de trabalho, local a ser utilizado e o modo de inscrição dos trabalhadores da enfermagem para as oficinas. Isto foi apresentado em reunião do Colegiado dos Distritos GCC e Centro.

Realizaram-se três oficinas de educação permanente para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, com entrega da cartilha, pois são os profissionais responsáveis pela assistência direta e contínua às pessoas na prevenção e tratamento de lesões de pele. As oficinas foram realizadas em 22, 23 e 26 de novembro de 2018. Estiveram presentes 23 profissionais de enfermagem na primeira oficina, 27 na segunda oficina, no Distrito GCC, além de 14 participantes na terceira oficina, que ocorreu no Distrito Centro. As oficinas apresentaram os tópicos que constam na cartilha e foi realizada de forma expositiva dialogada, com estudo de caso e materiais de laboratório para exemplificar características, condutas e tratamentos das lesões.

Nessas oficinas os recursos utilizados foram cedidos pelo Laboratório de Práticas de Enfermagem da Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Além das oficinas desenvolvidas nos distritos de saúde, houve outra voltada para o público interno da universidade, especialmente acadêmicos e docentes de enfermagem, durante o XIX Salão de Extensão UFRGS, onde o estudo recebeu prêmio destaque na área de formação profissional. Também houve apresentação de pôster sobre a cartilha no VII Congresso Brasileiro de Enfermagem em Dermatologia, além da divulgação dos resultados na Mostra de Extensão da Escola de Enfermagem.

4 | DISCUSSÃO

Enfermeiros e técnicos de enfermagem têm papel fundamental de mediar o cuidado das pessoas com lesões de pele.

No entanto, para exercerem este papel, precisam não somente ter conhecimento, mas também mostrarem respeito aos saberes das pessoas, atuarem de forma ética e humanitária, acolherem o novo e irem à busca de boas práticas.

Como *lócus* da vida, a pessoa com lesão de pele é a que melhor conhece suas necessidades de saúde e pode indicar prioridades. Isto demanda em acolhê-la com percepção e diálogo e entender as diferentes perspectivas em relação à lesão que carrega, pois vem acompanhada por sua história e identidade cultural (GARCIA *et al.*, 2018).

Investir no desenvolvimento das capacidades desta pessoa à luz das competências necessárias ao autocuidado a partir de seus saberes prévios permitirá, não apenas ao profissional de enfermagem, mas também à pessoa com lesão de pele, posicionar-se na perspectiva do cuidado compartilhado (BRASIL, 2016; GARCIA *et al.*, 2018).

São dicas: manter o cuidado focado na pessoa e nos processos de trabalho envolvidos com o cuidado da pele; respeitar a autonomia da pessoa; comprometer-se com a educação em saúde como forma de intervenção no mundo; integrar intenção e gesto; assumir o cuidado com responsabilidade, bom senso e tolerância; reconhecer o processo de cuidado da pele como inacabado; atuar colaborativamente em equipe e o com os usuários na implantação dos planos de intervenção (GARCIA *et al.*, 2018).

Seja qual for o lugar que o profissional de enfermagem se deparar com o usuário com lesões de pele: unidade de saúde; serviço especializado; pronto atendimento; hospital; ele será igualmente importante para a garantia da integralidade do cuidado da pele de que a pessoa com lesão necessita (BRASIL, 2016). Enfermeiro e equipe são fundamentais neste cuidado, como também o são todos os saberes produzidos na sociedade.

Desta forma, o estudo com profissionais de enfermagem da atenção básica e docentes e acadêmicos de enfermagem ampliou o debate acerca do trabalho, seus conflitos e potencialidades no cuidado da pele, integrando ensino, serviço e gestão, o que culminou com elaboração da 'Cartilha de orientações para os cuidados e tratamentos de lesões de pele'. O material proveu a construção compartilhada de

soluções para o enfrentamento dos problemas presentes no trabalho dos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Assim, a produção da cartilha educativa vem qualificando o processo de educação permanente em saúde da pele nos serviços de saúde da atenção básica, e consiste em estratégia de intervenção neste problema de saúde pública.

Para os atores envolvidos no estudo, integrar a Educação Permanente em Saúde significou produzir conhecimentos no cotidiano de trabalho dos serviços de saúde a partir da realidade vivida, com enfrentamento de problemas no dia-a-dia e como base de interrogação e mudança (CECCIM, 2005). O processo de educação permanente foi previamente pactuado com as coordenações das Unidades de Saúde e a gerência do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, que é o distrito docente-assistencial da UFRGS, por tratar-se de temática em constante aprimoramento.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento, no cuidado de pessoas com lesões de pele é indispensável para uma atuação de qualidade. Verificou-se que os resultados encontrados corroboram a diversidade e o avanço tecnológico do mundo moderno enquanto tônica de investimento em ações de educação permanente, seja para qualificar e trazer segurança ao cuidado da pele realizado pelos profissionais de enfermagem, seja com intuito de fornecer informações para contribuir com a qualificação destes.

Foi observado que os profissionais de enfermagem clamam por conhecimento a respeito do cuidado da pele, sendo necessário buscar meios para identificar suas deficiências, adequando sua conduta às exigências atuais. Para tanto, o trabalho cooperativo ocorrido, a interação entre as experiências individuais e coletivas vividas com os profissionais de enfermagem, com mobilização dos distintos saberes envolvidos no cuidado da pele, fomentaram a autonomia e a responsabilização dos profissionais de enfermagem.

Esse movimento poderá se estender aos demais profissionais da saúde, ampliando o compromisso com o cuidado da pele na atenção básica e com os resultados em saúde da pele. As lesões de pele são um problema multidisciplinar que requer atuação efetiva de todos os profissionais da saúde envolvidos no cuidado preocupados com a prevenção, minimizando os riscos associados ao desenvolvimento das lesões nos pacientes e os custos relacionados ao tratamento.

As lacunas destacadas por meio do questionário na formação dos profissionais, relativas ao conhecimento no cuidado de pessoas com lesões de pele na atenção básica em diversas situações vivenciadas pelos profissionais, permitiram o planejamento de estratégias e ações de educação permanente voltadas à adoção de medidas preventivas e terapêuticas pelo enfermeiro e equipe nas singularidades das situações de trabalho e exigências do cotidiano, coerentes com o processo de cuidar sistematizado e focado no usuário com lesões e suas peculiaridades. Sem dúvida,

isto contribui para a otimização do cuidado oferecido, além de colaborar para uma melhoria na qualidade de vida das pessoas acometidas por lesões de pele.

No que se refere ao preparo e qualificação do enfermeiro e equipe para o cuidado da pele, tornou-se explícita a necessidade de desenvolvimento de competências que necessitam ser mobilizadas pelos profissionais de enfermagem que exercem o cuidado de pessoas com lesões de pele na atenção básica e a qualificação e segurança dos processos de trabalho envolvidos.

É necessário que a prática da enfermagem seja baseada nas melhores evidências sobre o assunto. Isso requer tecnologias educativas capazes de fornecer informações que qualifiquem o cuidado ofertado nos serviços de saúde, como estratégia de transformação das práticas e de produção de conhecimento.

Com este estudo visualiza-se a ampliação do conhecimento, com repercussões para a produção do cuidado em Enfermagem Dermatológica, suscitando possibilidades de novas investigações, pois a limitação do estudo está relacionada ao cenário da pesquisa, a atenção básica, caracterizada por um aporte técnico e organizacional peculiar e por contingentes profissionais que favoreceram o cuidado da pele.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 142p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012** (periódico na internet). Brasília: 2012 [citado 2018 Jul. 19]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

CAUDURO, .FP.; SCHNEIDER, S. M. B.; MENEGON, D.B.; DUARTE, E. R. M.; PAZ, P. O.; KAISER, D. E. Atuação dos enfermeiros no cuidado das lesões de pele.

Revista Enfermagem Ufpe On Line, Recife, v. 12, n. 10, p.2628-34, out. 2018.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 0501/2015**: Norma técnica que regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html

DURO, C.; KAISER, D. E.; DUARTE, Ê. R. M.; BONATTO, C. R.; MEDEIROS, L.; ROSA, A. L., ROSA, A. T. **Cartilha de orientações para profissionais de enfermagem sobre o cuidado com lesões de pele**. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2018. 40 f. il.

GARCIA, A. B. *et al.* Percepção do usuário no autocuidado de úlcera em membros inferiores . **Revista**

Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, 2018, p. e2017-0095.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2017. Cap.18. p.359-370.

MINAYO, M. C. S. (Org.) *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

NOGUEIRA, G. A. *et al.* Caracterização dos protocolos referentes a feridas: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, v. 3, n. 9, p.7723-7728, abr. 2015.

SEPPÄNEN, S. **Working “smart” in wound care**. Healthcare Innov [Internet]. 2014. Disponível em: <http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWMA_Documents/Seppanen_working_smart_in_wound_care_AG_pp164-165.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

TEBCHERANI, A. J. Histologia Básica Cutânea. In: MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. (Org.). **Curativos, Estomia e Dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2011.p.25.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REPERCUSSÕES DA TELE-EDUCAÇÃO NO MATO GROSSO DO SUL

Deisy Adania Zanoni

Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande - Mato Grosso do Sul.

Euder Alexandre Nunes

Núcleo Técnico-Científico do Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande - Mato Grosso do Sul.

Michele Batiston Borsoi

Docente da Faculdade Campo Grande e da Faculdade Mato Grosso do Sul, nos cursos de Graduação em Enfermagem e Fisioterapia. Campo Grande - Mato Grosso do Sul.

Valéria Regina Feracini Duenhas Monreal

Núcleo Técnico-Científico do Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande - Mato Grosso do Sul.

RESUMO: Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada uma das principais táticas de reorganização dos serviços e reorientação das práticas profissionais na Atenção Básica (AB), tem sido constatada a necessidade de construção de um novo perfil de trabalhadores para fazer frente aos desafios da saúde no Brasil, bem como a demanda de novas ferramentas de formação e capacitação em saúde (QUAGLIA *et al.*, 2015). Compreendida

como uma nova possibilidade para a qualificação de profissionais, a tele-educação, se apresenta como uma estratégia para a educação permanente (EP) pelo emprego de novas tecnologias e pela inovação pedagógica na educação (MELO *et al.*, 2014). Com o objetivo de ampliar a resolubilidade e fortalecer a Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde, foi implantado em 2010 o Programa Telessaúde Brasil Redes Mato Grosso do Sul. O Programa apoiado pelo Ministério da Saúde faz uso de modernas Tecnologias de Informação e Comunicação-TIC para atividades a distância. Mato Grosso do Sul é um estado que apresenta uma extensão territorial ampla, e o Programa vem potencializar a atuação de profissionais da Atenção Básica em qualquer município do estado. Assim, as atividades de tele-educação (cursos, webconferências, Grupos de Interesse Especial (SIGs) e teleconsultorias síncronas) têm se revelado como potente ferramenta de educação permanente em saúde, capaz de ampliar o acesso dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) à informação, promovendo a atualização de práticas e fomentando a discussão acerca da melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada.

PALAVRAS-CHAVE: Tele-educação. Educação Permanente. Atenção primária a saúde.

ABSTRACT: With the implementation of the

Family Health Strategy (ESF), considered one of the main tactics of reorganization of services and reorientation of professional practices in Primary Care (AB), the need arises to build a new profile of workers to cope health challenges in Brazil, as well as the demand for new training and capacity building tools. Understanding as a new possibility for the qualification of professionals, tele-education, presents itself as a strategy for permanent education (EP) by the use of new technologies and pedagogical innovation in education. Thus, in order to increase the resolubility and strengthen the Basic Attention and Health Care Networks, the Telehealth Program Brazil Networks Mato Grosso do Sul was implemented in 2010. The Program supported by the Ministry of Health makes use of modern Information Technologies and Communication-ICT for distance activities. Mato Grosso do Sul is a state that presents a wide territorial extension, geographical access barrier to educational centers of presential educational activities, and the Program will enhance the performance of Family Health professionals in any municipality in the state. With registered data of professionals' registration, access to the program and access to web conferences in the period from 2010 to 2017, it is possible to demonstrate the trajectory of the experience and to list advances and challenges still to be overcome, such as the political support of municipal health managers, the hiring of professionals to expand the program and improve the quality of connectivity in municipalities.

KEYWORDS: Tele-education. Permanent Education. Primary health care.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos e devido ao contexto da reforma sanitária brasileira, outras possibilidades interpretativas relativas ao fenômeno saúde-doença, estipularam propostas de mudança na formação e educação em saúde, voltadas para a construção de novas possibilidades pedagógicas (CARVALHO; CECCIM, 2008). Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada uma estratégia prioritária de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais na Atenção Básica (AB), desde 1994, tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para que atuem na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005). A necessidade de construção de um novo perfil de trabalhadores para fazer frente aos desafios da saúde no Brasil, juntamente com a necessidade da formação e capacitação, coloca a tele-educação como estratégia diante do desafio de integrar novos modelos pedagógicos que contribuam com propostas transformadoras da realidade, mediante a adoção de novos paradigmas sobre o conhecimento e a aprendizagem (QUAGLIA *et al.*, 2015). Compreendida como uma nova possibilidade para a qualificação de profissionais no Brasil, (MELO *et al.*, 2014). a tele-educação, se apresenta como uma estratégia para a educação permanente (EP) pelo emprego de novas tecnologias e pela inovação pedagógica na educação. Esta modalidade de educação, passa a ser uma ferramenta

estratégica e importante para os profissionais, uma vez que oferece a oportunidade para produção do diálogo e cooperação entre eles, sem que precisem se deslocar de seus municípios (OLIVEIRA, 2007). Nesse contexto, insere-se a experiência das atividades de tele-educação, realizadas pelo Programa Telessaúde Brasil Redes Mato Grosso do Sul, implantado com objetivo de ampliar a resolubilidade e fortalecer a Atenção Básica e as Redes de Atenção à Saúde.

2 | OBJETIVO

Descrever as atividades de Tele-educação realizadas pelo Núcleo Técnico-Científico do Programa Telessaúde Brasil Redes em Mato Grosso do Sul no período de 2010 a 2017.

3 | METODOLOGIA

Para este relato foram selecionadas as atividades de tele-educação, desenvolvidas através de cursos, webconferências, Grupos de Interesse Especial (SIGs) e teleconsultorias síncronas, realizadas no período de 2010 a 2017 nos processos de educação e formação dos profissionais de saúde da Atenção Básica e gestores de saúde, ofertados pelo Telessaúde Mato Grosso do Sul.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ações em tele-educação iniciaram-se em 2010, em parceria com a Coordenadoria Estadual de Gestão Participativa – CGP, com o Curso Introdutório em Saúde da Família, Modalidade EAD para Conselheiros de Saúde, com 100 vagas para todo o Estado. Dos 80 alunos que efetivamente iniciaram o curso, 33 o finalizaram, o que corresponde a um percentual de 41,25% de aproveitamento. Registra-se a reflexão quanto à alta taxa de abandono real do curso (58,75% de alunos que de fato começaram o curso, com pelo menos 1 acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem – A.V.A.), ser ainda um importante desafio da educação a distância, histórico, a ser superado. Neste caso, conforme a avaliação dos alunos, as dificuldades relacionaram-se à metodologia a distância, às dificuldades com o acesso à internet, bem como na compreensão do funcionamento do A.V.A. No entanto, o Conselho Estadual de Saúde entendeu a estratégia como importante veículo inclusivo e aprovou a realização do curso. A CETEL em 2011, também coordenou nacionalmente, juntamente à Faculdade de Odontologia da UFMS, O SIG (*Special Interest Group*) Saúde Bucal Coletiva, ligado à RUTE (Rede Nacional de Telemedicina), cujo relato de caso rendeu menções honrosas (trabalhos premiados) em dois importantes eventos da área, respectivamente no XXI ENATESPO – Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público

Odontológico e na 47ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico – ABENO. No primeiro, seis trabalhos foram premiados, e no segundo, apenas três. Em 2012, o Telessaúde Mato Grosso do Sul, iniciou as webconferências, com a oferta de 111 ao longo desse período, que totalizaram, 3.646 conexões, com uma média de 32 municípios conectados por evento. As webconferências abordaram diversos temas, com foco na atenção à saúde, no processo de trabalho em Saúde da Família e na Gestão em Saúde, sempre tendo como base as melhores evidências e práticas disponíveis, contextualizadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à realidade do estado. Em geral, tiveram caráter multidisciplinar e, às vezes, foram direcionados para categorias profissionais específicas. Em 2013 à partir das demandas de Educação Permanente em Saúde da Família, o estado de Mato Grosso do Sul construiu, com base nas reuniões dos Planos Diretores de Assistência, o projeto do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família, utilizando-se pela primeira vez, recursos de tele-educação para larga escala. O curso contou, na sua primeira turma, com a participação de 277 profissionais de saúde, de 27 equipes distribuídas em 14 municípios do Estado. De acordo com as respostas obtidas, 96,5% dos alunos, consideraram a Tele-educação, uma modalidade de ensino adequada para a realização do Curso Introdutório. Dentre esses, o principal motivo identificado por 61% foi a acessibilidade geográfica, tempo e alcance das pessoas. Em relação às ações que os profissionais passaram a desenvolver a partir do final do curso, compreender a importância da educação permanente na atuação da ESF, foi identificada por 96,5% dos respondentes. Outra questão abordada foram os fatores dificultadores para a mudança da prática profissional. Os que fizeram o curso, mas não permaneceram na equipe, foi o fator dificultador mais citado pelos alunos (82,7%), seguida pela dificuldade do trabalho em equipe (44,8%). Em comparação ao curso para Conselheiros de Saúde, realizado anteriormente, a tele-educação contribuiu para um resultado satisfatório referente ao número de concluintes, com apenas 15,17% de evasão, ou seja dos 277 que iniciaram o curso, 235 o finalizaram. Em maio de 2017, a partir das demandas dos municípios e afim de ajudar o fluxo da Coordenadoria Estadual de Atenção Básica, iniciaram-se as teleconsultorias síncronas realizadas com agendamento prévio entre os municípios e os teleconsultores da equipe com temas referentes ao PMAQ e apoio para a implementação do Projeto Terapêutico Singular e demais dispositivos da Política da Humanização (PNH), os quais segundo os solicitantes tem colaborado como apoio institucional, possibilitando ouvir e individualizar as demandas por município, sem a necessidade de deslocamento ou gasto de recursos com consultorias. Ainda em 2017, o Telessaúde Mato Grosso do Sul, buscou a construção coletiva intersetorial e interinstitucional, do curso emPENHAD@as pela saúde, em parceria com a Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar - TJMS, pela Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres, Secretaria de Estado de Saúde e Maternidade Candido Mariano. O curso foi realizado na modalidade EaD, no período de outubro a dezembro de 2017, com carga horária de 40 horas e

489 participantes. Por meio destas atividades o Telessaúde Mato Grosso do sul, tem buscado desenvolver ações de apoio à Atenção à saúde e de educação permanente. Sobre esse aspecto, (DAVINI, 2009 apud SILVA, 2015), refere que é preciso que as instituições invistam em desenhos inovadores e eficazes de educação permanente, com base em equipes e que impliquem os diversos avanços das tecnologias e da educação a distância, especialmente pensando em alcançar o máximo possível de pessoas simultaneamente, sem perda de qualidade. A autora reforça que é possível potencializar a EP e em Serviço no SUS com os aportes das tecnologias de Educação a Distância (EaD), afirmando que tal integração pode fortalecer os processos de EP ao promover a aproximação da informação e do conhecimento das equipes, de forma colaborativa e inclusiva.

5 | CONCLUSÃO

As atividades de tele-educação desenvolvidas pelo Núcleo de Mato Grosso do Sul têm se mostrado como um novo dispositivo de inclusão digital, uma ferramenta para o aprendizado em equipe, por meio da educação permanente em saúde, promovendo a atualização de práticas e fomentando a discussão acerca da melhoria na organização do processo de trabalho e suas repercussões no acesso e na qualidade da assistência prestada, visando uma Atenção Primária a Saúde mais qualificada e resolutiva.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde**: aprendizados com a saúde coletiva. 2008. Disponível em: < http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_3658/EZIF5GLMKV.pdf> Acesso em: 17 out. 2017.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

MELO, F. R. M.; LIMA, M. S.; RAMOS JR, A. N.; HEUKELBACH, J.; CAMPO, M. O. C. Modalidade de educação a distância na formação profissional em saúde da família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p. 89-95, jan./mar. 2014.

OLIVEIRA, M. A. N. Educação a distância como estratégia para a educação permanente: possibilidades e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 5, p. 585-589, set./out. 2007.

QUAGLIA, I.; OLIVEIRA, A.; VELHO, A. P. M. Capacitação em saúde na educação a distância (EaD): uma análise sistemática do conteúdo. **Revista saúde e Pesquisa**, v. 8, p. 103-112, 2015. Disponível em: 58 <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3767/2516>>. Acesso em: 08 out. 2017.

SILVA, Adriane das Neves et al . Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1099-1107, Apr. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232015000401099&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015000401099>

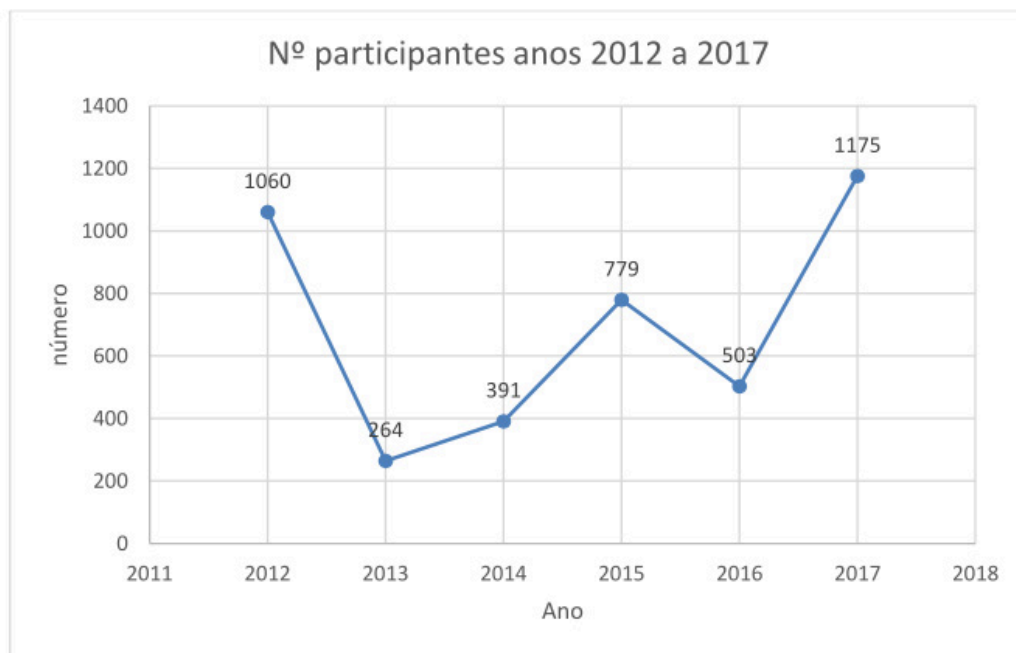


Gráfico 1 - Participações em atividades de Tele-educação na unidade federativa MS, do núcleo Núcleo Telessaúde Estadual do Mato Grosso do Sul no período de 2012 a 2017 – Fonte: CETEL/SES

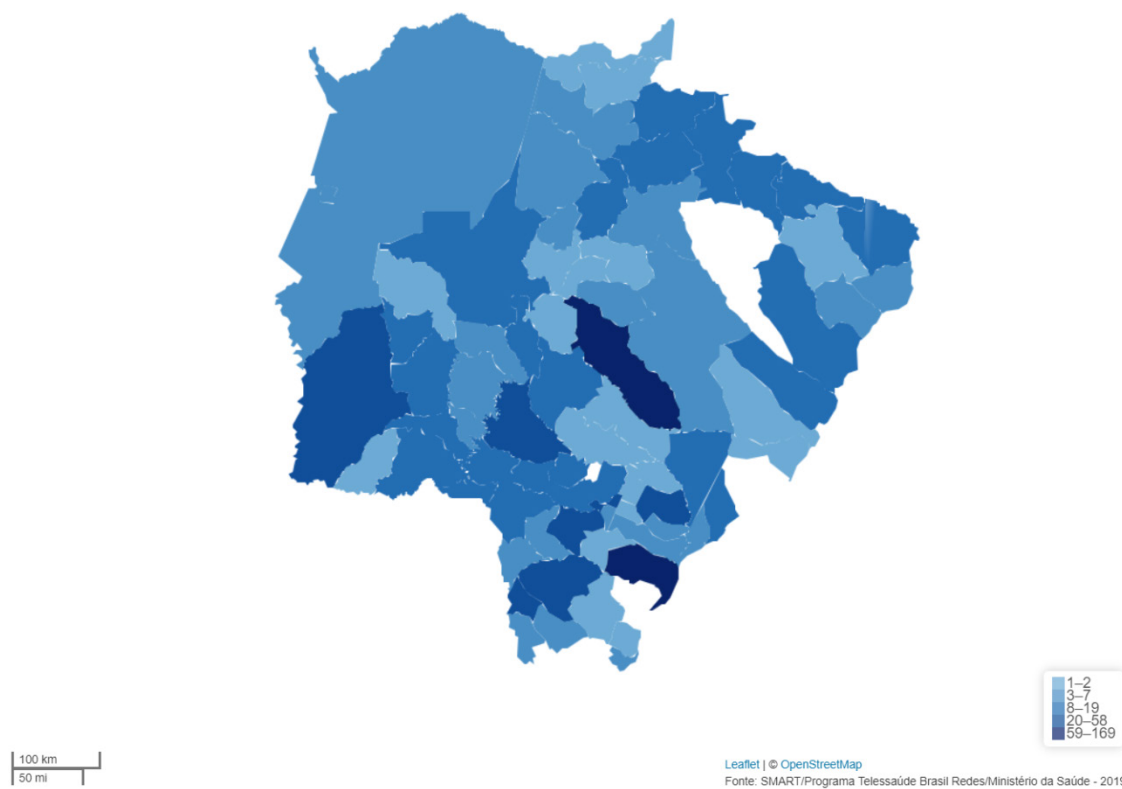


Gráfico 2 - Participações em atividades de Tele-educação na unidade federativa MS, do núcleo Núcleo Telessaúde Estadual do Mato Grosso do Sul no período de Jan/2017 a Dez/2017. – Fonte: <http://smart.telessaude.ufrn.br>

EDUCAÇÃO SOBRE ESTENOSES VALVARES

Caroline Link

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Leandra Schneider

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Ana Flávia Botelho

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Ana Flávia de Souza Lino

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

RESUMO: As estenoses valvares são cada vez mais prevalentes concordantes, além de outros fatores, com o envelhecimento populacional, sendo um problema atualmente vivenciado pelos brasileiros. Objetivando a produção de conhecimento sobre a doença, bem como informar e alertar a população, foram confeccionados e distribuídos panfletos informativos para orientar a comunidade. A ação de educação permite o reconhecimento dos sintomas mais comuns das estenoses valvares, ressalta a importância da busca por auxílio médico e favorece o diagnóstico correto,

o início precoce do tratamento e a garantia de melhora na qualidade de vida do paciente. Os acadêmicos participantes da atividade puderam adquirir maior conhecimento sobre a adaptação do conhecimento obtido em linguagem científica para a linguagem acessível ao público leigo, além de estreitarem vínculos com a comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Estenose. Cardiopatia. Extensão.

ABSTRACT: Valvular stenosis are increasingly prevalent, in addition to other factors, like population aging, being a problem currently experienced by Brazilians. Aiming the production of knowledge about the disease, as well as informing and alerting the population, informative pamphlets have prepared and distributed to guide the community. The education action allows the recognition of the most common symptoms of valvular stenosis, emphasizes the importance of the search for medical assistance and favors correct diagnosis, early treatment initiation and the guarantee of improvement in the patient's quality of life. The academics participating in the activity were able to acquire more knowledge about the adaptation of the knowledge obtained in scientific language to the accessible language to the lay public, as well as to strengthen ties with the community.

KEYWORDS: Stenosis. Cardiopathy. Extension.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil, na sua condição de país em desenvolvimento e em transição demográfica, levando em consideração suas amplas variedades étnicas e socioeconômicas, apresenta um perfil de doenças cardiovasculares distinto em relação à maioria dos países, com destaque para as valvopatias. Dessa forma, apresenta prevalência ainda importante de estenose valvar em decorrência de febre reumática em indivíduos jovens e aumento progressivo nos índices da mesma doença na população mais idosa, devido a causas degenerativas (TARASOUTCHI et al, 2011).

A prevalência da estenose da valva aórtica, por ser principalmente de ordem degenerativa, está aumentando, muito por conta do envelhecimento populacional. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2050, a população brasileira com idade superior aos 75 anos de idade representará 10% do total populacional, correspondendo a cerca de 26.000.000 indivíduos; destes, aproximadamente 3% terão estenose aórtica (KATZ, 2010).

Já no caso da estenose da valva mitral, esta é majoritariamente secundária à doença cardíaca reumática, sendo mais comum em países em desenvolvimento, por estes terem demasiadamente maior incidência de febre reumática, em comparação a países desenvolvidos, atingindo em maior proporção adultos jovens (GOLDMAN, 2011).

Mesmo sendo uma doença epidemiologicamente importante, que caso não tratada afeta intensamente a qualidade de vida dos pacientes afetados, ainda não é uma enfermidade tão divulgada quanto outras doenças cardíacas. Portanto, com base na importância epidemiológica das estenoses valvares, na abrangência de fatores completamente diversos relacionados a cada modalidade da doença e no parco conhecimento da população em geral sobre o tema, os acadêmicos de medicina membros da Liga de Clínica e Cirurgia Cardíaca – LACCOR e da International Federation of Medical Students' Association - *IFMSA* Brazil da Universidade Estadual de Ponta Grossa promoveram ações de educação em saúde a fim de ampliar o conhecimento e conscientizar a população acerca das estenoses valvares.

2 | OBJETIVOS

Diante da necessidade de correto diagnóstico e acompanhamento, uso adequado de recursos e tratamento intervencionista no momento certo da história natural das estenoses valvares, para que se tenha uma menor morbimortalidade associada a essa doença, atividades de orientação foram realizadas com objetivo de promover o acesso da população a uma fonte de informações confiáveis e de qualidade sobre a doença, possibilitando maior conhecimento sobre o tema em geral, com maior ênfase sobre sua sintomatologia.

A educação em saúde é importante para que os indivíduos conheçam possíveis

formas de evitar a enfermidade, reconhecer as manifestações clínicas, tomar ciência sobre diferentes formas de tratamento e outros cuidados, além de ressaltar a importância do acompanhamento médico com um especialista.

Assim, aumentando o conhecimento da população leiga, a conscientização possibilita que, em caso de aparecimento de manifestações clínicas, o paciente possa reconhecê-los com maior facilidade e buscar atendimento médico, permitindo o diagnóstico precoce, tratamento adequado e melhoria da qualidade de vida.

3 | METODOLOGIA

As ações de educação em saúde são atividades de ensino-aprendizagem, visando a prevenção e o diagnóstico precoce, que podem ser realizadas com a população em geral, com o objetivo de contribuir para a reflexão, formação de conhecimento e de uma consciência crítica a respeito das doenças e possibilitar ações do indivíduo para a melhora de sua realidade e qualidade de vida (BRASIL, 2011). Com base nisso e por conta de o conhecimento acerca das estenoses valvares ser escasso pela população leiga, assim como a doença, caso não diagnosticada e tratada corretamente, ser potencialmente letal, faz-se necessário alertar e conscientizar a população, informando-a para que tenha condições de reconhecer sintomas que podem estar associados à disfunção.

Os acadêmicos de medicina membros da Liga de Clínica e Cirurgia Cardíaca – LACCOR e da International Federation of Medical Students' Association – IFMSA Brasil elaboraram e realizaram a distribuição de panfletos informativos sobre as estenoses valvares (Figura 1), informando sobre o que é a doença, suas causas, manifestações clínicas, sobre o diagnóstico, formas de tratamento e orientações gerais. A população abordada foi orientada sobre as principais características da doença e as dúvidas sobre a doença foram sanadas.

ESTENOSES VALVARES

O que são estenoses valvares?

O coração é um órgão dividido em quatro áreas ou câmaras, sendo elas dois átrios, responsáveis por receber sangue do corpo, e dois ventrículos, um dos quais envia sangue para o pulmão através da artéria pulmonar (ventrículo direito) e o outro, para todo o restante do corpo através da artéria aorta (ventrículo esquerdo). Para manter o fluxo sanguíneo na direção correta, mantendo as a normalidade das funções do organismo, o coração tem quatro valvas: aórtica (entre o ventrículo esquerdo e a artéria aorta), mitral (entre o átrio e o ventrículo esquerdo), tricúspide (entre o átrio e o ventrículo direitos) e pulmonar (entre o ventrículo direito e a artéria pulmonar), que se abrem para permitir que o sangue seja bombeado para frente e se fecham para impedir que volte para trás.

Sabendo disso, estenose é uma doença em que a abertura da valva é mais estreita, o que diminui a quantidade de sangue que pode ir para frente. A estenose da valva aorta e a estenose da valva mitral são as mais comuns.

Qual é a causa das estenoses valvares?

Os problemas das valvas cardíacas podem ser devido a malformações congênitas, ao envelhecimento ou a outras doenças.

A estenose aórtica é mais comumente causada por deposição de cálcio na valva, não associada a outras doenças, o que aumenta a rigidez da valva, e por consequência, diminui orifício disponível para a passagem de sangue; pode estar relacionada a alguma má formação congênita; e também pode ser causada por doença reumática, que causa fibrose e obstrução da valva.

Por sua vez, a estenose mitral é mais causada por febre reumática, uma seqüela decorrente de infecção causada pela bactéria *Streptococcus* na garganta, causando o fechamento da valva.

Como se manifestam?

Os sintomas variam dependendo da valva afetada.

Na estenose aórtica os principais são: dor constritiva e intensa no peito; desmaios; insuficiência cardíaca, podendo ter falta de ar, fraqueza e cansaço aos esforços e tosse.

Em caso de estenose mitral os sintomas passam a ser: falta de ar; falta de ar ao se deitar; sono interrompido por uma sensação de falta de ar; eliminação de sangue vivo, procedente das vias aéreas juntamente com a tosse; rouquidão; inchaço; barriga d'água; batimentos cardíacos rápidos ou irregulares.

Como se faz o diagnóstico?

As estenoses valvares podem ser diagnosticadas através da associação

de história da doença, análise dos sintomas, história familiar de problemas cardíacos e exame físico completo, com destaque para a ausculta cardíaca.

Além disso, seu médico poderá pedir exames complementares, tais como eletrocardiograma, radiografia de tórax, análises de sangue, ecocardiograma e cateterismo cardíaco.

Qual é o tratamento?

O tratamento pode ser feito através de medicamentos ou de intervenção cirúrgica.

Na estenose aórtica o tratamento medicamentoso é feito com o uso de antibióticos para prevenir a endocardite bacteriana; em pacientes que também possuem insuficiência cardíaca, diuréticos podem ser usados.

Na estenose mitral, se houver falta de ar, devem ser usados medicamentos diuréticos; se houver taquicardia, betabloqueadores.

A intervenção cirúrgica pode ser feita através de valvuloplastia percutânea com balão, procedimento em que é introduzido através da válvula cardíaca estreitada um pequeno cateter com um balão na ponta, que é então insuflado e puxado para trás através da válvula para a alargar; valvulotomia utilizando a cirurgia tradicional, em que o cirurgião abre o coração e separa os folhetos da válvula que se encontram fundidos; e pela substituição valvular,

que substitui as válvulas cardíacas defeituosas por uma válvula mecânica, feita de plástico ou Dacron, ou por uma válvula biológica feita de tecido retirado de porco, vaca ou de um dador humano falecido.

Como posso evitar as estenoses valvares?

Algumas das causas de estenose não são preveníveis, tais como degeneração pelo envelhecimento. Mas devem ser tomadas medidas para prevenir a febre reumática, tomando os antibióticos exatamente conforme prescrição médica.

Devem-se tratar doenças como pressão alta, obesidade e colesterol alto, evitar o tabagismo e ter uma alimentação saudável, para, em caso de doença, evitar a piora do quadro clínico.

Se você tiver estenose, o médico pode recomendar a limitação de atividades que exijam muito esforço para evitar sobrecarregar o coração.

Apoio:



Figura 1 – Material sobre estenoses valvares.

Fonte: os autores.

4 | RESULTADOS

Foram realizadas, no dia 09 de julho de 2017, atividades de orientação à população no Terminal Central do município de Ponta Grossa (Figura 2). Os indivíduos abordados puderam entender o que são estenoses valvares, quais pessoas são mais afetadas, qual a etiopatogenia da doença, seus principais sintomas, bem como possíveis formas de prevenção, diferentes modalidades de tratamento e demais orientações, ressaltando a importância do diagnóstico por um médico especialista. Além de ser uma oportunidade para contribuir para a melhoria do conhecimento da população acerca da enfermidade, possibilitando uma melhor qualidade de vida, a experiência de transmitir o conhecimento científico, adaptando-o didaticamente para melhor compreensão da população leiga propiciou aos acadêmicos uma oportunidade de aprendizado sobre os meios de transmitir uma informação em linguagem acessível, fortalecendo, assim, o vínculo entre a comunidade e os acadêmicos.



Figura 2- Orientação à população.

Fonte: os autores.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de campanhas por meio de instrumentos e linguagem didática permite chamar a atenção da comunidade, em especial dos portadores da enfermidade, e conscientizá-la acerca de uma doença que não é demasiadamente divulgada, mas que, caso não diagnosticada e tratada a tempo, pode levar o paciente à morte em poucos meses. Dessa forma, a ação permite acesso a informações confiáveis, a consolidação do conhecimento com embasamento científico e a conscientização a respeito dos efeitos da doença, fornecendo maior subsídio para ações de prevenção e também para diagnóstico precoce, visando melhoria da qualidade de vida da sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2011. p. 120.

CARABELLO B.A. **Doença Valvar Cardíaca**. In: GOLDMAN, L. AUSIELLO, D. Cecil Medicina. Rio de Janeiro, Elsevier. p. 612-619. 2011.

KATZ, M. **Estenose Aórtica Grave em pacientes Assintomáticos: o Dilema do Tratamento Clínico versus Cirúrgico**. Arq bras cardiol, v. 95, n. 4, p. 541-546, 2010.

TARASOUTCHI, F.; MONTERA, M. W.; GRINBERG, M.; BARBOSA, M. R.; PIÑEIRO, D. J.; SÁNCHEZ, C. R. et al. **Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011**. Arq Bras Cardiol, v. 97, n. 5, p. 1-67, 2011.

EDUCATION AGAINST TOBACCO – UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (EAT/UFLA): PREVENÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA REALIZADA POR GRADUANDOS EM MEDICINA

Daiana Carolina Godoy

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Isabela Lima Cortez

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Gabriela Campbell Rocha

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Raquel Castro Ribeiro

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Tatielle Pedrosa Novais

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Rodrigo Adriano Paralovo

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

Vitor Luís Tenório Mati

Universidade Federal De Lavras
Departamento de Ciências da Saúde
Lavras - Minas Gerais

RESUMO: O tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, gradualmente, a idade inicial para o uso do tabaco torna-se mais precoce, levando ao aumento do número de óbitos. Sabe-se que a maioria dos fumantes adultos tiveram o primeiro contato com produtos derivados do tabaco quando adolescentes e que são os jovens os mais influenciáveis ao início do tabagismo. Nesse contexto, o EAT – Education Against Tobacco - é uma rede multinacional formada por estudantes de medicina que atua na prevenção do tabagismo em adolescentes de 12 a 17 anos. As ações do EAT, com alvo nessa população, seguem um currículo aprovado e padronizado, o qual inclui uma metodologia lúdica e elaborada para uma prevenção eficaz e está sendo aplicado em escolas distribuídas pelo mundo todo. Esse capítulo apresenta a rede internacional EAT e uma de suas unidades, o EAT/UFLA, composta por estudantes de medicina da Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, Brasil, da qual os autores são membros.

PALAVRAS-CHAVE: prevenção, tabagismo, adolescentes, saúde, educação.

ABSTRACT: Smoking is the major cause of preventable death according to World Health Organization (WHO) and, gradually, the starting

age for tobacco use becomes earlier, increasing the number of deaths. It is known that the majority of adult smokers had their first contact with tobacco products when adolescents and young people are the most influenced to start smoking. In this context, EAT – Education Against Tobacco - is a multi-national network formed by students of medicine that acts in the prevention of smoking in adolescents 12 to 17 years. The actions of the EAT, targeting this population, follow an approved and standardized curriculum. Its methodology is playful and elaborate for effective prevention. Furthermore, it has been implemented in schools distributed all over the world. This chapter introduces the international network of EAT, and one of its units, the EAT/UFLA, composed of medical students from the Federal University of Lavras, Minas Gerais, Brazil.

KEYWORDS: prevention, smoking, teenagers, health, education.

1 | INTRODUÇÃO

O EAT – Education Against Tobacco - é uma rede multinacional formada por estudantes de medicina de todo o mundo. Esse projeto foi criado em 2012 pelo alemão Titus Brinker e, desde então, tem expandido sua atuação. Hoje a rede EAT está implementada em mais de 80 escolas médicas de 14 países. O EAT recebe o apoio de renomadas instituições como Brigham and Women’s Hospital e Harvard Medical School.

No Brasil, o EAT/Brasil foi implementado em 2016 e três anos após a sua fundação, o programa já está estabelecido em 15 faculdades de medicina, algumas delas Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Universidade de Itaúna (UIT), Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT); totalizando mais de 200 estudantes se voluntariando para educar mais de 8.000 adolescentes brasileiros, por ano.

A equipe do EAT/BRAZIL está sempre à frente e ativa, organizando eventos e/ou concursos, como o concurso de redação chamado “Prêmio EAT-Brasil de Controle do Tabagismo” para reconhecer as melhores ideias, a fim de melhorar o controle do tabagismo no Brasil. Desde então, o EAT tem trabalhado muito em prol da prevenção do tabagismo em adolescentes, para levar melhoria na qualidade de vida desses jovens.

Segundo a nova pesquisa realizada pelo EAT/BRAZIL, publicada em 21 de fevereiro de 2019, (LISBOA et al., 2019) cerca de 667 adolescentes brasileiros por ano, ou pararam de fumar ou não começaram a fumar devido a nossas ações. Isso mostra a relevância da ação do programa no Brasil e como é importante que estudantes de medicina continuem motivados a participarem desse programa visando a sua expansão e a prevenção do tabagismo.

O tabagismo é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a

principal causa de morte evitável no mundo. Dessa forma, o EAT consiste em um conjunto de estudantes de medicina pelo mundo todo, que visa à promoção da saúde no âmbito preventivo de se evitar novos casos de tabagismo e, com isso, novos casos de infartos, de cânceres, Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs), Doenças Pulmonares Obstrutiva Crônicas (DPOCs), enfisemas pulmonares, tabagismo passivo, dentre outras enfermidades decorrentes do tabagismo ativo. Ao prevenir o fumo na adolescência, o EAT/Brasil previne mortes e melhora a qualidade de vida de muitas pessoas.

Esse projeto trabalha de maneira lúdica, profissional e técnica, a fim de despertar o interesse dos adolescentes e fazer com que eles percebam o quão prejudicial o tabagismo é para a saúde. Além de prevenir o uso do cigarro, o EAT também aborda a prevenção do uso de outros instrumentos que utilizam o tabaco, como o narguilé, o cigarro eletrônico, rapé, charuto, cachimbo e cigarro de palha, que muitas vezes se passam por inofensivos, mas que são extremamente prejudiciais à saúde, até mais que o cigarro de papel. Dessa forma, o programa antitabagista aborda essa questão tirando muitas dúvidas dos alunos sobre esses instrumentos, aconselhando-os para que tenham noções mínimas e básicas sobre o tema.

Embora o EAT seja uma rede que visa ajudar os adolescentes, tendo os mesmos como público alvo, o programa auxilia também os estudantes de medicina que participam do projeto, visto que os acadêmicos ficam melhores informados sobre as doenças ocasionadas pelo tabagismo, sobre os fatores biopsicossociais que o envolve e, também, sobre as diversas formas de se utilizar o tabaco. Além disso, como profissionais de saúde em formação, é importante a percepção destes quanto a realidade do ensino fundamental e médio no Brasil. Isso inclui entender a visão desses adolescentes sobre o tema e aprender como discutir com mais confiança sobre o tabagismo, de forma que esse assunto não seja um tabu ou um empecilho. O tema é sempre tratado de forma natural, dinâmica, lúdica e com uma abordagem médica.

Tendo isso em vista, neste capítulo descreve-se como o EAT age na comunidade, como ele pode ser útil na formação complementar dos estudantes de medicina, sendo discutida sua relevância para toda a sociedade.

1.1 Atuação do Education Against Tobacco (EAT/UFLA)

O tabagismo consiste na principal causa de morte evitável no século XXI, além de ser também a principal causa de enfermidades evitáveis, como o enfisema pulmonar e bronquite crônica. Em 2015, o tabagismo foi responsável por 156.216 mortes no Brasil (LISBOA et. al, 2019).

Cada vez mais a idade inicial para o uso do tabaco se torna mais precoce. Isso é devido ao fato de que os adolescentes estão expostos a diversos fatores de risco para o tabagismo, como a influência social do meio, influência midiática e a necessidade de se tornar parte de um grupo.

Sendo assim, notou-se a necessidade de tomar medidas preventivas para o

controle do tabagismo, agindo na faixa etária onde há a maior apresentação ao tabaco, ou seja, alunos do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano de ensino médio. A rede Education Against Tobacco vem justamente com esse propósito. É um programa que conta com mais de 3500 estudantes de medicina e médicos em 14 países, que se voluntariaram para atuarem em instituições escolares e realizarem ações que auxiliam na prevenção ao tabagismo (LISBOA et al., 2019).

As ações do EAT seguem o currículo aprovado e padronizado EAT para a prevenção do tabagismo nas escolas pelo mundo todo. Nesse currículo padrão EAT, é observado várias atividades lúdicas com os jovens, trabalhando sempre com adolescentes da faixa etária de 12 a 17 anos de idade. Essa é a idade de maior chance de experimentação do tabaco. Segundo pesquisa realizada em 2015 (BRINKER e SEEGER, 2015), um dos fatores que justificam a grande efetividade do programa EAT são atividades lúdicas, acessíveis e apropriadas para o público jovem que atingem justamente a faixa etária estratégica. Essas atividades, propostas pelo currículo EAT, conseguem despertar a atenção do aluno e incentivá-lo a não iniciar o uso do tabaco.

Exemplos dessas atividades são: observar características de um pulmão saudável; escrever sobre os principais problemas de saúde decorrentes do tabagismo em folha padronizada e ilustrada; comparar fotos de gêmeos univitelinos, sendo um fumante e o outro não; estudar os acometimentos estéticos e dermatológicos do cigarro no fumante; dinâmicas de atividade física para simular o respirar do tabagista; realização de experimentos que simulam uma “máquina de fumar”; amostragem de equipamentos de uso de tabaco em suas variadas formas, como narguilé, charuto, rapé, entre outros; uso de softwares desenvolvidos pela Rede EAT para realização de selfies e observação dos acometimentos no rosto. Enfim, dentre outras diversas atividades que trabalham as vantagens de ser um não fumante, principalmente, sempre estudando todos os possíveis acometimentos do tabagismo na vida da pessoa como um todo.

Um exemplo de uma estratégia utilizada pela rede EAT é a dinâmica da atividade física, que sempre é bem recebida entre os jovens e conscientiza-os. É uma atividade bem simples que simula a respiração de um fumante. Ela funciona da seguinte maneira: os jovens fazem um minuto de exercícios físicos variados, como polichinelos e corrida no mesmo lugar; logo após, eles prendem o nariz e devem respirar apenas pelo canudo que está em suas bocas. Dessa forma, eles conseguem notar como é a respiração de um tabagista e repensam o uso do cigarro.

Essa variedade de atividades auxilia no aconselhamento efetivo e já comprovado por estudos realizados pelos grupos EATs ao redor do mundo.

O EAT/UFLA, unidade do EAT composta por estudantes da Universidade Federal de Lavras, Minas Gerais, Brasil, também utiliza essa metodologia e currículo EAT, e já atendeu mais de 900 estudantes das redes estadual, municipal e particular em apenas um ano e meio de vigência do programa nesta Escola Médica. O EAT/UFLA, foi fundado pela estudante de medicina Daiana Carolina Godoy em meados de 2017

e a meta esperada no momento de sua criação era o atendimento de cerca de 400 adolescentes por ano. Contudo essa meta foi ultrapassada e o grupo tem atendido, em média, 600 jovens por ano, conseguindo chegar em mais de 40 turmas - de cerca de 30 alunos em cada – por ano. Isso mostra a grande demanda pelo EAT e por suas intervenções por parte da sociedade lavrense, que possui mais de 15421 jovens matriculados no ensino fundamental e médio segundo IBGE de 2010.

As diferentes instituições escolares pelas quais o EAT/UFLA já passou, apresentaram muitas queixas sobre o uso do tabaco muito precocemente pelos jovens. Esse uso seria maior na forma do cigarro de palha do que do cigarro de papel e expressa-se como uma forte influência social da atualidade, sendo o cigarro ainda visto como fator de inclusão social. Além disso, também há relatos sobre a utilização do cigarro eletrônico, tão disseminado entre os adolescentes dos EUA, febre mundial e, também, já presente no Brasil. Assim, as intervenções EAT foram e são de grande importância para essa realidade, que lida cada vez mais precocemente com o início da utilização do tabaco.

Ao longo das atividades e intervenções, percebe-se que os adolescentes atendidos possuem diferentes reações quanto às ações do EAT, variando seus níveis de compreensão de acordo com suas idades – quanto mais novos, mais participativos - e que os professores que acompanharam diretamente essas intervenções, apresentaram observações e análises positivas a respeito das atividades desenvolvidas pelo EAT/UFLA. O professor da escola presente na sala de aula recebe uma folha com dados, onde é solicitado a indicação de sugestões, possibilidades de melhoria e avaliação da intervenção como um todo, avaliando-se também se a linguagem utilizada pelos extensionistas está acessível aos jovens e se os materiais estão adequados. Cerca de noventa e sete por cento dos professores lavrenses avaliaram as intervenções do EAT/UFLA como sendo ótimas e adequadas para o público-alvo, sendo de grande relevância o tema tratado pelo EAT/UFLA. Isso indica que esse grupo trabalha de forma séria e cautelosa, para que esteja sempre atento à receptividade das informações e dos conhecimentos por parte dos adolescentes e, assim, poder, realmente, fazer a diferença na vida desses jovens por meio dessas intervenções.

Outra contribuição do trabalho do EAT/UFLA diz respeito à conscientização dos adolescentes sobre o fumo passivo, muito desconhecido por eles. Segundo a AMB – Associação Médica Brasileira - o tabagismo passivo é considerado a 3ª causa de morte evitável no mundo, após o tabagismo ativo e o alcoolismo. Além da exposição de crianças à fumaça, fetos também são atingidos na vida intrauterina, quando a mulher grávida é fumante. No Brasil, também segundo a AMB, as estimativas indicam 9 a 12 milhões de crianças menores de 5 anos são expostas a essa poluição ambiental, das quais 43% vivem em domicílios com pelo menos um fumante. Isso mostra uma das fortes demandas da sociedade em relação ao tabagismo, o qual não atinge somente o fumante ativo, mas também o passivo, fato ainda muito desconhecido pela população, principalmente pelos jovens. Dessa forma, obtendo-se conhecimento sobre esse

assunto, há maior tendência por parte do jovem de não iniciar o uso do tabaco.

Ademais, as intervenções do EAT/UFLA podem ter gerado mais conhecimentos para os adolescentes atendidos e esses jovens, conseqüentemente, podem influenciar, positivamente, em seus ambientes domiciliares, levando mais informações para os pais e parentes, possíveis fumantes. Assim, as ações do EAT/UFLA podem contribuir para a redução de índices de tabagistas, principalmente a longo prazo e, assim, reduzir também possíveis gastos governamentais futuros no âmbito de recuperação em saúde, decorrentes dos danos provocados pelo tabagismo. Hoje já se sabe que esses gastos governamentais não são pequenos.

O custo por paciente tabagista chega a ser mais de R\$534,00 em programas implementados para estimular tabagistas a pararem de fumar (MENDES, 2016). De acordo com (UGÁ e PINTO, 2011), o custo do tratamento de um paciente com câncer de pulmão com histórico de tabagismo em um hospital especializado em câncer foi de R\$ 28.90. Outro estudo, mostra que o custo do tratamento de um paciente com câncer de pulmão do tipo não pequenas células (CPNPC) avançado no hospital Inca variou entre R\$101,71 e R\$90.861,72, sendo em média R\$8.929,82, à parte expressiva do custo individual médio relaciona-se ao cuidado ambulatorial da fase de manutenção, onde se concentram os custos com quimioterapia e radioterapia (KNUST et al, 2017).

Dessa forma, o EAT/UFLA pode contribuir em prol da redução desses tão onerosos valores, a longo prazo. Logo, o grupo pretende continuar atuando em mais instituições escolares, atingindo o maior número de estudantes possível e perpetuando esse trabalho tão relevante para a promoção da saúde na atenção primária.

Outro ponto relevante do EAT diz respeito aos ganhos para os alunos de medicina participantes do programa. Os acadêmicos aprendem a como se portar em público, adequar sua linguagem, ministrar explicações adequadas à cada faixa etária e a lidar com diferentes pessoas. O estudante desenvolve dinamismo e pro atividade durante as atividades do projeto, que contribuem para seu crescimento pessoal e garantem uma maior experiência para lidar com situações que ele deverá enfrentar em sua prática médica futura.

Ademais, cada membro do EAT fica responsável por umas das áreas a serem resolvidas, as coordenadorias. Os próprios estudantes gerenciam quais escolas serão visitadas, quais serão os horários de visitaçã, buscam patrocínios para auxiliar o programa, atentam-se para atualizações na literatura sobre o tema abordado, dentre outras funções, o que gera grande autonomia e desenvolvimento pessoal.

Além disso, o estudante de medicina amplia seus conhecimentos acerca dos efeitos do tabagismo no organismo e das doenças causadas e potencializadas pelo mesmo, aumentando assim seus conhecimentos sobre doenças extremamente prevalentes na sociedade atual, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). No Brasil, a DPOC, doença causada primariamente pelo tabagismo e que consiste na presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, é a sexta maior causa de morte e responsável por um quarto de todas as hospitalizações no setor público, por problemas

respiratórios (BRASILEIRO, 2014).

Ademais, o programa também auxilia os futuros médicos, a abordar a temática do tabagismo em toda a sua complexidade, mantendo uma atualização constante. Este é um ponto essencial, pois desta forma, o futuro médico terá maior experiência prévia e conhecimento prático e teórico, além do aprendizado durante a graduação. O estudante saberá lidar com seus pacientes com esta condição no futuro, sabendo encaminhá-los para grupos de apoio, sabendo auxiliá-los no processo de parar de fumar e servindo de apoio neste momento que é tão delicado.

Nesse sentido, a rede EAT desenvolveu também o aplicativo software Smokerstop (Figura 1), que foi traduzido por nós EAT/Brazil. O Smokerstop tem como objetivo ajudar os tabagistas que desejam cessar o vício. O aplicativo apresenta quatro plataformas; a primeira com objetivos, que podem ser traçados pelo usuário; a segunda denominada mentor, que mostra informações sobre o tabagismo, como benefícios por cessar, ou malefícios por fumar, mostra questões financeiras e dicas como terapia em grupo e como lidar com o estresse; a terceira plataforma, mostra as vantagens de cessar o tabagismo a cada minuto no corpo humano, como “sua pressão sanguínea diminui”; e quarta plataforma, mostra o comportamento tabagístico de acordo com a quantidade de cigarros/dia, calculando a nicotina (mg), alcatrão (mg), monóxido de carbono (mg) e preço. Além disso, informa-se a data em que parou de fumar, e a partir disso, começa-se a contagem do fim do vício.

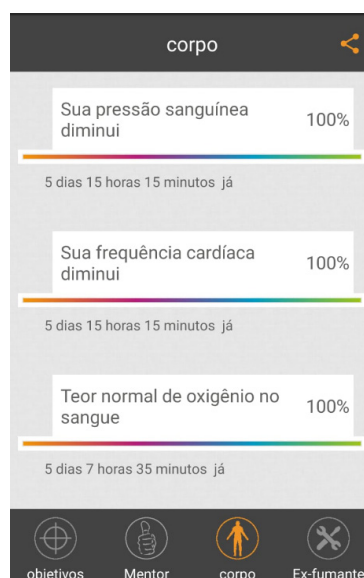


Figura 1 - Plataforma do Software SmokerStop - desenvolvido pela rede EAT - demonstrando os efeitos da cessação do tabagismo no corpo humano

Fonte: Brinker, 2015.

Outro software também desenvolvido pela Rede EAT é o Smokerface. Esse aplicativo, até mais utilizado pelos extensionistas em suas intervenções com os adolescentes, em que fazem selfies com os celulares, utilizando esse aplicativo. Essas fotos são projeções futuras de como seria a face da pessoa, caso ela fosse fumante

por vários anos, gerando, assim, um fotoenvelhecimento, tendo opções de tabagista (1 maço por dia) e não tabagista, além da opção para selecionar o período de anos (1, 3, 6, 9, 12, 15 anos). Por meio desse software, é possível identificar as alterações na pele, como presença de rugas, acnes, linhas faciais mais marcadas, dentes amarelados, olhar mais caído e triste, expressão de tristeza, pálpebras mais caídas, maior rapidez, menor elasticidade da pele, dentre outras características de uma pessoa fumante. Na Figura 2 é exemplificado o uso desse software, mostrando o “antes e depois” de uma pessoa não fumante para fumante, ressaltando as alterações na aparência. Nessa representação, a pessoa projetada no aplicativo também é capaz de tossir com maior frequência, espirrar e retirar mais muco do garganta, exemplificando de forma lúdica, aspectos característicos de um fumante.



Figura 2 - Uso do software SmokerFace desenvolvido pela rede EAT

Fonte: Do autor (2017).

O EAT/UFLA promove ainda atividades além das intervenções nas escolas com os adolescentes. O grupo já realizou o I Ciclo de Palestras Interativas do EAT/UFLA em abril de 2018 que ocorreu na UFLA. Neste evento estiveram presentes profissionais da área, como um médico da família e um pediatra os quais debateram, respectivamente, sobre a questão do tabagismo na atenção primária e sobre implicações do fumo na gestação e no desenvolvimento do feto. Além de um farmacêutico que finalizou o evento com uma abordagem sobre os avanços da farmacologia dentro desse tema. Neste evento pode-se também abrir discussão para uso de drogas ilícitas, o que proporcionou ricas discussões.

Além disso, o EAT/UFLA se mostra muito ativo também nos eventos que são tradição na UFLA: O UFLA portas abertas (Figura 3) e o UFLA faz extensão. O primeiro,

a universidade é aberta para estudantes de ensino médio, os quais conhecem o ambiente acadêmico, as atividades de cada curso e também ficam conhecendo o EAT. O segundo, a universidade é aberta para toda a comunidade lavrense, a qual conhece toda a UFLA, que fica exposta com seus grupos de estudos e de estudantes apresentando sobre as atividades do EAT. Essa grande gama de atividades feitas por esse grupo e todo o modo como o grupo se mantém à frente de seu tempo, sempre inovando, sempre ativo e participativo pode ser um dos motivos do sucesso do grupo EAT/UFLA e de seu potencial diferenciador.



Figura 3 – Extensionista do EAT/UFLA durante o evento “UFLA portas abertas”

Fonte: Do autor.

1.2 Recepção e demandas escolares

Os adolescentes são os mais susceptíveis ao tabagismo e à sua iniciação. Vários fatores foram indicados como fortes influenciadores dessa iniciação e manutenção, fatores sociodemográficos como idade, sexo, escolaridade e condição econômica, as relações sociais, o uso concomitante de álcool e propagandas do cigarro (CAMARGOS et al., 2017).

A partir desses fatores citados, percebe-se que as escolas, são locais adequados para a atuação do projeto Education Against Tobacco (EAT/UFLA), pois nos colégios são formados os vínculos e conhecimento, sendo a instituição constituída pela diversidade social. A educação escolar é essencial para formação humana e intelectual, para possibilitar o ser humano a viver em sociedade (OLIVEIRA et al., 2013).

Portanto, o EAT/UFLA chega à diretoria das escolas através de uma cartilha levada pessoalmente pelos membros do grupo, é discutido com os coordenadores, e

agenda-se as datas para as ações nas salas de aula. Sempre ocorrem boas recepções nas escolas. Os próprios supervisores dos colégios já avisam com antecedência para seus alunos sobre o agendamento das atividades do EAT, para que se evite, ao máximo, que alunos falem no dia de intervenção do grupo e, assim, atingir o máximo de adolescentes possível.

Nos dias de ação do programa dentro das salas de aula, as duplas encaminhadas pela diretoria do EAT são recepcionadas pelo professor na sala de aula, este acompanha toda a dinâmica e, na maioria das vezes, também participa.

Cada turma apresenta uma característica peculiar, o que as torna diversificadas. Cada turma tem seu aluno mais participativo, outro mais silencioso, mas os extremos resultam em um equilíbrio. Dessa forma, cada sala se transforma em um desafio para os membros do programa, e origina novos aprendizados.

No início de cada ação, ao perguntar se algum familiar ou amigo próximo fuma, a grande maioria da turma se manifesta respondendo que sim, o que abre a discussão para dois assuntos: o primeiro, sobre o relacionamento com os pais e amigos e a influência sobre o comportamento de fumar, principalmente levando em consideração que o ato de fumar está estreitamente relacionado à aceitação e à permanência do jovem em determinados grupos sociais (ABREU e CAIAFFA, 2011); segundo, o tabagismo passivo, considerado um importante problema de saúde pública, sendo indispensáveis ações e campanhas antitabagistas enfatizando este tema. As crianças fumantes passivas, além de sofrerem maior risco de contrair doenças respiratórias, parecem ser mais vulneráveis e imunologicamente mais deprimidas (COELHO et al., 2012).

Ao longo da conversa durante o período de uma aula (Figura 4), ou seja, cinquenta minutos, são levantadas várias dúvidas sobre temas mais polêmicos, a maioria deles se repetem em todas as salas. O EAT/UFLA passa assim, duas vezes em cada turma - duas vezes de cinquenta minutos cada - para completar suas atividades e aconselhamentos médicos sobre o tema.



Figura 4 – Atividades do grupo EAT/UFLA

O narguilé, um dos assuntos mais levantados pelos alunos, utiliza carvão de rápido acendimento, e a razão média entre monóxido de carbono e nicotina na fumaça de narguilé é 50:1, em comparação com 16:1 na fumaça do cigarro, assim, há relatos de intoxicação por monóxido de carbono, que se manifestam como dor de cabeça, tonturas, náuseas e fraqueza. Logo, fumar narguilé, também conhecido como cachimbo d'água por 20 a 60 minutos, equivalem a 100 cigarros (INCA, 2018). Além disso, os fumantes de narguilé geralmente compartilham o mesmo bocal (passando-o de pessoa para pessoa), o que pode facilitar a propagação de doenças transmissíveis, como resfriados, herpes, infecções respiratórias (MARTINS et al., 2014).

Os alunos também perguntam sobre cigarros eletrônicos, dispositivo eletrônico que fornece aos usuários doses de nicotina e outros aditivos em aerossol. A segurança desses dispositivos não foi demonstrada, e o risco potencial para a saúde do usuário ainda permanece indeterminado (KNORST et al., 2014).

Um dos temas mais polêmicos, é sobre a droga ilícita *Cannabis*, conhecida popularmente como maconha. Dentre as dúvidas frequentes, tem-se o questionamento sobre os malefícios da mesma comparados por cigarro. Os membros do programa deixam claro que há estudos que comprovam malefícios do uso da maconha, como um potencial maior para causar o câncer de pulmão comparado ao tabagismo (ALDINGTON et al., 2008), em contrapartida, há países em que o uso da *Cannabis* é legalizado sendo utilizada com objetivos terapêuticos, como em casos de dor crônica (BONFÁ et al., 2008), porém no Brasil, a maconha é ilícita.

Todos os temas citados, além do roteiro padronizado, são conversados com os alunos com um vocabulário adequado para o público, sem termos técnicos, de forma que eles possam entender e realizar perguntas em qualquer momento de dúvida.

1.3 Redes sociais

As redes sociais são palco de grandes manifestações e mobilizações. A velocidade da informação aumentou e, ao mesmo tempo, a amplitude de seu alcance para quem se utiliza dessas ferramentas de compartilhamento de informação (ANGELO, 2016).

Assim, o programa EAT busca, através das redes sociais, instagram (@eatbrazilufla) e facebook (@EATBRAZILUFLA), atrair e expandir o público alvo, até mesmo conseguir o contato de novas instituições escolares. São realizadas publicações para que os usuários das redes conheçam os membros e a ação do programa, além de publicações explicativas, como os benefícios de parar de fumar, e os malefícios do tabagismo, publicações comparativas entre cigarros industrializados, cigarros de palha, cigarrilhas, charuto, cachimbo, fumo de corda, narguilé, ou seja, as diversas formas do consumo do tabaco.

As redes sociais do programa também divulgam os aplicativos desenvolvidos pela rede EAT, Smokerface e Smokerstop, disponíveis gratuitamente para download e traduzidos, pelo EAT Brasil, para as línguas mais faladas em todo o mundo, incluindo

o Português.

O programa Education Against Tobacco (EAT/UFLA) também já foi convidado para estar presente em rádios e sites locais, com o objetivo de divulgação para os ouvintes e leitores sobre a ação do programa, como surgiu, e como contactar os membros do EAT.

Education Against Tobacco apresenta também um site oficial (info@educationtobacco.org) com todas as redes EAT, cerca de 80 escolas de medicina em 14 países com 2000 estudantes de medicina educando mais de 40000 alunos do ensino médio na classe configuração de sala por ano usando e otimizando aplicativos e estratégias (Education Against Tobacco International). Neste site está presente todas as informações do programa, os materiais utilizados, e os passos a serem seguidos para a fundação do EAT em uma escola médica.

2 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EAT lida, assim, com um público estratégico, tornando-se uma importante ferramenta de conscientização do uso do tabaco. Esse programa é ferramenta também para a redução de incidências de tabagismo e, conseqüentemente, redução de onerosos custos governamentais, a longo prazo, no tratamento de tabagistas. Programas como esse são essenciais, visto que, estudantes das instituições escolares atendidas ainda, de acordo com suas faixas etárias, ainda estão em formação e esse ambiente escolar é determinante na qualidade das medidas preventivas antitabágicas.

Em pouco tempo, o EAT se expandiu para diversas escolas médicas no Brasil com resultados promissores. A expectativa é de continuar expandindo suas fronteiras para outras cidades e estados brasileiros, além de angariar membros em novas escolas médicas. Esse programa de extensão universitária tende a crescer cada vez mais, ganhando, por conseguinte, respaldo e apoio de instituições relevantes no Brasil. Por meio da utilização de softwares desenvolvidos pela Rede EAT, como o Smokerface, os jovens podem aprender sobre a temática do tabagismo de forma dinâmica e interativa, sem utilização de maçantes palestras. Assim, há a oportunidade, por parte desses jovens que recebem as intervenções EAT/UFLA de levar para os seus pais e/ou responsáveis um pouco do que eles aprenderam com a visita do EAT.

Ademais, ao abordar o conteúdo sobre tabagismo no programa, os estudantes de medicina complementam o que é visto durante a graduação, além de lidarem melhor com apresentações em público e com demandas referentes ao tabagismo. Dessa maneira, o EAT tem significativo impacto social ao fomentar reflexões e proporcionar aprendizados quanto ao malefício do tabaco.

Para a perpetuação e expansão do projeto, é importante que estudantes de medicina continuem interessados e se voluntariem em prol do combate ao fumo, se vinculando ao programa EAT e realizando as intervenções com afinco. Há muito trabalho a ser feito, a começar pela expansão dessa rede pelo Brasil. Concomitante,

às escolas médicas precisam se voltar mais para a temática tabagista, a fim de aprimorarem os seus futuros profissionais de saúde para o combate a essa patologia. O Education Against Tobacco tem mostrado a sua efetividade e, cada vez mais, conquistado o mundo acadêmico de medicina, fazendo uma diferença significativa na vida da população por ele atendida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. N. S.; CAIAFFA, W. T. **Influência do entorno familiar e do grupo social no tabagismo entre jovens brasileiros de 15 a 24 anos.** Revista Panamericana de Salud Pública, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2011.v30n1/22-30/>>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- ALDINGTON, S. et al. **Cannabis use and risk of lung cancer: a case-control study.** European Respiratory Journal, 2008. Disponível em: <<https://erj.ersjournals.com/content/31/2/280.short>>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Tabagismo: maior causa de morte evitável do mundo e risco sócio econômico.** Disponível em: <<https://amb.org.br/noticias/amb/tabagismo-maior-caoa-de-morte-evitavel-do-mundo-e-risco-socio-economico/>>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- ANGELO, E. **Redes sociais virtuais na sociedade da informação e do conhecimento: economia, poder e competência informacional.** Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da informação, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2016v21n46p7>>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BONFÁ, L. et al. **Uso de Canabinóides na Dor Crônica e em Cuidados Paliativos.** Revista Brasileira de Anestesiologia, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 mar. 2019.
- BRASILEIRO, F. G. **Bogliolo: Patologia.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- BRINKER, T. J.; SEEGER, W. **Photoaging Mobile Apps: A Novel Opportunity for Smoking Cessation?** Journal of Medical Internet Research, Giessen, 2015. Disponível em: <<https://asset.jmir.org/pub/assets/067fb268fb802e3526427ca345ee6a2.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- BRINKER, T. J. et al. **Education Against Tobacco (EAT): a quasi-experimental prospective evaluation of a multinational medical student-delivered smoking prevention programme for secondary schools in German.** BMJ Open, 2015. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008093>>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BRINKER, T. J. **Smokerface: Quit Smoking.** Versão 2.2. Bünde, 2015. Aplicativo.
- BRINKER, T. J. **Smokerstop: Quit Smoking.** Versão 1.5.3. Bünde, 2015. Aplicativo.
- CAMARGOS, P. A. M. et al. **Tabagismo: O papel do pediatra.** Departamento Científico de Pneumologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, nº 2, 2017.
- COELHO, S. A. et al. **Consequências do tabagismo passivo em crianças.** Ciência, Cuidado e Saúde, 2012. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/10281/pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Lavras.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lavras/panorama>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Parece inofensivo, mas fumar narguilé é como fumar 100 cigarros**. 14 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-fumo/2015/parece-inofensivo-mas-fumar-narguile-e-como-fumar-100>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

KNUST R.E. et al. **Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência**. Revista de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo (USP), em agosto de 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006665.pdf> Acesso em: 21 mar. 2019.

KNORST, M. M. et al. **Cigarro eletrônico: o novo cigarro do século 21?** Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132014000500564&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2019.

LISBOA, O. et al. **A Smoking Prevention Program Delivered by Medical Students to Secondary Schools in Brazil Called “Education Against Tobacco”: Randomized Controlled Trial**. Journal of Medical Internet Research, 2019. Disponível em: <<https://www.jmir.org/2019/2/e12854/pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

MARTINS, S. R. et al. **Experimentação de e conhecimento sobre narguilé entre estudantes de medicina de uma importante universidade do Brasil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/single.php?_id=002484216>. Acesso em: 19 mar. 2019.

MENDES, A. C. R. et al. **Custos do Programa de Tratamento do Tabagismo no Brasil**. Revista de Saúde Pública, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006303.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.

OLIVEIRA, T. et al. **Escola, conhecimento e formação de pessoas: considerações históricas**. Políticas Educativas, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://seer.ufrgs.br/Poled/article/viewFile/45662/28843&ved=2ahUKEwiO0vrYwY_hAhV_ILkGHVS1C-8QFjAAegQIBBAB&usg=AOvVa_w0G5wAmfBd9DHiEPNsv9gTo>. Acesso em: 19 mar. 2019.

UGÁ M.A.D., PINTO M. **Custo do tratamento de pacientes com histórico de tabagismo em hospital especializado em câncer**. Rev Saúde Pública, 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CustoTratamento.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2019.

ELABORAÇÃO DE MÍDIA REALISTA COMO ESTRATÉGIA DE DESIGN INSTRUCIONAL PARA CURSO EAD AUTOINSTRUCIONAL

Paola Trindade Garcia

Professora Doutora do Departamento de Saúde Pública (UFMA)

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Professora Titular da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Lizandra Silva Sodré

Psicóloga (UFMA)

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Luan Passos Cardoso

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Ludmila Gratz Melo

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Stephanie Matos Silva

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFMA)

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís – Maranhão

Regimarina Soares Reis

Doutora em Saúde Coletiva

Universidade Aberta do SUS/UFMA
São Luís - Maranhão

Karoline Corrêa Trindade

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e

Saúde Pública

Universidade Aberta do SUS/UFMA

São Luís - Maranhão

RESUMO: A Educação à Distância (EaD) tem sido propagada como uma estratégia de formação continuada profissional. Isso é possível, devido ao avanço das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), que contribui de modo relevante para que a EaD alcance um grande quantitativo de pessoas por meio da popularização dos cursos a distância, largamente oferecidos para os mais variados públicos. A EaD proporciona ao aluno um vasto campo de conhecimento a partir de diversos recursos e ferramentas pedagógicas educacionais, que visam a construção do próprio saber, concedendo interação no ambiente virtual e aquisição de conhecimento. Dentre os recursos e ferramentas pedagógicas, temos a mídia realista (vídeo), uma estratégia que o Design Instrucional (DI) emprega no momento que é realizada a adaptação pedagógica do material, com o intuito de facilitar o processo de ensino – aprendizagem. Mediante esse cenário, a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) investiu na criação de vídeos instrucionais. O presente trabalho tem como objetivo descrever como a equipe de Design

Instrucional atuou no desenvolvimento de mídia realista para um curso a distância oferecido pela Instituição, destinado a profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Recursos audiovisuais. Educação a Distância. Profissionais da Saúde.

REALISTIC MEDIA ELABORATION AS AN INSTRUCTIONAL DESIGN STRATEGY FOR SELF-INSTRUCTIONAL EAD COURSE

ABSTRACT: Distance Education (EAD) has been propagated as a continuing professional training strategy. This is possible due to the advancement of Digital Information and Communication Technologies (TDIC), which contributes in a relevant way so that the EaD reaches a large number of people through the popularization of distance courses, widely offered to the most varied public. The EaD provides the student with a vast field of knowledge from various educational resources and pedagogical tools, which aim at building one's own knowledge, granting interaction in the virtual environment and acquiring knowledge. Among the resources and pedagogical tools, we have the realistic media (video), a strategy that the Instructional Design (DI) uses when the pedagogical adaptation of the material is made, in order to facilitate the teaching - learning process. Through this scenario, the Open University of the Unified Health System of the Federal University of Maranhão (UNA-SUS / UFMA) invested in the creation of instructional videos. This paper aims to describe how the Instructional Design team worked in the development of realistic media for a distance course offered by the Institution, aimed at health professionals.

KEYWORDS: Audiovisual resources. Distance Education. Health professionals.

1 | INTRODUÇÃO

A EaD proporciona a construção do saber com compromisso social, uma vez que possibilita que pessoas com pouco tempo disponível e com um menor investimento financeiro também tenham acesso ao conhecimento científico (SILVA e CASTRO, 2009; SILVA e FERNANDES, 2014).

Com o maior acesso da população aos conteúdos acadêmicos por meio da EaD, evidencia-se um campo de conhecimento e saber muito importante nesse contexto, o Design Instrucional (DI), que propõe diversos recursos e ferramentas pedagógicas que auxiliam o processo de ensino-aprendizagem, estimulando o aprendiz a ter uma melhor aprendizagem. Para Sartori e Roesler, a definição de DI é:

[...] um processo de concepção e desenvolvimento de projetos em EAD, explicitados nos materiais didáticos, nos ambientes (virtuais) de aprendizagem e sistemas tutoriais de apoio ao aluno, construídos para otimizar a aprendizagem de determinadas informações em determinados contextos (SARTORI e ROESLER, 2005, p.37).

As funções de um profissional de DI envolvem o planejamento detalhado da

organização do conteúdo educacional, o mapeamento de competências/objetivos, a caracterização da mediação pedagógica, a organização das informações, atividades, ferramentas e instrumentos de avaliação, bem como a especificação de materiais didáticos que serão selecionados ou produzidos.

O DI atua sistematicamente desde o planejamento até a implementação de novas estratégias didáticas e metodologias de ensino-aprendizagem (FILATRO e CAIRO, 2015). Para Romiszowski (2010, p. 37)

Esse profissional deve apresentar competências múltiplas para desempenhar suas funções, enquanto na educação presencial, o responsável pelo desenvolvimento e execução das práticas didáticas é o pedagogo [...] o Designer Instrucional tem a responsabilidade de formatar o conteúdo de apoio das diferentes áreas do conhecimento com o intuito de facilitar o aprendizado dos estudantes e garantir o sucesso do curso (ROMISZOWSKI, 2010, p. 37).

Sendo assim, o DI realiza, ainda, o planejamento de materiais didáticos com o objetivo principal de facilitar a aprendizagem dos conteúdos propostos em determinadas plataformas de ensino (SILVA E FERNANDES, 2018). Para a melhor facilitação do ensino-aprendizagem, há necessidade de atender algumas especificidades, entre elas, a elaboração adequada dos recursos educacionais componentes. Na realização dessa tarefa, considera-se que o vasto universo da tecnologia exige que a escolha de determinada mídia se pautem na aplicabilidade do processo de aprendizagem do aluno, de modo que represente ganho significativo para experiência cognitiva.

O uso de recursos audiovisuais é citado como potencial estratégia para aumentar a aprendizagem como já reportado por Edgar Dale (1946) em seu estudo que resultou a pirâmide de aprendizagem. Essa pirâmide tem como proposta uma hierarquia de valores em função do grau de abstração, no entanto a crescente abstração não significa necessariamente um aumento no grau de dificuldade (DALE, 1946). Algumas teorizações posteriores demonstram que a utilização de recursos audiovisuais possibilita um maior índice de retenção de conhecimento.

O uso de vídeo com finalidades educacionais proporciona percepções múltiplas, na medida em que resulta de uma combinação das matrizes sonoras, visual e verbal, além de possuir alto poder de captura, armazenamento, transmissão e reprodução de sons e imagens em movimento (SILVA e PESSOA, 2008), tornando-se poderosas ferramentas para atrair a percepção do usuário. Na EaD o vídeo torna-se, ainda, um plus, importante do material impresso.

Na EaD, o vídeo exerce uma função de complementação do material, explicando de maneira mais fácil, o assunto que o material aborda, por meio de cenas e movimentos. Para Moran, o vídeo é:

Sensorial, visual, linguagem falada, linguagem musical e escrita. Linguagens que interagem supostas, interligadas, somadas, não separadas. Daí a sua força. Nos atingem por todos os sentidos e de todas as maneiras. O vídeo nos seduz, informa, entretém, projeta em outras realidades (no imaginário) em outros tempos e espaços. O vídeo combina a comunicação sensorial-cinética, com a audiovisual, a intuição com a lógica, as emoção com a razão. Combina, mas começa pelo sensorial, pelo

emocional e pelo intuitivo, para atingir posteriormente o racional (MORAN, 1993, p 2).

Desta forma, após análise de um conteúdo específico do curso Condições Ginecológicas Comuns na Atenção Básica 2, observou-se a importância de elaborar um vídeo sobre a investigação de lesões suspeitas com realização do exame clínico das mamas (ECM) por profissional da Atenção Básica (AB). Considerando que o vídeo é uma mídia poderosa para atrair e manter a atenção dos alunos, selecionou-se este recurso como viável para a potencialização do aprendizado e posterior aplicabilidade pelos aprendizes.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A experiência relatada aborda o processo de elaboração de recurso educacional para a segunda edição do curso de Condições Ginecológicas Comuns na Atenção Básica, de 45h, com 3 unidades temáticas, cujo público-alvo foram enfermeiros e médicos que atuam na Atenção Básica (AB). Optou-se por elaborar um vídeo descritivo e realista para demonstrar fielmente como deve ocorrer a realização do procedimento ECM

Foi proposto o desenvolvimento de vídeo com narrativas e cenas, a fim de reproduzir todos os procedimentos do exame. Após assinatura do termo de autorização de filmagem e uso de imagem, iniciou-se as tomadas de cenas. Para a realização foram utilizados os seguintes materiais: câmera, tripé e um equipamento de iluminação. Durante a gravação do exame estavam presentes: o médico, a participante voluntária, cinegrafista e uma designer instrucional.

A fim de assegurar o propósito educacional previsto, elaborou-se um fluxo de trabalho que perpassa por todas as etapas de produção de recursos e é responsável pelo planejamento e roteirização detalhada das estratégias educacionais aplicadas nos cursos autoinstrucionais da instituição, visando a subsidiar e potencializar a aprendizagem dos discentes nos cursos ofertados. Além de apresentar a narração, explicitando o conteúdo educacional abordado, ocorreu a especificação do local a ser filmado no momento correspondente.

Nas cenas de execução do exame, optou-se por utilizar o recurso de *voice-over*, no qual uma pessoa narra trechos do conteúdo. Desse modo, o roteiro foi dividido em partes, de acordo com o conteúdo, sendo composto por: introdução; cena e entrevista do médico com a paciente; apresentação geral das etapas do exame clínico das mamas; apresentação de cada etapa do ECM: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares, palpação das mamas; e, por fim, as considerações finais e, conseqüentemente, o encerramento do vídeo, com informações adicionais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conteúdo educacional utilizado na elaboração da mídia realística, deve apresentar o modo de execução dos passos do exame como um modelo para os profissionais em atuação nas unidades de saúde. Para Zabala (1998), os conteúdos educacionais referem-se a tudo aquilo que devesse aprender em determinada situação de ensino. Segundo o autor, esses conteúdos podem ser classificados em: conceituais, procedimentais e atitudinais.

As orientações para o ECM são, classificadas como procedimentais por apresentarem uma descrição de passos para a realização das atividades pelo profissional de saúde. Os conteúdos procedimentais estão relacionados à aplicação produtiva do conhecimento, isto é, à capacidade de colocar em ação conhecimentos armazenados na estrutura cognitiva (FILATRO E CAIRO, 2015).

De acordo com Zabala (1998), esse tipo de conteúdo refere-se a um conjunto de ações ordenadas e com um fim. Essa tipologia apresenta especificidades quanto ao modo de aprendizagem que exigem dos usuários, existindo três parâmetros para tal: segundo os tipos de componentes (motores ou cognitivos), números de ações que intervêm e, por fim, o grau de determinação da ordem das sequências (ZABALA, 1998).

Tendo em vista que a realização das ações que compõem o procedimento são uma condição *sine qua non* para a aprendizagem (ZABALA, 1998), investiu-se na elaboração de um roteiro descritivo como primeiro passo do processo de elaboração.

A finalidade da roteirização é a descrição baseada nos detalhes e deve indicar cada passo de produção (KENSKI, 2015). Considerando a produção de um material audiovisual, a roteirização desse tipo de mídia digital pode ser um pouco mais complexa, já que diante da multimodalidade entre matrizes verbais escritas, visuais (estáticas), sonora (linguagem oral) e imagens dinâmicas exige-se uma maior preparação (FILATRO e CAIRO, 2015).

A escolha de cada tópico e plano das imagens, de como as ações procedimentais estariam dispostas no vídeo, ocorreu por meio da elaboração de um *storyboard*. Como um recurso educacional audiovisual possui um nível de complexidade significativo, o *storyboard* foi essencial para a produção do vídeo. Segundo Santos (2015, p.16:

No processo de elaboração de um recurso educacional, o *storyboard* aparece como uma ferramenta que serve de protótipo para uma visualização do conteúdo, organizado em telas e representado pela combinação de textos, imagens estáticas, e orientações técnicas sobre o que deve ser produzido, sendo fundamental que ele apresente de forma organizada a interface do recurso, exemplificando como será a comunicação com os alunos usando as diferentes linguagens propostas (textual, imagética e auditiva).

A partir do *storyboard*, pôde-se visualizar como o conteúdo seria estruturado antes do processo de produção. O tipo de *storyboard* utilizado para o desenvolvimento do recurso educacional foi o *storyboard de produção*, que concerne em apresentar

todas as informações necessárias para a produção do material audiovisual.

Essa tipologia possui uma subdivisão que é a categoria de *storyboard* não visual, onde a narrativa se desenvolve em formato de fluxo textual em uma apresentação esquemática. As etapas de elaboração do *storyboard* para criação do vídeo seguiu o processo segundo o fluxo de produção da equipe de DI da UNA-SUS/UFMA, que pode ser visualizada na figura abaixo.

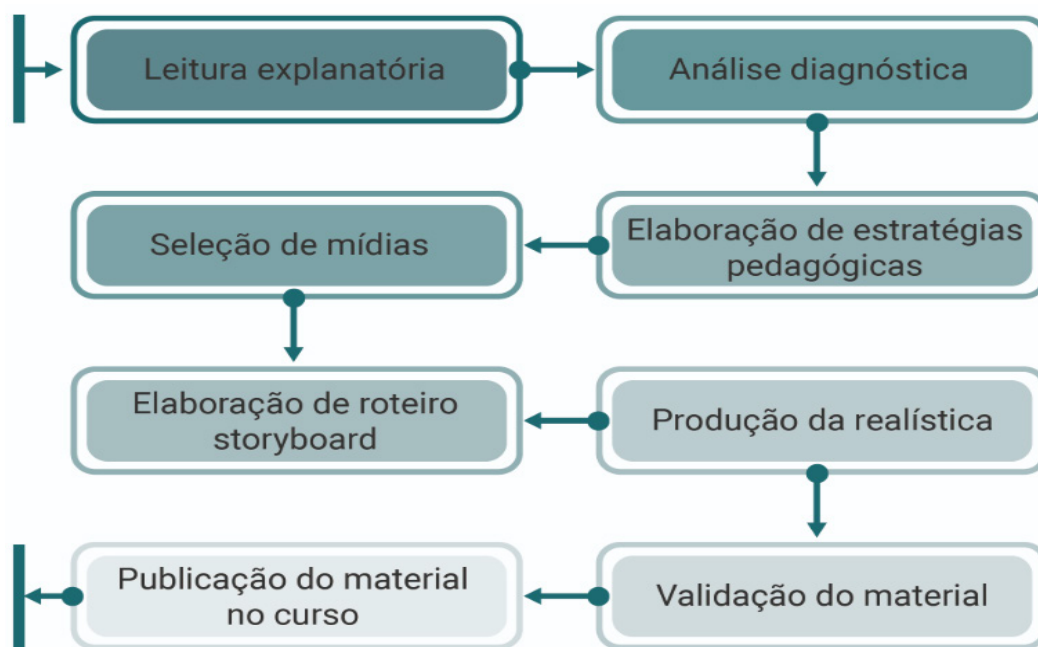


Figura 1 - Fluxo para produção da mídia realística na UNA-SUS/UFMA.

Fonte: Elaboração dos autores.

O processo de adaptação do conteúdo textual para a mídia envolve diversos procedimentos, especialmente comunicacionais. A adaptação de um texto original para outra mídia sempre produz novos significados, tendo em vista que as potencialidades de cada formato proporcionam experiências diferentes para o usuário (BRASIL, 2016).

A multimodalidade, definida como a distribuição de significados de um material textual utilizando-se mais de um código ou modo, insere a necessidade de articulação das diversas dimensões representadas na mídia.

Cope e Kalantzis (2010) discutem sobre essa temática propondo cinco dimensões que perpassam pela construção de recursos educacionais: dimensão representacional, social, organizacional, contextual e ideológica. Na produção do material para o ECM, buscou-se articular essas dimensões contemplando-se os diversos fatores para a composição do produto final.

Na dimensão representacional, buscou-se aproximar o usuário do contexto de aplicação do procedimento, utilizando-se cenários e personagens reais, no caso a sala do consultório, o profissional de saúde e a usuária, conforme observa-se na figura 2.



Figura 2 - Dimensão representacional presente na mídia realística na aplicação de cenários e atores reais.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2018.

Na dimensão social e também contextual, buscou-se articular a realização do procedimento por um profissional da saúde visando respaldar e aproximar o expectador dos participantes em atuação, já que o material é destinado a profissionais que atuam no sistema de saúde. As fontes de dados utilizadas foram extraídas de materiais do Ministério da Saúde que respaldam e validam as falas apresentadas e foram validadas por validadores técnicos do curso que faziam parte das equipes técnicas do Ministério da Saúde.

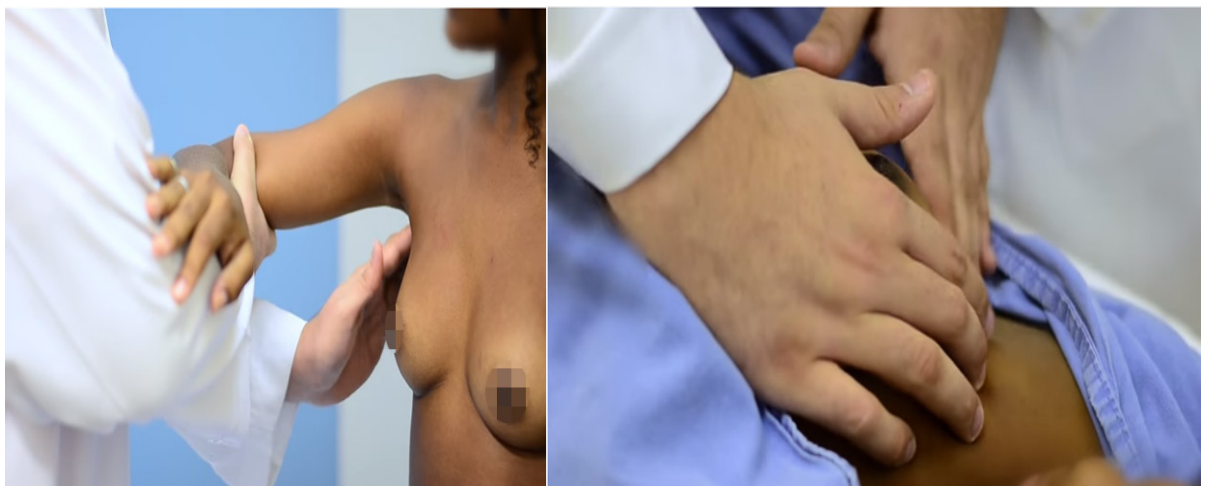


Figura 3 - Apresentação da execução dos procedimentos de palpação das mamas.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2018.

Para a dimensão organizacional, a estruturação dos conteúdos foi articulada com a imagens dinâmicas, estáticas e textos como forma de apresentação didática das etapas componentes do procedimento.

No nível ideológico, buscou-se emitir veracidade e afinidade com o público alvo por meio de atores reais, bem como apresentar uma fonte confiável de dados para a orientação de execução dos passos necessários.

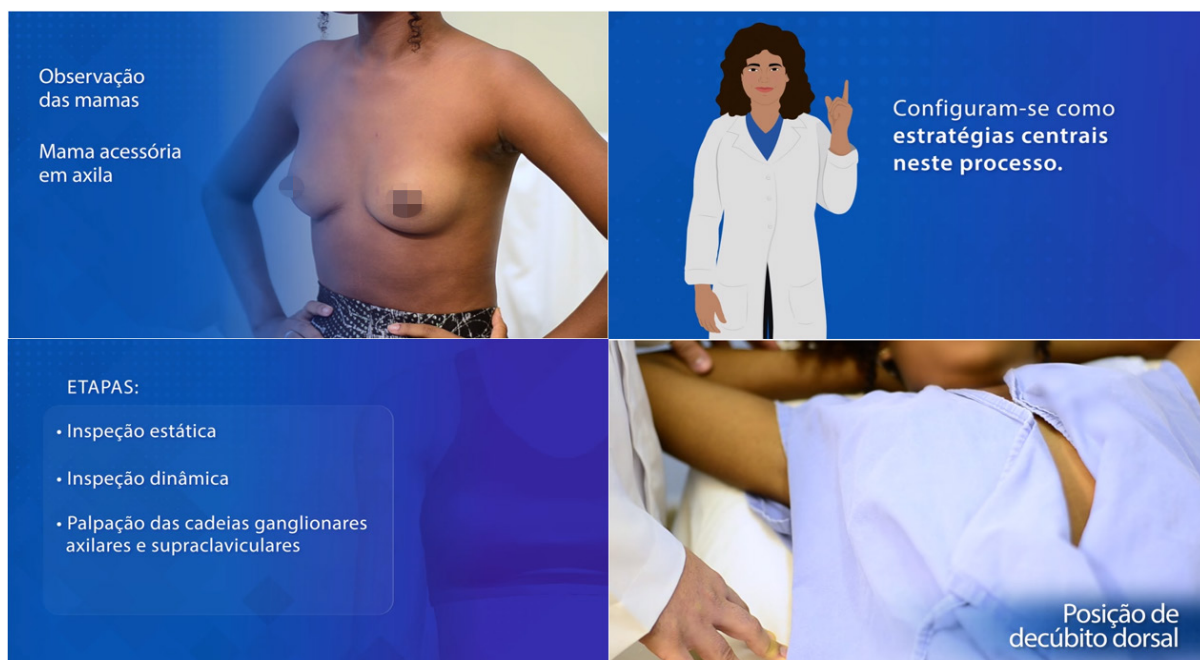


Figura 4 - Estrutura organizacional e aspectos da dimensão ideológica da mídia.

Fonte: UNA-SUS/UFMA, 2018.

Diante dos objetivos educacionais traçados para a elaboração da mídia, nota-se que o processo de desenvolvimento apresenta inúmeras peculiaridades que devem ser consideradas no planejamento em Design Instrucional. Adotar a perspectiva multimodal na produção de conteúdos educacionais significa ocupar-se da ação recíproca entre os diferentes formatos, o que aumenta a complexidade envolvida na elaboração (FILATRO e CAIRO, 2015).

A proposição de roteirização como forma de adaptação pedagógica do conteúdo procedimental representa uma solução em Design Instrucional que se concretiza a partir das finalidades educacionais do curso a qual se destina. O roteiro para vídeo deve estar associado aos aspectos pedagógicos referente ao conteúdo, de forma que contenha as matrizes visual, sono e verbal.

A seleção de mídias exige coerência com a oferta educacional a qual se destina e representa uma etapa importante do planejamento de cursos para a plataforma online.

4 | CONCLUSÕES

Os recursos audiovisuais são importantes para promover melhor compreensão sobre determinado conteúdo e potencializar a fixação de informações por muito mais tempo. Quando utilizados de forma apropriada, permitem apresentar e descrever informações em sequência coerente e destacar os tópicos mais relevantes de

determinado objetivo pedagógico.

Os meios audiovisuais realísticos deixam de ser apenas uma ferramenta didática, para alcançar o escopo de estratégias que potencializam a criação de novas mensagens e informações, por meio da comunicação didática. A linguagem audiovisual torna admissível a veiculação de uma enorme gama de informações, sob os mais diversos contornos e gêneros.

Para tanto, a produção de vídeo como recurso didático necessita de planejamento cauteloso e integrado ao planejamento macro do curso, com perfil metodológico claro e preciso, visto que o desafio de simular um diálogo didático versa sobre não perder de vista o objetivo de apoiar a aprendizagem. Em acréscimo, é necessário contar com técnicos especialistas no assunto para validação técnica da mídia.

REFERÊNCIAS

COPE, B. KALANTZIS, M. Gramática de la multimodalidade. **Boletín de la Asociación Andaluza de Bibliotecarios**. 2010: 98-99: 93-152. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3616430.pdf>.

DALE. E; **Audio-visual methods in teaching**. New York: Dryden; 1946.

FILATRO. A, CAIRO. S. **Produção de conteúdos educacionais**. São Paulo: Saraiva; 2015.

KENSKI V. M. **Design instrucional para cursos on-line**. São Paulo: Senac; 2015.

MORAN. J. M. O vídeo na sala de aula. *In: Revista Comunicação e Educação*. São Paulo, ECAD – Editora Moderna [2]: 27 a 35 Jan./Abr. de 1993.

SANTOS C. L. Processo de criação de storyboard. *In: Kenski VM. Design instrucional para cursos on-line*. São Paulo: Senac; 2015.

SARTORI, A. S.; ROESLER, J. **Educação superior à distância: gestão da aprendizagem e da produção de materiais didáticos impressos e online**. Tubarão: Ed. Unisul, 2005. 168p.

SILVA A. R. L; CASTRO L. P. S. A relevância do design instrucional na elaboração de material didático impresso para cursos de graduação a distância. **Revista Intersaberes**. 2009: 4(8): 136-149.

SILVA, A. R.; FERNANDES M. C. P, Spanhol F. J, Bastos E. S. **Design instrucional contextualizado em cursos on-line**. ESUD, 2014. Disponível em: <http://www.labmidiaeconhecimento.ufsc.br/files/2014/11/esud.pdf>. Acesso: 30/01/2018.

SILVA, A. M; PESSOA, M. P. **Recursos didáticos e inovações tecnológicas no ensino de língua estrangeira moderna**. 2008. <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/1452-8.pdf>.

ROMISZOWSKI, H. P. Avaliação no design e desenvolvimento de multimídia educativa: estratégia de apoio ou parte do processo? *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA*, 7. 2010. Anais on-line... São Paulo, 2010. Disponível em:

ZABALA. A; **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: Artmed; 1998.

ESCOLHA PROFISSIONAL NA ADOLESCÊNCIA: GRUPO OPERATIVO COMO FERRAMENTA FACILITADORA DO PROCESSO

Vanessa Trindade Nogueira

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Isabelle Rittes Nass

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Anna Luiza Dotto

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

Fernanda Pires Jaeger

Universidade Franciscana
Santa Maria – RS

RESUMO: A escolha profissional na adolescência constitui-se como um desafio frente aos diferentes fatores associados nesta trajetória. Assim, o presente trabalho tem por objetivo apresentar a experiência de um processo de orientação profissional com adolescentes através de atividades grupais realizadas em uma escola estadual do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de um relato de experiência, em que foram realizados 4 encontros com um grupo de adolescentes do qual participaram 23 estudantes com idade entre 13 e 19 anos, sendo 8 meninos e 15 meninas. Utilizou-se para a intervenção a técnica de grupo operativo elaborada por Pichon-Rivière. Cada grupo teve a duração média de uma hora

e quinze minutos e foram discutidas questões relacionadas à escolha. Pode-se afirmar que essas ações visavam trabalhar as profissões com o intuito de ampliar o conhecimento dos jovens acerca das mesmas. Assim como, possibilitar um espaço de escuta, integração e autoconhecimento dos estudantes sobre si. A partir dos grupos desenvolvidos identificou-se que o espaço grupal favorece o processo de escolha profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Autoconhecimento; Desenvolvimento; Identidade; Orientação Profissional.

ABSTRACT: The professional choice in adolescence constitutes a challenge to the different factors associated in this trajectory. Thus, the present study aims to present the experience of a process of professional orientation with adolescents through group activities carried out in a state school in the interior of Rio Grande do Sul. This is an experience report, in which 1 groups, with 4 meetings, in which 23 students aged between 13 and 19 participated, being 8 boys and 15 girls. The operating group technique elaborated by Pichon-Rivière was used for the intervention. Each group had an average duration of one hour and thirty minutes, and questions related to choice were discussed. It can be said that these actions aim to worked the professions in order

to increase the knowledge of the young people about them. As well as, make possible a space of listening, integration and self-knowledge of the students about themselves. From the developed groups it was identified that the group space favors the process of professional choice.

KEYWORDS: Self knowledge; Development; Identity; Professional orientation.

1 | INTRODUÇÃO

O presente relato tem o intuito de descrever algumas das ações desenvolvidas em uma escola de ensino médio do interior do Rio Grande do Sul. As atividades foram estabelecidas a partir de um projeto de extensão, que visava desenvolver um trabalho de orientação profissional com adolescentes entre 13 e 19 anos do primeiro ano do ensino médio. Esse trabalho foi desenvolvido por meio de grupos operativos, que aconteceram semanalmente em dia e horário combinados previamente, no ambiente escolar. No total, realizou-se onze encontros.

Quando se fala em orientação profissional é imprescindível pensar nos impasses os quais esta escolha remete o sujeito. O jovem se vê impelido a decidir por algo que não significa simplesmente escolher uma carreira, mas optar por um projeto de vida. Nesse sentido, o desenvolvimento do trabalho de orientação profissional com os adolescentes foi planejado a partir da compreensão que essa fase da vida, já é complexa por si só, uma vez que esse período é caracterizado pela incertezas acerca de variados aspectos de suas vidas e um grande fluxo de questões emergentes que coincidem com o momento que a maioria dos jovens são colocados na posição de fazer esta escolha (ANDRADE, 2016).

A adolescência é uma etapa da vida onde ocorrem muitos processos de transformações biológicas, psicológicas e sociais. O adolescente recebe uma gama de informações que precisam ser processadas de forma exemplar, mas que aparecem para um sujeito ainda em formação, ou seja, que não tem bases consistentes para, muitas vezes, sustentar o peso de uma escolha em meio à insegurança e angústia daquilo que lhes é desconhecido (NASIO, 2011).

Na escolha profissional, há muitos desafios e fatores que geram conflitos ao adolescente. Um deles diz respeito à confluência de opiniões entre os adolescentes e seus genitores. É muito comum conflitos entre pais e filhos em relação à divergência da escolha laboral. Em diversas situações, os pais depositam nos filhos a realização do próprio desejo, esquecendo o mais importante que é o desejo do filho (LEVENFUS, 2004).

Nessa perspectiva, a orientação profissional demonstra sua importância, pois busca, junto com o jovem, a alternativa laboral mais coerente com as características de personalidade e os desejos do mesmo. Conforme a pesquisa realizada por Junqueira (2010), a orientação profissional contribui para o aumento da maturidade do adolescente diante da escolha da profissão. O levantamento do Todos Pela Educação

(TPE), baseado nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 2014 revela que a taxa de conclusão do ensino médio na idade adequada foi de 56,7% naquele ano. Esses 1.951.586 adolescentes de até 19 anos são possíveis candidatos à adesão dos serviços de orientação profissional.

O presente relato de experiência tem por objetivo mostrar a prática desenvolvida por um grupo do projeto de extensão intitulado “A escolha profissional na adolescência no contexto educacional” que visou realizar uma intervenção junto a adolescentes voltada para orientação profissional dos mesmos. Assim como, oportunizar o reconhecimento de suas habilidades e interesses relacionados ao trabalho, viabilizando um espaço para conhecimento das profissões contemporâneas e proporcionando momentos de discussão sobre adolescência e escolha profissional.

2 | METODOLOGIA

A presente experiência foi realizada através do projeto de extensão “A escolha profissional na adolescência no contexto educacional” que se desenvolveu em diferentes etapas. Primeiramente, foram desenvolvidos estudos e aprofundamento teórico sobre escolha e orientação profissional e reuniões de equipe entre as coordenadoras, antes e depois de cada encontro com os alunos. Na etapa seguinte, foi elaborada uma cartilha de Orientação Profissional (https://issuu.com/editoraufn/docs/cartilha_de_orienta_o_profissional?fbclid=IwAR2SYIckiBVmgo-67IcZrCKtj-xQHYpdIMgUIR8tIrX2lpYu6yirD-PwLc), voltada ao público adolescente. Para a confecção da cartilha, foi executada a revisão teórica que segundo Fonseca (2002), é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos. A revisão bibliográfica não sistemática foi usada para a elaboração deste material.

Foram pesquisadas as palavras chaves: grupo operativo, adolescência e orientação profissional. Um artigo foi selecionado. Foram planejados dez encontros, com duração de uma hora e quinze minutos, dos quais quatro serão explicitados em vista de já terem sido realizados.

A terceira etapa foi o desenvolvimento de atividades grupais com adolescentes para auxiliar na reflexão sobre a escolha profissional. Estas foram realizadas em uma escola estadual periférica de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Sendo realizados 3 grupos, com 11 encontros cada um, do qual participaram 62 estudantes com idade entre 13 e 19 anos, sendo 25 do sexo masculino e 37 do sexo feminino. Após entrar em contato com a escola foi feita uma reunião com os professores e direção para discutir e esclarecer o cronograma de atividades previsto para os 11 encontros, feriados e possível remanejamento para o acontecimento dos encontros. Em seguida, foi realizado o convite para os alunos, onde a equipe de coordenadoras passou em cada sala divulgando o projeto (grupo).

O presente trabalho refere-se a experiência desenvolvida de quatro encontros

junto a um destes grupos, sendo uma turma de primeiro ano do ensino médio formada por 23 estudantes com idade entre 13 e 19 anos, sendo 8 meninos e 15 meninas. O referencial teórico adotado para o desenvolvimento do trabalho com os grupos foi o de relato de experiência e baseado na prática através do grupo operativo de Pichon-Rivière na medida em que a técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem para os sujeitos envolvidos a partir de uma leitura crítica da realidade, de uma atividade investigativa e abertura para dúvidas e inquietações (BASTOS, 2010).

Na concepção de Pichon-Rivière (2005), o grupo apresenta-se como instrumento de transformação da realidade, e seus integrantes passam a estabelecer relações grupais que vão se constituindo, na medida em que começam a partilhar objetivos comuns, a ter uma participação criativa e crítica e a poder perceber como interagem e se vinculam. Para Gayotto e Domingues (1995), a tarefa tem o papel de concretizar os objetivos do grupo, portanto, é necessariamente grupal, mas isso só poderá acontecer na medida que os participantes permitirem que ocorra a mudança a partir do comprometimento e envolvimento dos membros do grupo para aprenderem a pensar em conjunto, encontrar soluções para os problemas criados e manifestados no grupo.

A técnica do grupo operativo, portanto, pressupõe a tarefa explícita de aprendizagem, diagnóstico ou tratamento, a tarefa implícita que é o que caracteriza o modo singular com que cada participante vivencia o grupo e o enquadre que são os elementos fixos como o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador (BASTOS, 2010). Pichon-Rivière (2005), se utiliza de uma representação de cone invertido para mostrar o movimento de estruturação, desestruturação e reestruturação de um grupo. Visca (1987, p. 39) esclarece sobre os vetores de análise do cone invertido:

“Em poucas palavras, a pertença consiste na sensação de sentir-se parte, a cooperação consiste nas ações com o outro e a pertinência na eficácia com que se realizam as ações. Por outro lado, a comunicação pode ser caracterizada como o processo de intercâmbio de informação, que pode ser entendido desde o ponto de vista da teoria da comunicação ou a partir da teoria psicanalítica, etc.; a aprendizagem, como a apreensão instrumental da realidade e a telé, como a distância afetiva (positiva-negativa).”

A análise dos dados foi feita a partir da análise de conteúdo que segundo Bardin (1977),

“designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1977, p. 44).

Bardin (1977) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos encontros feitos foram trabalhadas questões acerca do autoconhecimento dos adolescentes, seus desejos, anseios, principais características e interesses. De modo a sensibilizá-los a pensar sobre questões referentes a escolha profissional e proporcionar um espaço de escuta aos mesmos.

No primeiro encontro foi realizada a “dinâmica da caixa de bombons” para a apresentação da turma sendo solicitado o nome, idade e expectativas para o grupo de cada participante. Também foram realizadas as combinações referentes ao contrato. De acordo com Lucchese e Barros (2007), o contrato grupal é instrumento que irá conduzir a tarefa uma vez que a parte deste é estabelecido o funcionamento do grupo, a partir da definição em conjunto de seu(s) objetivo(s), o porquê, para quê e como será sua existência.

No segundo encontro foi realizada a Técnica do Cine-Adolescente (SOARES; LUCCHIARI (1993) apud ESBROGEO (2008) com o intuito de avaliar interesses profissionais, através da identificação com um personagem, assim como, o desenvolvimento da pertença e afiliação do grupo (ESBROGEO, 2008). Para essa dinâmica, era preciso que cada participante escolhesse um personagem de filme que se identificasse, se dividissem em subgrupos e discutissem sobre os porquês de terem escolhido esse personagem. Foi solicitada como tarefa de casa, a confecção da Árvore Genealógica Profissional de Müller (1998) a fim de promover o conhecimento das influências familiares e as expectativas em torno da escolha profissional como atividade de casa (ESBROGEO, 2008).

No terceiro encontro, foi realizada a apresentação e discussão da tarefa do encontro anterior sobre a Árvore Genealógica. Também foi solicitado que os participantes escrevessem de forma anônima elogios, críticas e sugestões acerca das atividades até então realizadas. No quarto encontro foi executada a Dinâmica do Nó a fim de promover a interação do grupo e a Dinâmica das Frases Incompletas (LEVENFUS, 2004). Esta tem como objetivo explorar a identidade vocacional do indivíduo através de um conjunto de frases incompletas que iniciam conteúdos relacionados à problemática da escolha profissional além de também funcionar como disparador para questões relativas ao autoconhecimento.

A orientação profissional deve ser feita de modo cuidadoso e modular, amarrando todas as pontas para que no final do processo de escolha profissional o trabalho se dê de maneira ampla e o mais completa possível. Também com o intuito de fortalecer a percepção do jovens acerca do que é do desejo deles e o que está para além de suas vontades no que diz respeito às influências dos familiares e amigos que os cercam (LEVENFUS, 2004).

Nesse sentido foi trabalhado com os adolescentes no terceiro encontro através da dinâmica da árvore das profissões, onde os mesmos eram convidados a elaborar um heredograma com as ocupações laborais de seus familiares e posteriormente a

profissão que eles próprios tinham em mente para si. Do que foi exposto pela grande maioria, ficou evidente que a profissão dos familiares tem uma grande influência na possível escolha de uma profissão por parte dos participantes.

Também foi percebida dificuldade, por parte dos adolescentes, em se expressarem no momento de exporem suas considerações acerca do que as coordenadoras propunham como atividade dentro do grupo. Isso foi um elemento constante desde o primeiro ao terceiro encontro. Entendeu-se que em um primeiro momento, era um comportamento típico diante de uma nova circunstância e das coordenadoras. Contudo, essa dificuldade permaneceu nos encontros seguintes.

Em decorrência disso, foi sentido pelas coordenadoras a necessidade de inserir alguns métodos que pudessem auxiliar na compreensão desse movimento do grupo e que pudessem auxiliar os participantes a superar essa dificuldade. Foi então que, por meio de uma caixa de recados, foi proposto aos jovens, que de forma anônima, eles pudessem escrever suas percepções sobre o grupo, suas dificuldades, críticas e/ou sugestões de como prosseguir de uma melhor forma com o grupo (ANDALÓ, 2001).

Em concordância com o que já havia sido observado, muitos expuseram suas dificuldades em se expressar no grupo, reclamaram de conversas paralelas e risadas as quais configuraram como deboche enquanto alguém falava. Partindo disso, foi estudada uma dinâmica que proporcionasse maior integração entre o grupo e que servisse como disparador para podermos abordar um assunto que estava latente no grupo gerando descontentamento na maioria dos participantes. Isso é característico do movimento grupal em um grupo operativo quando os participantes estão, a seu modo, tentando entrar na tarefa grupal, ou seja, os participantes estão ativos no grupo e explicitando questões emergentes a serem trabalhadas (GAYOTO, 1995).

O segundo encontro foi voltado para a questão do autoconhecimento, onde os adolescentes foram instigados a pensar em personagens de filmes que fossem de seu maior interesse e tentassem relacionar com alguma profissão por meio das características que se fossem semelhantes às suas.

As impressões mais marcantes deste encontro foi a dificuldade que eles tiveram de relacionar os personagens com uma profissão. O que fez eles realizarem a dinâmica em duas etapas, uma que eles escolhiam o personagem e citavam o que do perfil desses se assemelhava com o deles e a segunda em que eles falavam sobre a profissão que pensavam sem seguir que não tinha relação com o personagem que escolheram. Isso mostra que o quesito autoconhecimento deve ser mais e melhor trabalhado, bem como precisa ser fortalecido nos adolescentes.

O primeiro encontro se tratou da apresentação dos participantes e especialmente das coordenadoras uma vez que a turma já se conhecia. Nesse sentido, as coordenadoras precisavam estabelecer uma relação de confiança com os jovens. Essa primeira etapa é de essencial em um grupo operativo em virtude de possibilitar a sondagem de terreno, dos participantes, do local e das circunstâncias em que o grupo irá ocorrer. É o primeiro contato dos participantes enquanto grupo (BARBOUR, 2009).

Além disso, foi possível verificar que a maioria dos participantes não tinham perspectivas concretas acerca do que fazer após concluir o ensino médio. Pode-se inferir que estava em vigor certo receio de se exporem assim como partir do pressuposto de que o recente ingresso no Ensino Médio e da realidade socioeconômica mais frágil podem ter contribuído para tal situação. Em uma das reuniões com a equipe diretiva antes do início dos grupos, foi passado à equipe por parte dos professores a importância de se ampliar a visão dos mesmos acerca de uma profissão para o futuro e o quanto a escola já havia evoluído nesse quesito afirmando que o nível de adesão dos alunos na realização do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) e o quanto isso significava uma vitória para os professores da escola.

4 | CONCLUSÃO

O presente relato teve por objetivo mostrar as atividades realizadas acerca de quatro encontros com jovens do primeiro ano do ensino médio de uma escola do interior do Rio Grande do Sul. As práticas são direcionadas à orientação profissional, autoconhecimento, conhecimento das profissões, integração grupal e diálogo entre os mesmos.

Foi possível perceber que necessidades relativas ao autoconhecimento e a integração grupal são mais emergentes nos alunos do referido grupo do que a orientação profissional. Contudo, o manejo foi realizado a partir de disparadores para o conhecimento intrapessoal, entrando em contato com as profissões de uma forma mais interessante e dinâmica.

Também é importante salientar que por se tratar de uma escola periférica e em condições de vulnerabilidade dos participantes dos grupos, apareceram nos discursos muita falta de perspectiva dos mesmos em realizar um curso profissionalizante e que o projeto desenvolvido no local vem com o intuito de justamente abrir um leque de maiores possibilidades e meios para se ingressar em um curso superior. Instigá-los a pensar em futuramente se for de seu desejo, se especializar em alguma área em que se sintam identificados.

A partir da experiência realizada identificou-se que estes jovens apresentam muitas dificuldades relacionadas às condições econômicas, sociais, culturais e de saúde. O grupo além de ter o foco na escolha profissional possibilitou uma forma de escuta e apoio aos mesmos neste processo de transformações que passam a ocorrer nesta etapa da vida.

REFERÊNCIAS

- ANDALÓ, C. S. de A. **O papel do coordenador de grupos**. Universidade Federal de Santa Catarina. Psicologia USP vol.12 n.1 São Paulo 2001, pp.135-152.
- ANDRADE, M, M et al. **Adolescência, Escolha Profissional e Identificação: Uma Revisão Sistemática**. Id on Line Revista Psicologia. V.10, n. 30. p. 178-204, Jul, 2016.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2009.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.
- BASTOS, Alice Beatriz B. Izique. **A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon- Rivière e Henri Wallon**. Psicol inf., São Paulo, v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso>.
- ESBROGEO, Marystella Carvalho. **Avaliação da Orientação Profissional em grupo: o papel da informação no desenvolvimento da maturidade para a escolha da carreira**. Ribeirão Preto, 2008. p. 185.
- FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Apostila_-_METODOLOGIA_DA_PESQUISA%281%29.pdf>
- GAYOTTO, M. L. C.; DOMINGUES, I. **Liderança: Aprenda a mudar em grupo**. 3. Ed. Petrópolis, 1995.
- GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- JAEGER, F. P.; NOGUEIRA, V. T.; NASS, I. R. **Orientação profissional**. 1. ed. Santa Maria: Editora UNF, v. 1. p. 92. 2018.
- JUNQUEIRA, Maria Luiza. **Maturidade para a escolha da carreira em adolescentes de um serviço de orientação profissional**. Ribeirão Preto, 2010. p. 215.
- LEVENFUS, R. S. (Org.). **Psicodinâmica da escolha profissional**. São Paulo: Ed. Artmed. 2004.
- LUCHESE, Roselma; BARROS, Sônia. **A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007; 9(3):796-805. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a18.htm>.
- NASIO, J. –D. **Como Agir Com Um Adolescente Difícil: Um Livro Para Pais e Profissionais**. Tradução André Telles – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- TODOS PELA EDUCAÇÃO. **Taxa de conclusão do ensino médio aos 19 anos aumenta 15 pontos percentuais em dez anos**. 18 de fevereiro de 2016. Disponível em:<<https://www.todospelaeducacao.org.br/reportagens-tpe/36964/taxa-de-conclusao-do-ensino-medio-aos-19-anos-aumenta-15-pontos-percentuais-em-dez-anos/>> Acesso em: 20 de abril de 2018.
- VISCA, J. **Clínica psicopedagógica: epistemologia convergente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987

ESPORTES VOLTADOS A APRENDIZAGEM NA GESTÃO DE PESSOAS

Valmir Schork

Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial –
SENAC
Catanduva – São Paulo

RESUMO: As atividades esportivas podem ser utilizadas em forma de metáforas, de forma a serem usadas em situações de aprendizagem voltadas a gestão de pessoas. Baseado nisso realizou-se uma atividade com os alunos do curso Técnico em Segurança do Trabalho, utilizando esportes de práticas cooperativas e competitivas, para treinar as competências voltadas aos recursos humanos e aplicadas dentro da gestão empreendedora. Pode-se trabalhar de maneira lúdica conceitos voltados recrutamento e seleção de pessoas, trabalho em equipe, identificação e alocação de talentos, definição de tarefas, treinamentos, a importância e tipos de liderança, multifuncionalidade, etc. Os jogos utilizados não foram modalidade conhecidas como futebol, voleibol, tênis, etc., mas sim exercícios especialmente planejados e criados visando trabalhar uma relação clara e objetiva com a competência trabalhada. Antes de cada partida eram apresentadas as regras e objetivos de cada jogo e ao final realizou-se debates sobre as estratégias utilizadas pelos grupos e também as estratégias adotadas individualmente pelos alunos, realizando

explicação seguida de contextualização das teorias e práticas de cada conceito trabalho nas atividades e como são aplicadas no mercado de trabalho. Estes debates apresentam como objetivo o processo de ação e reflexão sobre a competência, de maneira prática, vivencial e lúdica, citando o referencial teórico e aplicação nas rotinas das empresas. A realização de situações de aprendizagem fora da sala de aula também estimulam e favorecem maior integração entre os discentes, bem como visam tornar o processo de construção da aprendizagem leve, convidativa e divertida.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem. Atividades. Esportes.

SPORTS REGARDING TO LEARNING IN MANAGEMENT PEOPLE

ABSTRACT: Sports activities can be used in the form of metaphors, so that they can be used in learning situations aimed at people's management. Based on this, an activity was carried out with the students of the Technical Safety Course, using sports of cooperative and competitive practices, to train the competences focused on human resources and applied within the entrepreneurial management. The experiment consisted in to work in a fun way concepts related to recruitment and selection of people, teamwork, identification and

allocation of talents, definition of tasks, training, importance and types of leadership, multifunctionality, etc. The games used were not modalities known as soccer, volleyball, tennis, etc., but they were specially designed exercises to work a clear and objective relationship with the skills worked. Before each game, the rules and objectives of each game were presented and at the end of the discussions were carried out on the strategies used by the groups and also the strategies adopted individually by the students, performing explanation followed by contextualization of the theories and practices of each concept work in the activities and how they are applied in the labor market. These debates present as objective the process of action and reflection on the competence, in a practical, experiential and playful way, citing the theoretical reference and application in the routines of the companies. The realization of learning situations outside the classroom also stimulate and favor greater integration among students, as well as aim to make the process of building learning light, inviting and fun.

KEYWORDS: Learning. Activities. Sports.

INTRODUÇÃO

A atividade relatada visa permitir a construção das competências através do uso de metáforas relacionando a gestão de pessoas a práticas esportivas de forma lúdica, propiciando aos alunos uma atividade ativa, interativa e vivencial de maneira a eles estarem sempre no centro da atividade como atores principais.

Conforme Kuller, “[...] A situação de aprendizagem deverá permitir o ensaio descompromissado com resultados imediatos, a reflexão constante sobre a ação e a experimentação repetida e aperfeiçoada”. (KÜLLER;RODRIGO, 2012, p.6) [...], sendo assim o objetivo das atividades é que os alunos possam através dos jogos propostos experimentarem ações voltadas a gestão de pessoas e na sequência realizarem uma análise crítica sobre as vivências, identificando e pontuando erros, acertos e possíveis alterações.

A utilização da atividade lúdica busca a integração e envolvimento dos alunos, pois conforme Heberle, a utilização de atividades lúdicas pode contribuir substancialmente para a formação profissional, “[...] A motivação do aluno pela aula é fator essencial para que ocorra o processo de ensino e aprendizagem. O lúdico, quando utilizado na educação, torna-se uma ferramenta importante que possibilita essa motivação, facilitando o aprender”. (HEBERLE, 2011, p. 6). E a realização de atividades neste sentido são atraentes aos alunos, por proporcionarem também um momento de lazer e integração. Heberle ainda complementa que “[...] As atividades lúdicas podem e devem ser trabalhadas de diversas formas em diversas faixas etárias, especialmente na educação de jovens e adultos, pois o lúdico pode contribuir no processo de ensino e aprendizagem e para a melhoria da educação”. (HEBERLE, 2011, p. 6).

O esporte é utilizado como forma lúdica de trabalhar as competências, pois dentro dos cenários dos jogos simulam-se várias vivências focadas na gestão de pessoas,

conforme Tubino “[...] O esporte é uma grande ferramenta na humanização e deve ser inserido na integração dos instrumentos educacionais colocados à disposição da sociedade” (TUBINO, 2001). Segundo Pedreira “[...] Os princípios administrativos são inerentes a toda e qualquer organização, seja ela uma empresa, uma universidade, um grupo musical ou uma instituição esportiva. As organizações são administradas por pessoas que trabalham em prol da organização atingir os objetivos estabelecidos”. (PEDREIRA, 2006, p. 19).

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Realizou-se atividades esportivas de ordem, individuais, competitivas ou ainda cooperativas, todos intitulados de jogos educativos, voltados a gestão de pessoas. Antes de cada partida eram apresentadas as regras e objetivos de cada jogo e após fez-se exposição dialogada recapitulando os objetivos do jogo e relacionando-o com as práticas voltadas a Gestão de Pessoas.

Foram realizadas cinco atividades conforme descritas a seguir.

1º Trabalho em Equipe: Colocar todos os jogadores no meio da quadra, traçar uma corda em torno deles, deixando-os todos juntos, amarrados em um círculo, então uma bola é lançada. Objetivo do jogo é não deixar a bola cair, termina quando todos os integrantes tocarem pelo menos uma vez na bola. Caso a bola caia reinicia-se a atividade.

Número de participantes indicados até 30.

Bases trabalhadas: Cooperação total (Trabalho em equipe, qualidade de vida - todos ganham, clima organizacional cooperativo).

2º Organização Estrutural: Deixar os integrantes escolherem 2 equipes conforme de livre escolha. O jogo consiste em ultrapassar a linha de fundo em posse da bola, deve ser jogado com as mãos e não pode correr com a bola, apenas movimentar-se sem ela, semelhante ao jogo de rúgbi. Observação pode se utilizar as demarcações de espaço destinados a quadra de futsal.

Número de participantes indicados até 30.

Ao final perguntar a equipe perdedora o porquê perdeu e a vencedora o porquê venceu relacionando a seleção, posicionamento da equipe e estratégia de jogo adotada com os resultados do jogo.

Número de participantes indicados até 30.

Bases trabalhadas: Seleção de pessoas, identificação e alocação de talentos e definição de tarefas.

3º Treinamento e desenvolvimento pessoal: Atividade consiste em simular a cobrança de um pênalti sem goleiro, mas inicia-se os chutes do lado contrário da quadra, quem for acertando o gol para de chutar, quem errar o gol na próxima cobrança aproxima a bola do gol para facilitar, a cada erro realiza-se nova aproximação até que

todos acertem o gol.

Número de ilimitado de participantes.

Bases Trabalhadas: Metas, tempos e treinamentos diferentes para desenvolvimento de pessoas diferentes.

4º Multifuncionalidade e liderança: Pode-se utilizar o princípio do jogo da atividade número 2, escolhe-se novas equipes e escolhe-se apenas um jogador para fazer o gol/ ponto pode ser até mesmo jogador da outra equipe, a informação do jogador destinado a fazer os pontos é passada somente para a equipe contrária. Observação pode se utilizar as demarcações de espaço destinados a quadra de voleibol.

Número de participantes indicados até 30.

Bases Trabalhadas: Identificação e tipos de liderança, multifuncionalidade, e estratégias organizacionais.

5º Gestão de mudanças: Pode-se fazer jogo de futsal em quadra reduzida (quadra de voleibol), utilizando-se de demarcação das traves com cones (no estilo golzinho). Selecionam-se 3 ou 4 equipes, mas somente duas jogam e a(s) outra(s) equipes são as reservas. Os competidores devem ser substituídos em determinados momentos impostos, como por exemplo, depois de ter marcado ponto, depois que a bola sair ou mesmo conforme comando do professor, a frequência das trocas deve iniciar aos poucos e aumentando de acordo com o andamento da partida. Nesse o jogo não há equipes fixas, a troca é constante, o que é um empecilho para a rivalidade.

Número de participantes indicados até 30, divididos inicialmente em 3 ou 4 equipes.

Bases Trabalhadas: Cultura organizacional, ambientes conservadores, gestão de mudanças e competitividade.

Recursos Necessários: Rolo de barbante, apito, uma tesoura, 4 cones, uma bola de futebol e uma de voleibol, espaço aberto (quadra poliesportiva).

Tempo total das atividades: De três a quatro horas, considerando 20 minutos para intervalo, dividindo o tempo restante em 30 a 45 minutos para cada atividade, considerando explicação sobre o jogo, seleção de equipes, realização do jogo e discussão pós partidas.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

A atividade permitiu grande interação, envolvimento, cooperação e integração dos alunos de maneira divertida, além de destacar a importância e relevância que têm as discussões e os resultados para a prática profissional, isto torna o processo de ensino aprendizagem convidativo, atraente e desafiador.

As atividades permitiram manter os discentes como atores principais das ações seja como atletas ou através das construções realizadas nas discussões após cada jogo, pois as explicações sempre são baseadas nas experiências relatadas que tiveram

durante as atividades ou nos conhecimentos prévios que cada aluno trouxe como relato de vivência, somando-se a isto os conceitos e teorias sobre cada competência trabalhada.

Os aprendizes puderam jogar pensando na vitória da equipe atrelada seu desempenho individual, percebendo que cada função tem sua importância para o todo, e que quando bem executadas contribuem para o atingimento das metas do grupo.

Conforme depoimento do aluno Kaique Augusto dos Santos, o entendimento sobre o conteúdo ficou muito mais claro depois das partidas. “Saqueei que uma equipe é como um time. Cada pessoa precisa jogar na sua posição para marcar um gol”. (SENAC-SP, 2016).

REFERÊNCIAS

HEBERLE, Karina. Utilização e importância das atividades lúdicas na educação de jovens e adultos. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Educação Profissional Integrada a Educação Básica na Modalidade EJA) – Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Medianeira, 2011.

KÜLLER, José Antonio; RODRIGO, Natália de Fátima. Metodologia de Desenvolvimento de Competências. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2012.

PEDREIRA, Rafael Baptista. **GESTÃO ESPORTIVA Uma análise da administração profissional em clubes de futebol, a transformação dos clubes em empresas: um estudo de caso do Goiás Esporte Clube.** Trabalho de Conclusão de Estágio apresentado it disciplina Estágio Supervisionado – CAD 5236, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006. Disponível em (<<http://tcc.bu.ufsc.br/Adm293594.PDF>>. Acesso em 04 setembro 2017).

TUBINO, Manoel José Gomes. Dimensões sociais do esporte. 2ª edição revisada. São Paulo: Cortez 2001.

SENAC-SP. Notícias: Esportes ajudam no ensino de segurança do trabalho, 2016. Disponível em: (<<http://www.sp.senac.br/jsp/default.jsp?tab=00002&newsID=a23638.htm&subTab=00000&testeira=2092&uf=&local=&l=&template=&unit=>>>. Acesso em: 04 setembro 2017).

GAMIFICATION NAS REDES SOCIAIS AJUDAM MULHERES A PREVENIR DOENÇAS

Ricardo Fontes Macedo

Universidade Tiradentes, Aracaju – SE

Líria Nunes da Silva

Instituto Federal do Piauí, Teresina – PI

Alan Malacarne

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju – SE

Washington Sales do Monte

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju – SE

Claudia Cardinale Nunes Menezes

Instituto Federal de Sergipe, Aracaju - SE

Robelius De-Bortoli

Universidade Federal de Sergipe, Aracaju - SE

RESUMO: As doenças crônicas não transmissíveis são as principais causas de morte das mulheres no mundo. Os fatores de risco para essas doenças são sedentarismo, dieta inadequada, obesidade, hipertensão arterial, ansiedade, etc. Na literatura científica e no mercado existem inúmeros programas efetivos para prevenir essas doenças estimulando um estilo de vida saudável. Porém os profissionais e as organizações de saúde não conseguem engajar as mulheres nos programas, pois as maiores destas ainda não encontraram uma solução para adequar o programa ao contexto social dessas usuárias. Por outro lado algumas organizações e pesquisadores da área de saúde tem utilizado o Gamification e/ou as redes sociais para engajar as mulheres nos

programas de estilo de vida saudável. Essas ferramentas possuem elementos que motivam, customizam e fornecem feedback imediato para os usuários, os quais os levam a engajar num estilo de vida saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; *Gamification*; Redes Sociais; Estilo de Vida Saudável.

GAMIFICATION IN SOCIAL NETWORKS HELPS WOMEN PREVENT DISEASES

ABSTRACT: Non-communicable chronic diseases are the leading causes of death for women worldwide. The risk factors for these diseases are sedentary lifestyle, inadequate diet, obesity, hypertension, anxiety, etc. In the scientific literature and in the market there are numerous effective programs to prevent these diseases by stimulating a healthy lifestyle. However, health professionals and organizations are unable to engage women in programs because the majority of them have not yet found a solution to fit the program into the social context of these users. On the other hand some health organizations and researchers have used Gamification and / or social networks to engage women in healthy lifestyle programs. These tools have elements that motivate, customize, and provide immediate feedback to users, which lead them to engage in a healthy lifestyle.

KEYWORDS: Women; Gamification; Social Media; Healthy Lifestyle.

1 | INTRODUÇÃO

As diferenças biológicas e de gênero criam um impacto na saúde tanto no homem como na mulher. A saúde da mulher é uma preocupação particular porque em muitas sociedades, elas tem desvantagens por meio de discriminações baseadas nos fatores socioculturais. Alguns desses fatores evitam que as mulheres disfrutem dos benefícios da qualidade dos serviços de saúde e atinjam o maior nível possível de qualidade de vida. Exemplos dessas diferenças são:

- o poder desigual no relacionamento entre homem e mulher;
- normas sociais que limitam a educação e oportunidades de trabalho; e
- um foco exclusivo no papel reprodutor da mulher;

Quando a mulher não executa ou cumpre a norma social sofre estigma ou exclusão social, o que afeta a saúde. Assim, as normas de gênero, papéis e relações influenciam a suscetibilidade das pessoas para diferentes condições de saúde, doenças e afetam o aproveitamento dessas pessoas de uma saúde mental, física e social. As mulheres também tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao tempo e as normas sociais ao longo da vida.

As doenças infecciosas são as principais causas de morte de mulheres na África, mas globalmente, a metade das causas advém de doenças crônicas não transmissíveis – principalmente doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas. A diferença entre países desenvolvidos e não desenvolvidos é que 80% das causas de morte nos primeiros são doenças crônicas não transmissíveis, enquanto que nos segundos é 25%.

A estatística de mortalidade não capta sozinha o baixo nível de saúde entre as mulheres adultas. Os fatores de risco que associados a maior chance de mortalidade precoce são as causas das doenças crônicas, acidentes e transtornos mentais. Por exemplo, as doenças cardiovasculares foram a causa da morte 1.2 milhão de mulheres de idade entre 20 e 59 anos em 2004.

A maioria dessas doenças são preveníveis através da adoção de um estilo vida que evite os fatores de risco críticos. Cada fator de risco tem uma causa específica. As doenças crônicas possuem seis fatores de risco que estão associados com as mortes prematuras de mulheres adultas por doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial alta é o principal fator de risco para mulheres adultas, além desse, o nível de glicose alterado, a inatividade física, o colesterol total alto e a dieta desequilibrada. Os hábitos de sedentarismo e dieta hipercalórica levam ao sobrepeso e obesidade, que a principal causa do desenvolvimento das alterações na pressão arterial, níveis de glicose e colesterol.

2 | DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS SÃO PREVENÍVEIS

As maiores causas de morte são as doenças crônicas não transmissíveis, porém estas são evitadas e tratadas, principalmente, por um engajamento num estilo de vida saudável (OMS, 2015). As principais atividades preventivas são prática de atividade física regular, dieta balanceada, estímulo a saúde mental e participação social. Todos esses elementos aumentam a qualidade de vida e diminuem o risco de morte por doenças cardiovasculares (VAN CAMP, 2014).

O alerta para esse contexto nas últimas duas décadas não reduziu o aumento da prevalência das comorbidades associadas (obesidade, hipertensão arterial, glicemia e colesterol alterados) ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares. Além disso, soluções para estimular as pessoas a adotarem um estilo de vida mais saudável têm sido desenvolvidas para prevenir essas doenças. Entretanto, apesar destes conhecimentos estarem disseminados na literatura e entre a sociedade, as taxas de prevalência dessas doenças aumentaram nos últimos anos. Portanto, o desafio dos profissionais passou a ser o engajamento das pessoas nos comportamentos recomendados pelos órgãos de saúde.

3 | PARA PREVENÇÃO O USUÁRIO NECESSITA ADOTAR ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

O estilo de vida saudável é uma maneira de viver que diminui o risco de desenvolver doenças preveníveis e um bem-estar físico, mental e social (OMS, 2010). Por exemplo, uma vida fisicamente ativa e uma dieta balanceada previnem alguns fatores de risco.

Por outro lado, o conceito “Pura Vida” adotado como mantra em comunidades na Costa Rica sugere uma maneira de viver priorizando o convívio social, uma dieta com produtos regionais e da temporada, e um cotidiano ativo.

Um indivíduo é saudável quando está estado completo de bem-estar mental, físico e social. Para atingir essa condição a pessoa deve estar apta a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A saúde é um recurso para a vida e não uma finalidade. Os elementos básicos para a saúde são um ambiente favorável para o acesso e uso dos recursos (educação, abrigo, alimentação, recursos econômicos e sustentáveis) para ser saudável.

Os usuários do sistema de saúde são as pessoas que utilizam ou usufruem dos serviços ou tecnologia de saúde. Como também é para este usuário que os produtos ou serviços são concebidos. Por isso, os profissionais e órgãos de saúde devem desenvolver serviços e produtos centrados nos interesses e necessidades dos usuários.

4 | PROGRAMAS PARA ADOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL

O usuário dos programas de estilo de vida saudável existentes, possuem um nível de engajamento baixo, pois as intervenções não conseguem manter a motivação dos usuários durante as atividades, bem como não buscam adequar o programa ao cotidiano da vida dos usuários.

O estilo vida das pessoas varia de acordo com o trabalho dos mesmos, o que exige uma customização do programa para adequar aos horários e atividades funcionais. Outra barreira é o custo dos serviços prestados por esses programas, de deslocamento e dos produtos necessários para adotar o estilo de vida saudável.

Nesta perspectiva, pesquisadores e profissionais tem encontrada em teorias da psicologia da mudança do comportamento, na tecnologia, nos jogos, no *Gamification*, entre outros, elementos que podem aumentar a motivação para os usuários. Mesmo assim, alguns usuários encontram dificuldade com o domínio da ferramenta ou interface utilizada para comunicar, atrair ou engajá-lo nas atividades. Estas barreiras podem ser solucionadas com um programa personalizado para o usuário, que forneça um feedback imediato (usuário-profissional-usuário) e utilize a(s) interface(s) mais adequada(s) a experiência e domínio dos mesmos. Isto eleva o engajamento das pessoas nas atividades dos programas de saúde, conseqüentemente a mudança do estilo de vida.

- Usuário não consegue manter-se no programa
- Programas não consegue ser atraente
- Estilo de vida dos usuários é diferente entre eles dificultando customização
- Custo para usuário
- Domínio da ferramenta/interface
- Motivação do usuário (repetitivos; falta de adequação ao usuário)
- FeedBack (usuário-profissional-usuário)

As pessoas adultas relatam que adotar um estilo de vida saudável têm alguns desafios como a falta de tempo e os programas não prescrevem atividades motivantes. As soluções recentes desenvolvem programas com elementos para aumentar o engajamento dos participantes nas atividades. Alguns destes elementos utilizados são as redes sociais *web* e o *Gamification*.

O *Gamification* surgiu na área do marketing, porque as empresas tinham o mesmo desafio de engajar as pessoas na compra dos seus produtos ou serviços. As empresas visualizaram que os vídeos games conseguiam engajar milhões de pessoas, de diferentes idades, em seus jogos (PRZYBYLSKI; RIGBY; RYAN, 2010). A partir da necessidade de engajamento das pessoas em atividades no mundo real, surgiu o processo *Gamification*, o qual utiliza os elementos e mecânicas de vídeo games para engajar as pessoas em atividades fora do contexto do jogo (DETERDING *et al.*, 2014).

Estes elementos são participação voluntária, objetivos, regras e feedback imediato (pontos, tabela de pontuação, *badges*, premiações, etc).

O *Gamification* na área de saúde ainda é recente na literatura científica, mas no mercado existem muitas aplicações disponíveis para estimular a prática de atividade física, dieta saudável, exercícios cognitivos, etc (CHOU; BRY; COMER, 2017; JOHNSON *et al.*, 2016). Porém, profissionais e empresas de saúde têm desenvolvido e aplicado o *Gamification* no mercado. Essas informações da utilização deste processo em programas de saúde estão sendo validadas e testadas na literatura científica para os efeitos do *Gamification* no engajamento e na intenção de modificar o comportamento.

5 | GAMIFICATION: DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES

Gamification é o processo de levar um indivíduo ao *Flow* mediante a *Affordance* do perfil *Gameful* do indivíduo para romper o Equilíbrio de Nash. Em outras palavras, *Gamification* é o processo de levar um indivíduo ao *Flow* (estado mental de operação em que a pessoa está totalmente imersa no que está fazendo, caracterizado por um sentimento de total envolvimento e sucesso no processo da atividade) mediante a *Affordance* (identificação intuitiva de uma oportunidade através de uma *Interface* que permite ao indivíduo identificar sua funcionalidade sem a necessidade de prévia explicação, o que ocorre intuitivamente, por exemplo, com uma maçaneta para abrir uma porta) do perfil *Gameful* do indivíduo (Característica individual de assumir novos desafios e experimentar estratégias diferentes para alcançar seus objetivos, bem como ver tudo como desafio e não ter medo de testar estratégias para verificar se elas funcionam) para romper o Equilíbrio de *Nash* (situação em que, em um jogo envolvendo dois ou mais jogadores, nenhum jogador tem a ganhar mudando sua estratégia unilateralmente).

Gamificar é uma tendência nas maiores empresas do mundo (BURKE, 2012; MENEZES; BORTOLI, 2016). O *Gamification* tem sido aplicado em diversos setores do mercado com o propósito de engajar pessoas a executar tarefas (MENEZES; BORTOLI; ALMEIDA, 2017; MCKEOWN *et al.*, 2016; PEDREIRA *et al.*, 2014; HAMARI, KOIVISTO; SARSA, 2014; LOOYESTYN *et al.*, 2017). O *Gamification* usa as mecânicas e dinâmicas do vídeo game para estimular as pessoas no mundo real (DETERDING *et al.*, 2014; HUOTARI; HAMARI, 2012). Na área de saúde, existe uma necessidade por soluções de estímulo a um estilo de vida saudável.

Na bibliometria realizada por Macedo, Reis e De-Bortoli (2018) foi demonstrado que as publicações originais de gamificação na saúde têm aumentado gradualmente desde 2013. Apesar do número total de 72 artigos originais revisados por pares ser pequeno em relação ao total de publicações (610) encontradas na primeira busca. Esta proporção é normal em temáticas emergentes e relacionadas a tecnologia, as quais apresentam nos primeiros anos um perfil de publicação de artigos em conferências ou

capítulos de livros. O *Gamification* na saúde possuía um número expressivo de autores pesquisando a temática e o mais interessante é o perfil dos primeiros autores, os quais são na maioria mulheres. O mesmo ocorre quando analisados os autores que mais publicaram. Esses dados coincidem com o fato da precursora em desenvolvimento do *Gamification* na saúde, Janie McGonigal (McGONIGAL, 2011), também ser mulher.

Ainda na pesquisa de Macedo, Reis e De-Bortoli (2018), as publicações de *Gamification* foram classificadas em cinco grandes áreas da saúde, com destaque para as publicações com objetivo de promover bem-estar ou estilo de vida saudável. Pois foi nessa área que os primeiros produtos de *Gamification* na saúde começaram a surgir, gerando a necessidade de validar essa ferramenta cientificamente. As principais doenças que acometem as pessoas, como doenças cardiovasculares e diabetes, são prevenidas e tratadas com mudanças no estilo de vida, mas o grande problema é a motivação e o engajamento das pessoas (OMS, 2014). Por isso, as empresas, pesquisadores e profissionais têm vislumbrado o *Gamification* com uma ferramenta para auxiliar nesse processo de engajar as pessoas a adquirir um estilo de vida saudável, como identificado por Alahaivala e Oinas-Kukkonen (2016).

6 | ARQUITETURA DO DESEJO

A Arquitetura do Desejo é a teoria aplicada. Ela foi formulada por Macêdo, Silva e De-Bortoli (2019) e aplicada em diferentes ambientes e com variados públicos. Eles testaram a teoria com um protocolo de promoção de estilo de vida saudável (Pura Vida) em 9 mulheres de 20 a 35 anos idade. Estas formaram grupos de três por afinidade e proximidade. O gestor definiu uma rede social (Interface) para interação com cada grupo. Nesta, o gestor lançava os desafios ou missões cada dia, bem como os feedbacks para cada atividade cumprida pelos participantes. Em um mês de intervenção, as participantes engajaram nos hábitos propostos e elas relataram que a proximidade e compartilhamentos dos hábitos das amigas motivaram a elas a adotarem um estilo de vida saudável.

Outro exemplo de aplicação da teoria da arquitetura do desejo foi aplicação prática com uma turma de graduação composta de alunos de 20 a 65 anos de idade. O gestor foi o professor da disciplina, o qual queria o engajamento dos alunos (Usuários), em um estilo de vida saudável (Comportamento). O gestor estabeleceu como módulo protocolo o programa Pura Vida – composto de atividades físicas, nutricionais, sociais e mentais. Os meios adequados para interagir e engajar os alunos foi uma rede social e a sala de aula (Interfaces). Nelas, o gestor comunicava os desafios e quizzes (Execução das Atividades) para os usuários executarem dentro das regras estabelecidas. Os Dados gerados nas interfaces eram tabulados qualitativamente e quantitativamente numa planilha de dados para posterior análise do gestor. Este interpretou os dados e forneceu os feedbacks no final do dia – pontos, tabela de classificação, níveis, reforço

positivo de cumprimento das tarefas. Mesmo assim haviam os feedbacks sociais e mentais imediatos criados pelos próprios usuários quando compartilhavam as fotos das suas atividades e comentavam a execução da tarefa do colega.

Portanto, da necessidade é gerado um desejo de mudança, mas é necessário motivar a pessoa direcionando-a ao objetivo e alinhando a intensidade do esforço com algo que tenha significado para ela. Dessa forma a pessoa firmará um acordo ou aliança para iniciar essa mudança. Após o acordo selado, o gestor deve manter o participante motivado no comportamento. Essa motivação é gerenciada através de feedbacks intrínsecos e extrínsecos.

Para alinhar e conectar essas ações num ciclo, o gestor utiliza o Gamification – o qual é um processo que fornece uma sensação de fluxo positivo na atividade semelhante a experienciada num vídeo game. Assim, a Teoria da Arquitetura do Desejo é prospectiva para um Gestor ou mediador conduzir a mudança de comportamento de uma pessoa, enquanto as teorias existentes são explicativas do processo de mudança de comportamento para os usuários.

7 | REDES SOCIAIS COMO FERRAMENTAS DE ENGAJAMENTO

As organizações tem aumentado o uso das mídias sociais, como Facebook, Twitter ou Whatsapp, para interagir com os usuários. As redes sociais oferecem a possibilidade de mudança no relacionamento entre as organizações e os usuários de uma troca mono ou bidirecional de informação dentro de um processo de comunicação, o qual pode atingir milhões de pessoas em segundos através da internet. As características das redes sociais oferecem elementos para todas as organizações, porque colocam os usuários numa posição central que permite eles participarem interativamente das ações com feedback imediato e em tempo real (usuário-organização-usuário). Essa tendência é conhecida como engajamento e caracterizada como o estabelecimento de um relacionamento interativo entre os usuários e as organizações.

As mídias sociais permitem uma conectividade e interatividade com o usuário, pois o conteúdo vai de “mão em mão” com a tecnologia produzindo grandes efeitos. Reid Hoffman, fundador do LinkedIn (RICADELA, 2007), disse que essa habilidade das redes sociais de melhorar os relacionamentos irá transformar o uso da internet. O conteúdo disponibilizado nas redes sociais permite aos usuários criarem, compartilharem e recomendarem informações em uma variedade de plataformas com ferramentas de troca de dados.

De acordo com Hansen, Shneiderman, e Smith (2010), as tecnologias de mídias sociais adentraram na vida das pessoas radicalmente trazendo novas maneiras de interação. Harris (2009) notou que existem literalmente milhares de diferentes plataformas de redes sociais (ex. redes sociais, mensagens de texto, de compartilhamento de fotos, transmissão de vídeos, podcasts, wiis, blogs, etc.). Anderson e Wolf (2010) destacam a importância dos aparelhos móveis para acessar

essas plataformas, pois eles permitem um acesso ainda mais imediato as informações e interação entre as pessoas com um baixo custo.

8 | CONSEQUÊNCIAS DO PROGRAMA

O uso do *Gamification* como estratégia para engajar as pessoas nas atividades de um programa de estilo de vida saudável é importante pelas altas taxas de desistência, como relatado na revisão de intervenções de estilo de vida para mulheres inférteis com sobrepeso e obesidade (MUTSAERTS et al., 2013), e na de BURGESS et al. (2017) com programas de intervenção para o estilo de vida saudável. Portanto, para aumentar a chance de engajamento e futura adoção do comportamento desejado pela pessoa e pelos profissionais de saúde. Assim, estes tem que pensar em estratégias de engajamento, e a utilização do *Gamification* é oportunidade muito testada na literatura recente na área de saúde, vendas, recursos humanos e educação (MCKEOWN et al., 2016; DICHEVA et al., 2015).

Um aspecto importante de um programa de estilo de vida saudável gamificado são que as atividades permitem aos participantes desenvolverem o conhecimento sobre o estilo de vida saudável e como modifica-lo. Pois, unindo o conhecimento sobre o comportamento desejado a pessoa ganha auto eficácia para adotá-lo. Assim, os participantes vivenciam uma mudança de comportamento segundo a abordagem do processo de ação de saúde (HAPA), na qual a pessoa tem que reconhecer os riscos do comportamento atual; quais as expectativas das consequências do comportamento atual; e ter auto eficácia, que é a confiança da pessoa nas suas habilidades de aprender ou executar o novo comportamento (SCHWARZER et al, 2003; SCHWARZER, 2008). Este último item pode ser estimulado através de desafios, os quais podem ser lançados progressivamente para que os participantes desenvolvam as habilidades e ganhem confiança para realizar as mesmas no futuro.

Em relação a interface utilizada para realização de programas de mudança de comportamento. As redes sociais demonstram criar um ambiente de suporte, aumentam a interação e o estímulo para engajar nos comportamentos adotados pelos amigos, aos quais está conectado (MAHER et al., 2014; SCHNEIDER et al., 2015). A rede social escolhida por Macedo et al., (2018) foi o *whatsapp*, pois, a maior parte das pessoas estão cadastrados nesta plataforma e ela permite uma rápida comunicação com os participantes e entre eles, já que era de acesso instantâneo, gratuito e dava feedback imediato.

O estudo de caso de Macedo, Reis e De-Bortoli (2018) demonstrou que o *Gamification* é uma estratégia interessante para engajar as pessoas em atividades que não estão no cotidiano delas, tornando-as prazerosas e com propósito. Neste caso, o estilo de vida saudável é recomendado pela mídia, profissionais de saúde e organizações de saúde, porém existe uma dificuldade em engajar as pessoas.

Baseado nessas experiências, Gamificar atividades de estilo de vida saudável usando redes sociais pode ser uma alternativa eficaz para ajudar as políticas de saúde pública, principalmente direcionadas à mulheres.

REFERÊNCIAS

- ALAHÄIVÄLÄ, Tuomas; OINAS-KUKKONEN, Harri. Understanding persuasion contexts in health gamification: A systematic analysis of gamified health behavior change support systems literature. **International journal of medical informatics**, v. 96, p. 62-70, 2016. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.02.006
- ANDERSON, Chris et al. The Web is dead. Long live the Internet. **Wired Magazine**, v. 18, p. 15, 2010.
- BURGESS, Emily et al. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. **Clinical obesity**, v. 7, n. 2, p. 105-114, 2017. doi.org/10.1111/cob.12180
- BURKE, Brian. Gamification 2020: What is the future of gamification. **Gartner, Inc., Nov**, v. 5, 2012.
- CHOU, Tommy; BRY, Laura J.; COMER, Jonathan S. Multimedia field test: Evaluating the creative ambitions of SuperBetter and its quest to gamify mental health. **Cognitive and Behavioral Practice**, v. 24, n. 1, p. 115-120, 2017. doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.10.002
- DETERDING, Sebastien et al. Du game design au gamefulness: définir la gamification. **Sciences du jeu**, n. 2, 2014.
- DICHEVA, Darina et al. Gamification in education: a systematic mapping study. **Educational Technology & Society**, v. 18, n. 3, p. 75-89, 2015.
- HAMARI, Juho; KOIVISTO, Jonna; SARSA, Harri. Does gamification work?--a literature review of empirical studies on gamification. In: **2014 47th Hawaii international conference on system sciences (HICSS)**. IEEE, 2014. p. 3025-3034.
- HANSEN, Derek L.; SHNEIDERMAN, Ben; SMITH, Marc A. **Analyzing social media networks with NodeXL: Insights from a connected world**. Morgan Kaufmann, 2010.
- HARRIS, R. Social media ecosystem mapped as a wiring diagram. **Retrieved September**, v. 27, p. 2010, 2009.
- HUOTARI, Kai; HAMARI, Juho. Defining gamification: a service marketing perspective. In: **Proceeding of the 16th international academic MindTrek conference**. ACM, 2012. p. 17-22. doi:10.1145/2393132.2393137
- JOHNSON, Daniel et al. Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. **Internet interventions**, v. 6, p. 89-106, 2016. doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002
- LOOYESTYN, Jemma et al. Does gamification increase engagement with online programs? A systematic review. **PloS one**, v. 12, n. 3, p. e0173403, 2017. doi: 10.1371/journal.pone.0173403.
- MACEDO, R. F.; REIS, M. A. M.; DE-BORTOLI, R. Redes sociais e gamificação para engajar mulheres num estilo de vida saudável. **Jornal Brasileiro de Telessaúde: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde**. v. 5, n. 1, p. 53, 2018.
- MACEDO, R. F.; SILVA, L.N.; DE-BORTOLI, R. Desire Architecture: Behavior Change Theory.

International Journal for Innovation, Education and Research. v. 7, n. 2, p. 22-27, 2019.

MAHER, Carol A. et al. Are health behavior change interventions that use online social networks effective? A systematic review. **Journal of medical Internet research**, v. 16, n. 2, 2014. doi.org/10.2196/jmir.2952

McGONIGAL, Jane. **Reality is Broken: and how they can change the world.** United States of America, USA: Penguin USA, 2011.

MCKEOWN, Shari et al. Gamification as a strategy to engage and motivate clinicians to improve care. In: **Healthcare management forum.** Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, v. 29, n. 2, p. 67-73, 2016. doi: 10.1177/0840470415626528

MENEZES, Cláudia Cardinale Nunes; BORTOLI, Robélius; ALMEIDA, Claudio Pessoa de. Mapeamento tecnológico de patentes relacionadas a gamificação. **Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação**, v. 22, n.49, p. 33-41, 2017. doi. 10.5007/1518-2924.2017v22n49p33

MENEZES, Claudia Cardinale Nunes; DE BORTOLLI, Robélius. Potential of gamification as assessment tool. **Creative Education**, v. 7, n. 04, p. 561, 2016.

MUTSAERTS, M. A. Q. et al. Dropout is a problem in lifestyle intervention programs for overweight and obese infertile women: a systematic review. **Human reproduction**, v. 28, n. 4, p. 979-986, 2013.

OMS - World Health Organization. **Global Recommendations on Physical Activity for Health.** Geneva: World Health Organization, 2010.

OMS - World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** Geneva. World Health Organization, 2015.

OMS - World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014.** World Health Organization, 2014

PEDREIRA, Oscar et al. Gamification in software engineering—A systematic mapping. **Information and software technology**, v. 57, p. 157-168, 2015. doi. 10.1016/j.infsof.2014.08.007.

PRZYBYLSKI, Andrew K.; RIGBY, C. Scott; RYAN, Richard M. A motivational model of video game engagement. **Review of general psychology**, v. 14, n. 2, p. 154-166, 2010. doi. org/10.1037/a0019440

RICADELA, A. Google girds for Facebook fight. **Retrieved September**, v. 29, p. 2010, 2007.

SCHNEIDER, Kristin L. et al. An online social network to increase walking in dog owners: a randomized trial. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 47, n. 3, p. 631, 2015. doi.org/10.1249/MSS.0000000000000441.

SCHWARZER, Ralf. Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. **Applied psychology**, v. 57, n. 1, p. 1-29, 2008. doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325x

VAN CAMP, G. Cardiovascular disease prevention. **International Journal of Clinical and Laboratory Medicine.** v. 69, n. 6, p. 407-411, 2014. doi.org/10.1179/2295333714Y.0000000069

GRUPO DE DANÇA FLOR DA IDADE: COMPARTILHANDO SABERES NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Camila Machado

Centro universitário da região da Campanha,
Faculdade de Educação Física – Bagé/RS.

Candida Fagundes

Centro universitário da região da Campanha,
Faculdade de Educação Física – Bagé/RS.

Dionatan Gonçalves

Centro universitário da região da Campanha,
Faculdade de Educação Física – Bagé/RS.

Walkiria Regert

Centro universitário da região da Campanha,
Faculdade de Educação Física – Bagé/RS.

RESUMO: Este é um relato sobre as atividades realizadas no projeto “Grupo de danças Flor da Idade” destinado a pessoas com idades compreendidas entre 65 e 90 anos. No que diz respeito às questões de relacionamento e entrosamento do grupo, os resultados são satisfatórios, pois as atividades possibilitam uma série de exercícios lúdicos. Percebemos grande assiduidade por parte dos alunos, o que aponta a solidificação do projeto. Também nos são relatados uma maior disposição para as atividades da vida diária e sensação de bem estar por estar convivendo em grupo com os demais. Permitimos aos acadêmicos em formação, a oportunidade de exercitar a prática docente e aos participantes deste tipo de projeto, uma aproximação com a universidade

bem como melhorias relativas à sua saúde física e psíquica de forma geral.

PALAVRAS-CHAVE: Maturidade ativa, Terceira idade e Qualidade de vida.

ABSTRACT: This is an account of the activities carried out in the “Flower of the Age Dance Group” project for people between the ages of 65 and 90. Regarding the relationship and grouping issues of the group, the results are satisfactory, since the activities enable a series of playful exercises. We noticed great assiduity on the part of the students, which indicates the solidification of the project. Also we are told a greater disposition for the activities of the daily life and sensation of well-being by being coexisting in group with the others. We allow the academic in formation the opportunity to exercise the teaching practice and the participants of this type of project, an approximation with the university as well as improvements regarding their physical and mental health in general.

KEY-WORDS: Active Maturity, Senior Citizens and Quality of Life.

1 | INTRODUÇÃO

Pesquisas mostram que a expectativa de vida no Brasil vem aumentando, e o número de idosos é significativo.

Num estudo de Araújo, Sá e Amaral

(2012) um dado revela que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a população de idosos em 2025 no Brasil, classificará o país como sexto em número de pessoas a partir dos 65 anos.

Estamos nos tornando um “país velho” que necessita além de reformular seus programas destinados à pessoa idosa, tratar o envelhecimento sobre um ponto de vista onde o mesmo seja sinônimo de longevidade e não apenas de descarte social.

Sabemos que o envelhecimento é um processo natural na vida de qualquer pessoa e todos sabem dos ganhos de se envelhecer e adquirir maturidade como das perdas ao longo deste caminho.

Na quinta década de vida é possível notar um declínio influenciado pelos fatores como: genética, dieta, ambiente e hábitos de vida. Alguns desses fatores são modificáveis, podendo diminuir. (ANDRÉA ET AL, 2010).

Dificuldades cognitivas, como enfraquecimento da memória causam também prejuízos no funcionamento físico, alterando a mobilidade, a noção de espaço e o equilíbrio de homens e mulheres com mais de 60 anos (BEKERT, IRIGARAY E TRENTINI, 2012).

De acordo com Vankova e colaboradores (2014) todas essas alterações aliadas à mudança de status social causam muitas vezes patologias como a depressão e em alguns casos, aceleram a deterioração orgânica destes sujeitos de um modo geral.

E em função disso, Closs & Schwanke (2012) descrevem que parece que se iniciou neste novo século, um movimento de se construir o envelhecimento a partir de novos paradigmas que proponham não só a explicação para os processos de desenvolvimento/envelhecimento como também os meios para que seja possível lidar com estas mudanças cronológicas ao longo da vida.

Alguns desses fatores são modificáveis, podendo melhorar esse processo. Certamente, a prática de atividades motoras pode contribuir em relação às questões emocionais e afetivas dos idosos promovendo uma melhoria da saúde mental destes, e evitando agravo de até mesmo, demência na senilidade (BEKERT, IRIGARAY e TRENTINI, 2012; ADAM e SHAHAR, 2016; LOBO E COLABORADORES, 2012).

Esta produção do conhecimento em relação ao envelhecimento, parecer estar favorecendo ao surgimento de programas voltados à saúde, à movimentação corporal e ao bem estar do idoso.

E no sentido de promover o envelhecimento saudável, a Dança surge como umas das principais opções para os programas que envolvam atividades motoras para a terceira idade.

Sem falar no bem estar físico que é fundamental para lidar com acontecimentos estressantes adquiridos pelos idosos através de atividades físicas promovendo saúde, energia e melhor capacidade funcional. (ANDRÉA E COLABORADORES, 2010).

A modalidade permite aos idosos, trabalhar fisicamente com planejamento de ações musculares, tomada de decisão e a relação entre uma série de capacidades funcionais como (deslocamentos e movimentos precisos) a partir de um conjunto

sistematizados de coreografias, adaptadas às possibilidades dos mesmos. (CHATTOPADHYAY E SINGH, 2016).

No sentido de promover o envelhecimento saudável, a Dança surge como uma das principais opções para os programas que envolvam atividades físicas para a terceira idade.

A modalidade permite aos idosos, trabalhar fisicamente com planejamento de ações musculares, tomada de decisão e a relação entre uma série de capacidades funcionais como (deslocamentos e movimentos precisos) a partir de um conjunto sistematizado de coreografias, adaptadas às possibilidades dos mesmos. (CHATTOPADHYAY E SINGH, 2016).

Além disso, a Dança entre os idosos é uma atividade física capaz de potencializar a socialização, as relações interpessoais e aperfeiçoar as atividades de vida diária tornando o idoso mais independente.

Em muitos casos o “ficar velho” significa ser excluído da vida social construída ao longo dos anos ao contrário dos idosos que são incluídos a grupos de dança, oportunizando a ressocialização, e melhora na qualidade de vida. (MELCHIORRE et al., 2013; NERI;VIEIRA, 2013; MARQUES et al., 2013; GONÇALVES, 2011).

Alguns estudos (SOUZA e COLABORADORES, 2012; SOUZA e METZNER, 2013) enfatizam em seu conteúdo a importância da relação entre atividade física e qualidade de vida demonstraram que idosos mais ativos vivem com mais satisfação, pois encontram na prática da atividade física um modo de terem suas vidas com a quantidade de doenças minimizadas, um bem estar físico e mental, melhor convívio social e maior disposição na realização de tarefas diárias.

Diante do exposto, este trabalho tem como propósito a apresentação do projeto de extensão intitulado “Grupo de Danças Flor da Idade” que é um projeto desenvolvido pelo curso de Licenciatura em Educação Física, da Universidade da Região da Campanha – Bagé/RS em parceria com o Centro do Idoso, mantido pela Coordenadoria Secretaria Municipal de Assistência Social, Habitação e Direitos do Idoso (SMASI).

A relevância do mesmo justifica-se na possibilidade de promover a Dança como uma ferramenta interessante no auxílio da melhoria da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento bem como na promoção da iniciativa como forma de estimular a ampliação dos projetos e grupos específicos de atividades físicas voltadas à terceira idade.

2 | METODOLOGIA

Atende-se atualmente cerca de 50 pessoas, compreendidas em uma faixa etária que varia de 65 à 90 anos e de ambos os sexos. A ação é desenvolvida duas vezes por semana, há cerca de um ano no Centro do Idoso da cidade da Bagé/RS.

Neste projeto de extensão, os acadêmicos sem vínculo financeiro, elaboram

e executam atividades de Dança sob a orientação da profissional responsável pelo grupo. A coordenação do projeto fica sob a responsabilidade da professora do curso de Licenciatura em Educação Física da universidade em questão (URCAMP – Bagé/RS) a qual ministra a disciplina de Expressão e Ritmo na faculdade.

As aulas possuem duração de 60 minutos (1 hora) e preveem atividades rítmicas e expressivas, com materiais diversos (balões, arcos, colchonetes, fitas) e procuram desenvolver as habilidades motoras básicas bem como coreografias específicas com vistas á apresentações públicas.

De modo esporádico ao final das aulas, são realizadas rodas de conversa com o objetivo de ouvir a percepção dos idosos participantes sobre as atividades desenvolvidas e atuação dos profissionais do projeto.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da existência do projeto percebe-se a melhoria das interações entre os participantes do grupo, bem como um aumento da autoestima, e maior disposição para a realização de outras atividades cotidianas fora das atividades do grupo.

Acreditamos que quando o idoso entra no mundo da Dança, o mesmo perde seus medos tornando-se uma pessoa mais receptiva tanto a relacionamentos interpessoais quanto a participação de grupos, aprendendo assim o verdadeiro caráter das Danças sociais. (GOBBO,2005).

Outro fato que chama atenção é o aumento de alunos ao longo dos semestres, que felizmente tem se mostrado em evolução á medida que o tempo passa.

Com relação aos acadêmicos participantes do projeto de extensão, obtivemos satisfatórios resultados em função da participação dos mesmos: os alunos tornaram-se mais independentes, organizados e dedicados em relação ao planejamento das aulas. Conseqüentemente os laços afetivos entre os participantes/acadêmicos estreitaram-se formando um grande grupo de amizade e de interação social, onde as diferenças de idade somam-se para o compartilhamento de experiências e saberes.



Figura 1 – Arquivo pessoal Grupo de Danças Flor da idade

Fonte: O(s) autor (es).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desses achados, visualiza-se o impacto dos programas de atividades físicas voltado à terceira idade, os quais se preocupam em proporcionar um ambiente que possa auxiliar as pessoas maiores de 60 anos a sentirem-se autônomos e socializados.

A partir da adesão ao grupo de Danças Flor da Idade, entende-se a importância da oferta de atividades voltadas à comunidade por parte de nossa universidade, aliando o exercício da prática docente à oferta de programas diversos: desenvolvidos com qualidade, de acesso gratuito e de relevante impacto social.

REFERÊNCIAS

ADAM, D., RAMLI, A., SHAHAR, S., & QABOOS, S. (2016). Effectiveness of a combined dance and relaxation intervention on reducing anxiety and depression and improving quality of life among the cognitively impaired elderly. *Sultan Qaboos University Medicine Journal*, 16(1), 47–53. doi:10.18295/squmj.2016.16.01.009

ANDRÉA, Fernando. *A Atividade Física e o enfrentamento do estresse em idosos*. 2010.

ARAÚJO, L; SÁ, E; AMARAL, E. Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicol. Cienc. Prof.*, 2011, vol.31, no.3, p.468-481. Issn 1414-9893.

BECKERT M, IRIGARAY TQ, TRENTINI CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções

executivas de idosos. Estudos de Psicologia Campinas. 2012 abr/jun;29(2): 155-62.

CHATTOPADHYAY K, SINGH AP. Anxiety and its impact on quality of life among urban elderly population in India: An exploratory study. Indian J Res Homeopathy. 2016; 10(2): 133-41.

CLOSS, VERA ELIZABETH; SCHWANKE, CARLA HELENA AUGUSTIN. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, num. 15, vol. 3, pp. 443- 458, 2012.

GOBBO, D.E. A dança de salão como qualidade de vida para a terceira idade. Revista Eletrônica de Educação Física, UniAndrade, Curitiba, v.2, n.1, 2005.

LOBO, BEATRIZ DE OLIVEIRA MENEGUELO ET AL. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. Psicol. teor. prat. [online]. 2012, vol.14, n.2, pp. 116-125. ISSN 1516-3687.

SOUZA, J. C. L.; MATZNER, A. C., Benefícios da Dança do Aspecto Social e Físico dos Idosos. Revista Fafibe On-Line, [S.l.], ano VI, n. 6, p. 8-13, nov. 2013.

SOUZA, D.B.; SERRA, A.J.; SUZUKI, F.S.; Atividade Física e Nível de Depressão em Idosas. Revista Brasileira de Ciência da Saúde, 2012; 16(1): 3-6.

MELCHIORRE, M. G. et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. Seven European Countries., v. 8, issue 1, e54856, January 2013. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010

IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: ABORDAGEM SOBRE ALIMENTAÇÃO, HIGIENE E CUIDADOS DA PELE

Ravena de Sousa Alencar Ferreira

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Antonia Adrielly Sousa Nogueira

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Lorena Lívia Nolêto

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Amanda Karoliny Meneses Resende

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Sabrina Maria Ribeiro Amorim

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Fabírcia Araújo Prudêncio

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí
(UFPI); Douranda no Programa de Pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-Fiocruz; Mestre em Enfermagem, Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família e Formação Pedagógica

Teresina - Piauí – Brasil

Aziz Moises Alves da Costa

Enfermeiro pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Teresa Amélia Carvalho de Oliveira

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Camylla Layanny Soares Lima

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Regilane Silva Barros

Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); Especialista em Saúde Pública, Gestão da Clínica nas regiões de Saúde; Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem

Teresina - Piauí – Brasil

Vitor Kauê de Melo Alves

Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

Victor Hugo Alves Mascarenhas

Enfermeiro pela Universidade Federal do Piauí
(UESPI)

Teresina - Piauí – Brasil

RESUMO: INTRODUÇÃO: A população idosa é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir dos 60 anos de idade. As instituições de longa permanência para idosos constituem a modalidade mais conhecida e a principal alternativa para idosos que precisam de cuidados de longa duração no Brasil. Ao

profissional enfermeiro, cabe capacitar a equipe de enfermagem a fim de promover ações do cuidado à pessoa idosa com segurança e responsabilidade. **OBJETIVO:** Relatar a experiência acerca das ações de educação em saúde sobre alimentação balanceada, higiene e cuidados da pele, desenvolvidas com idosos de uma instituição de longa permanência. **MÉTODOS:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a prática vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual do Piauí, durante o Estágio Supervisionado I, no ano de 2017, realizado em uma instituição de longa permanência para idosos, que fica localizada em Teresina, Piauí. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O conteúdo da visita foi organizado em três categorias temáticas: reconhecimento da estrutura física da instituição; intervenção educativa para melhoria da qualidade de vida dos idosos; acompanhamento do cuidado prestado aos idosos. **CONCLUSÃO:** O encontro permitiu a desconstrução do sentido negativo atribuído às instituições de longa permanência para idosos. O acompanhamento da rotina possibilitou a vivência acerca dos cuidados ao idoso institucionalizado. As práticas desenvolvidas atingiram o objetivo dos acadêmicos, pois acolheram os participantes, potencializaram a expressão de sentimentos e permitiram a educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Instituição de longa permanência para idosos, Saúde do idoso, Envelhecimento, Serviços de saúde para idosos, Enfermagem Geriátrica.

OLDER ADULTS OF A LONG-STAY INSTITUTION: APPROACH ON FOOD, HYGIENE AND SKIN CARE

ABSTRACT: **INTRODUCTION:** The elderly population is defined by the World Health Organization (WHO) from 60 years of age. Long-term care institutions for the elderly are the best-known modality and the main alternative for the elderly who need long-term care in Brazil. To the professional nurse, it is necessary to train the nursing team in order to promote actions of the elderly care with safety and responsibility. **OBJECTIVE:** To report the experience about health education actions on balanced nutrition, hygiene and skin care, developed with the elderly of a long-term institution. **METHODS:** This is a descriptive, experience-based study that examines the practice of nursing academics at the State University of Piauí, during the Supervised Internship I, in 2017, in a long-term institution for the elderly, which is located in Teresina, Piauí. **RESULTS AND DISCUSSION:** The content of the visit was organized into three thematic categories: recognition of the institution's physical structure; educational intervention to improve the quality of life of the elderly; care of the elderly. **CONCLUSION:** The meeting allowed the deconstruction of the negative meaning attributed to long - term institutions for the elderly. The follow-up of the routine made possible the experience about care for the institutionalized elderly. The practices developed reached the goal of the academics, as they welcomed the participants, enhanced the expression of feelings and allowed health education.

KEYWORDS: Long-stay institution for the elderly, Elderly health, Aging, Health services

for the elderly, Geriatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A população idosa é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir dos 60 anos de idade, limite também considerado nos países em desenvolvimento. Enquanto que em países desenvolvidos, este valor sobe para 65 anos de idade. Estima-se que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo. Para 2050, a estimativa atinge cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos; superior aos 14 milhões em meados do século XX (ANDRADE et al., 2018).

Assim como em diversos países em desenvolvimento, o aumento da população idosa no Brasil dar-se de forma rápida e progressiva, no entanto as condições de vida já não seguem o mesmo curso (DAWALIBI et al., 2013). A partir de 1970, o perfil demográfico do Brasil se alterou, passando de uma população predominantemente jovem para, nos dias atuais, constituir um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Dessa forma, essa transição demográfica também implica em uma transição epidemiológica, com destaque para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. À vista disso, o envelhecimento, pode muitas vezes, está associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e disfunções adquiridas nos últimos anos de vida. Essas limitações comprometem a capacidade funcional e a autonomia, devido às perdas significativas das capacidades físicas e a presença de distúrbios patológicos (TOLDRÁ et al., 2014).

Vale destacar, que envelhecer não é sinônimo apenas de doença, inatividade e contração geral no desenvolvimento, a literatura gerontológica o considera como um evento progressivo e multifatorial. Ademais, a política de desenvolvimento ativo proposta pela OMS ressalta que a responsabilidade de envelhecer bem não se resume apenas ao indivíduo, mas constitui um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida (DAWALIBI et al., 2013).

Nesse contexto, o aumento da população idosa e a demanda por instituições asilares vêm crescendo devido a uma série de necessidades das famílias e de questões sociais cada vez mais complexas. As instituições de longa permanência para idosos (ILPI) constituem a modalidade mais conhecida e a principal alternativa para idosos que precisam de cuidados de longa duração no Brasil (SOUZA et al., 2018).

Na ILPI, o enfermeiro pode atuar em quatro funções: administrativa/gerenciamento, cuidadora, educativa e ensino e pesquisa. O trabalho do enfermeiro nesse ambiente requer conhecimento acerca do processo de envelhecimento, identificando as necessidades expressas e não expressas dos idosos. Também cabe ao profissional enfermeiro, capacitar a equipe de enfermagem a fim de promover ações do cuidado à pessoa idosa com segurança e responsabilidade (FELIX et al., 2014).

Dentre os fatores que contribuem para o envelhecimento saudável estão os comportamentos de saúde que incluem a prática de exercícios físicos, alimentação balanceada, sono regular e atividades sociais que gerem satisfação e motivação com a vida. Assim, frente às demandas do grande contingente de idosos brasileiros na atualidade torna-se necessária a criação de políticas públicas que estimulem a boa alimentação, o aumento do contato social, o fortalecimento de vínculos afetivos, maior autocuidado e, em especial, a prática de atividades (SCORALICK-LEMPKE et al., 2018).

Logo, o presente estudo torna-se relevante por abordar o contexto da vivência das ILPI. Além de destacar a importância da intervenção educativa da enfermagem, uma vez que se torna extremamente necessária dentro desses ambientes.

2 | OBJETIVO

Relatar a experiência acerca das ações de educação em saúde sobre alimentação balanceada, higiene e cuidados da pele, desenvolvidas com idosos de uma instituição de longa permanência.

3 | MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que aborda a prática vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Estadual do Piauí, durante o Estágio Supervisionado I, no ano de 2017, realizado em uma ILPI, que fica localizada em Teresina, Piauí. O encontro ocorreu no turno da tarde, no horário entre 13:00 às 18:00 horas, sendo mediado por discentes de enfermagem, sob supervisão da tutora de estágio, e funcionários do serviço.

A instituição onde a visita foi realizada oferece assistência totalmente gratuita para os idosos, incluindo moradia, saúde, alimentação, apoio material e espiritual. Para seu sustento, depende de doações, do trabalho voluntariado e das ações que visam arrecadar fundos. Quanto à assistência à saúde, o abrigo conta com uma equipe voluntária composta por médicos e cuidadores.

O conteúdo da vivência foi dividido em três etapas: reconhecimento do local, intervenção educativa e acompanhamento dos cuidadores. A educação em saúde foi desenvolvida mediante aula expositivo-dialogada, sendo utilizadas dinâmicas para fixação da aprendizagem.

Este estudo levou em consideração os preceitos legais da resolução nº466/2012 do Código de Ética em Enfermagem e a resolução nº 311/2007. Por tratar-se de um relato de experiência, não se torna necessária a certificação pelo Comitê de Ética em Seres Humanos (CEP).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A visita foi motivada pelo interesse de reconhecer a rotina do abrigo, permitir aos acadêmicos a vivência da assistência nesse tipo de instituição, e poder destacar na prática a importância da atuação do enfermeiro nesses ambientes. Na ocasião, o grupo de alunos desenvolveu as atividades educativas planejadas. Para organizar o conteúdo da vivência, a experiência foi relatada em três categorias temáticas: Reconhecimento da estrutura física da instituição; Intervenção educativa para melhoria da qualidade de vida dos idosos; Acompanhamento do cuidado prestado aos idosos.

Reconhecimento da estrutura física da instituição

Na primeira etapa da experiência, o grupo foi recepcionado pela coordenadora do abrigo. No encontro, foram fornecidas informações quanto ao histórico do lar, trabalho voluntariado, ações de arrecadações de fundos e detalhes da rotina, como horários de lazer e refeições, quantitativo de moradores e assistência à sua saúde.

Em seguida, o grupo reconheceu os aposentos do lar, desde setores administrativos até os quartos. Ao longo da caminhada, foi possível verificar a preocupação em manter a higiene e organização do ambiente. Além da identificação de cuidados específicos para riscos de queda e outros acidentes, como instalações de barras de segurança, rampas de acessibilidade e piso antiderrapante.

Sabe-se que a institucionalização do idoso pode configurar um fator de risco ainda maior para quedas, posto que a troca do ambiente familiar para outro ambiente pode estimular alterações psicológicas, cognitivas e funcionais. Desse modo, a estrutura física onde os idosos residem deve oferecer acessibilidade, a fim de reduzir esses riscos. Por isso, torna-se necessário realizar a identificação dos fatores de risco de quedas com o intuito de planejar estratégias de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional (GARBIN et al., 2015).

O grupo observou que os espaços foram planejados a fim de proporcionar bem-estar e conforto aos moradores e à equipe. Constatou-se também o zelo com as instalações de recreação, que conta com uma ampla área trabalhada com paisagismo, incluindo pracinha, jardins e fonte, onde se realizam encontros e dinâmicas grupais. Observou-se ainda a atenção voltada à espiritualidade, com a instalação de uma capela interna ao abrigo.

Torna-se necessário destacar que é fundamental uma estrutura física e organizacional adequada que atenda às necessidades de assistência social, de saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários. Além de outras atividades que garantam sua qualidade de vida (SILVA et al., 2008).

Verificou-se que as refeições seguiam um cardápio balanceado e sortido, seguindo um acompanhamento especializado. A cozinha continha muitos armários abastecidos, já o refeitório apresentou-se como um ambiente espaçoso. A localização da repartição mostrou-se de fácil acesso aos moradores, a fim de suprir suas necessidades de

alimentação diárias.

Quanto aos cômodos individuais, cada quarto ficava à disposição de um morador e durante a visita foi possível verificar a excelente estrutura física dos mesmos, com móveis e instalações adaptados às necessidades dos idosos. Lençóis e almofadas limpos, camas e criado-mudos com altura acessível, além da vigília com riscos de queda (com a fixação de barras de segurança, ausência de desníveis e piso antiderrapante nos quartos e banheiros). Os espaços também apresentaram iluminação e ventilação adequadas.

Para a manutenção da saúde, torna-se fundamental a preocupação com um ambiente salubre. Florence Nightingale destaca em sua Teoria Ambientalista que locais escuros, sem circulação de ar, sem limpeza adequada e com odores tornam-se insalubres e causadores de doenças. Ressalta ainda que o interior do quarto deva ser tão arejado quanto o ar exterior e que as janelas fiquem abertas, permitindo a penetração da luz solar e a diferenciação entre os períodos do dia (ALVES et al., 2017).

Intervenção educativa para melhoria da qualidade de vida dos idosos

Para oferecer a assistência necessária aos idosos, funcionário e também à família dos moradores torna-se fundamental o apoio de profissionais da saúde. Acerca disso, o grupo abordou a importância de realizar atividades de educação em saúde na instituição.

Em reunião antecedente à visita, foram discutidas algumas temáticas referentes à terceira idade e considerou-se a realização dessa roda de discussão durante a visita. O material foi elaborado previamente pelos acadêmicos e apresentado mediante aula expositivo-dialogada. O público-alvo incluiu todos os envolvidos na rotina da instituição, uma vez que a palestra buscou melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo o autocuidado e aperfeiçoando o manejo dos mesmos.

Com o aumento da população idosa, uma das estratégias de promoção do envelhecimento com maior qualidade de vida faz-se mediante ações de educação em saúde, principalmente aquelas realizadas em grupos (MENDONÇA et al., 2017). Assim, a segunda etapa do encontro envolveu ações educativas acerca da importância da alimentação balanceada para a terceira idade, ingestão hídrica, manutenção da higiene corporal e bucal, cuidados com a pele e prevenção de lesão por pressão. Para a seleção, consideraram-se as temáticas acerca do envelhecimento.

Sobre a nutrição/hidratação, por exemplo, sabe-se que o processo de envelhecimento leva a alterações na regulação e estímulo da sede, o que restringe a ingestão hídrica pelo idoso. Ademais, o risco para desidratação é acentuada nessa faixa etária devido à redução da filtração glomerular (CRUZ et al., 2018).

O envelhecimento também pode alterar as dinâmicas diárias de adultos, elevando a prevalência de problemas relacionados ao estado nutricional, como desnutrição,

excesso de peso e obesidade. Desse modo, a nutrição que é considerada o fator mais influente na saúde do idoso deve ser abordada na intervenção da equipe de enfermagem, desde a promoção e prevenção da saúde. Assim, a enfermagem, tendo conhecimento das mudanças que o idoso enfrenta durante o envelhecimento, será capaz de orientá-lo sobre as melhorias que podem ser feitas nos alimentos (ALVARADO-GARCÍA; LAMPREA-REYES; MURCIA-TABARES, 2017).

Para tanto, o profissional deve compreender os significados que motivam as pessoas a adotarem práticas saudáveis, incluindo em seu planejamento fatores como cultura, experiências e percepção de mundo. Desse modo, torna-se necessário acreditar na mudança comportamental dos indivíduos e possibilitar sua curiosidade para que a aprendizagem seja mútua e positiva (CABRAL et al., 2015).

Com base nisso, para estimular o contato do grupo, também foram utilizadas dinâmicas para fixação da aprendizagem, onde após a apresentação foram sorteadas perguntas sobre o conteúdo da palestra. Constatou-se receptividade com as estratégias educativas utilizadas, com expressão de interesse e interação dos idosos.

Na prática, um grupo de cuidadores se destacou em relação aos demais, ao relatar algumas dificuldades enfrentadas na rotina. Os acadêmicos assimilaram suas limitações e buscaram esclarecer suas dúvidas. Em seguida, responderam a suas indagações e realizaram situações hipotéticas que permitiram a aplicação das temáticas discutidas. Para Cabral et al. (2015), nas atividades de educação em saúde, a escuta qualificada representa o desenvolvimento da capacidade de ouvir as narrativas. Portanto, saber ouvir constitui uma habilidade a ser abordada na educação em saúde e no cuidado de enfermagem.

Os alunos não encontraram dificuldades para ministrar a palestra, pois mostraram domínio do conteúdo apresentado e passaram confiança ao público. MALLMANN et al. (2015) destaca que os profissionais da saúde devem desenvolver a atividade de educação em saúde. Nesse contexto, o enfermeiro (considerado o principal ator no cuidado) faz uso da mesma para estabelecer a relação dialógico-reflexiva entre profissional e cliente, para, assim, atingir sua percepção do cliente como participante ativo na transformação de vida.

Acompanhamento do cuidado prestado aos idosos

Visando apreender a rotina de cuidados dispensados aos idosos, os estudantes tiveram um momento de contato com os cuidadores e demais funcionários da instituição. Essa interação ocorreu durante o reconhecimento dos setores, ainda no momento da visita aos quartos e às outras repartições. O diálogo estabeleceu proximidade entre os grupos, permitindo naturalidade nas trocas de experiências.

Assim, na terceira etapa, os acadêmicos acompanharam o manejo dos cuidadores, que além da oportunidade de relatar a rotina da assistência, também destacaram a relação de afeto que resultou da convivência com os idosos. Observou-se o suporte

às atividades da vida diária como auxílio na alimentação e o acompanhamento de atividades grupais. Os alunos aproveitaram a oportunidade para orientar quanto à mudança de decúbito a cada duas horas, à troca de fraldas e uso de hidratante, no intuito de prevenir lesões por pressão.

Muitas vezes, os cuidados prestados ao idoso são realizados por pessoas sem formação básica adequada. Vale destacar, que nesse contexto, torna-se essencial que o profissional que efetiva o cuidado com idosos esteja atualizado nas peculiaridades anatômicas e funcionais do envelhecimento (SCARPELLINI et al., 2011).

Os idosos interagiram com o grupo de acadêmicos e expressaram confiança aos visitantes. Durante a conversa, os moradores puderam relatar sobre a relação com suas famílias, o processo de adaptação ao lar e sobre a estima que surgiu em relação aos cuidadores e outros membros da instituição. O discurso permitiu que suas impressões fossem assimiladas pelos alunos, que puderam identificar a relação harmoniosa entre os integrantes do lar.

O enfermeiro deve apropriar-se de ações como: expressar empatia com o objetivo de incentivar a verbalização de dúvidas, medos e preocupações dos idosos; preparar um ambiente que estimule a expressão espiritual; ensinar a antecipação de experiências agradáveis de cada dia; comunicar a aceitação das práticas e crenças espirituais; além de oferecer escuta para que o idoso expresse suas próprias dúvidas, a culpa ou outros sentimentos negativos (JÚNIOR; PINHEIRO, 2011).

Constatou-se que o cuidado prestado aos idosos na referida instituição compreende uma assistência holística, envolvendo a preocupação com a saúde mental e emocional desses. Os cuidadores utilizaram várias estratégias de entretenimento e autoconhecimento, como práticas lúdicas com bonecos e oficinas de cabeleireiros, no intuito de melhorar a qualidade de vida e a autoestima dos idosos.

Quanto a importância da inclusão dessas atividades, Guimarães et al. (2016) destaca que o lúdico estimula o desenvolvimento das funções psíquicas do idoso, que muitas vezes estão comprometidas, desde a percepção até a linguagem. Desse modo, as atividades lúdicas podem contribuir na redução de fatores estressores, já que favorecem a expressão de sentimento e a comunicação nesses grupos, diminuindo a ansiedade e a angústia presentes no cotidiano.

Contudo, sabe-se que a maioria das ILPI seguem rotinas pré-estabelecidas que não incluem atividades ocupacionais, físicas e socioculturais acerca das particularidades dos idosos residentes. Assim, os cuidadores acabam priorizando as necessidades psicobiológicas em detrimento das demais (ALMEIDA et al., 2014).

5 | CONCLUSÃO

O encontro permitiu a desconstrução do sentido negativo atribuído às ILPI, uma vez que verificou respeito à história e à individualidade na abordagem dos moradores.

Quanto à estrutura física, verificou-se o conforto proporcionado aos idosos, destacando-se como morada digna para os mesmos. Constatou-se ainda a qualidade dos cuidados prestados pela instituição.

O acompanhamento da rotina possibilitou a vivência acerca dos cuidados ao idoso institucionalizado, permitindo a identificação de especificidade da assistência presentes nesse tipo de instituição. Além disso, o encontro ampliou a compreensão dos alunos sobre a saúde geriátrica.

As práticas desenvolvidas atingiram o objetivo dos acadêmicos, pois acolheram os participantes, potencializaram a expressão de sentimentos e permitiram a educação em saúde. Quanto à enfermagem, identificou-se a necessidade de discussões, quanto à capacitação do enfermeiro acerca da saúde do idoso, a fim da melhoria da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. P. L. et al. **Assistência de enfermagem aos idosos em instituições de longa permanência: revisão integrativa da literatura**. R. Interd. v. 7, n. 4, p. 171-178, out. nov. dez. 2014. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/479/pdf_172>. Acesso em: 17 mar. 2019.

ALVARADO-GARCÍA, A.; LAMPREA-REYES, L.; MURCIA-TABARES, K. **La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería**. Enferm. univ, México, v.14, n.3, p. 199-206, set. 2017. Disponível em:<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300199&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2019.

ALVES, M. B. et al. **Long-stay institutions for the elderly: physical-structural and organizational aspects**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.21, n.4, e20160337, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2019.

ANDRADE, J. S. et al. **Qualidade de vida de idosos atendidos em um centro de referência em Minas Gerais, Brasil**. Rev. Med. UFC, v. 58, n.1, p. 26-30, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/20206/71494>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

CABRAL, J. R. et al. **Oficinas de educação em saúde com idosos: uma estratégia de promoção da qualidade de vida**. Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde, v. 1, n. 2, jul./dez.2015. Disponível em:<<http://www.redcps.com.br/exportar/13/v1n2a04.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

CRUZ, V. D. et al. Assessment of health/functioning of older adults who consume psychoactive substances. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 942-950, jun. 2018. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000500942&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2019.

DAWALIBI, N. W. et al. **Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

FELIX, R. S. et al. **Cuidados de enfermagem ao idoso na instituição de longa permanência: relato de experiência**. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 8, n. 12, p.4391-4, dez., 2014. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10188/10741>>. Acesso em 17 mar. 2019.

GARBIN, C. A. S. et al. **Histórico de quedas e acessibilidade do idoso em instituições de longa permanência.** Arch Health Invest, v. 4, n. 4, p. 29-38, 2015. Disponível em: <<http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/909/0>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

GUIMARÃES, A. C. et al. **Atividades grupais com idosos institucionalizados: exercícios físicos funcionais e lúdicos em ação transdisciplinar.** Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 443-452, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 mar. 2019.

JÚNIOR, P. P. S.; PINHEIRO, M. M. **O papel do enfermeiro nas instituições de longa permanência para idosos: uma revisão de literatura.** Carpe Diem: Revista Cultural e Científica da FACEX, v. 9, n. 9, 2011. Disponível em:< <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/113/0>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

MALLMANN, D. G. et al. **Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MENDONÇA, F. T. N. F. et al. **Health education with older adults: action research with primary care professionals.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 70, n. 4, p. 792-799, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400792&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. **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, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n3/pt_1809-9823-rbagg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SCARPELLINI, M. et al. **A importância do cuidador de idosos na assistência ao idoso.** Revista Contexto & Saúde, v. 11 n. 20, p. 85-92, jan./jun. 2011. Disponível em:< <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1506>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

SCORALICK-LEMPKE, N. N. et al. **Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade.** REFACS (online), v.6, n.4, p.775-784, 2018. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3293>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

SOUZA, M. C. M. R. et al. **Instituições de longa permanência para idosos: a distribuição espacial na região metropolitana de Belo Horizonte.** Geriatr Gerontol Aging, v.12, n.2, p. 68-73, 2018. Disponível em:< <http://www.ggaging.com/details/464/pt-BR>>. Acesso em 18 mar. 2019.

SILVA, B. T. et al. **Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência.** Cienc Cuid Saude, v. 7, n. 2, p. 256-261, abr./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5015>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

TOLDRÁ, R. C. et al. **Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v.38, n.2, p.159-168, 2014. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/promocao_saude_qualidade_vida_idosos.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA CUIDADOS COM OS PÉS DE PACIENTES DIABÉTICOS

Marisa da Conceição Sá de Carvalho

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

Alielson Araújo Nascimento

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

Leidiane Dos Santos

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

Ana Carla Pereira da Silva

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

Monica da Conceição

Faculdade Mauricio de Nassau – UNINASSAU
Teresina – Piauí

Mauricio José Conceição de Sá

Faculdade Integral Diferencial – FACID/Wyden
Teresina – Piauí

Patrícia de Azevedo Lemos Cavalcanti

Docente da Faculdade de Tecnologia e Educação
Superior Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

Rosimeire Bezerra Gomes

Faculdade de Tecnologia e Educação Superior
Profissional - FATESP
Teresina – Piauí

RESUMO: **Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas uma epidemia mundial, ameaçando a qualidade de vida, aumentando os casos de morte e as incapacidades físicas da população. **Objetivo:** Identificar na literatura atual as estratégias de intervenções educativas para os cuidados com os pés de pacientes diabéticos. **Métodos:** O levantamento das publicações indexadas, foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde/BVS LILACS, MEDLINE e SciELO, incluindo artigos completos nos idiomas português, inglês e espanhol publicados nos últimos cinco anos. A amostra foi composta por 9 publicações de textos que fizeram parte dos resultados da pesquisa. **Resultados e discussões:** Os estudos mostraram que as estratégias de intervenção educativas mais utilizadas pelos enfermeiros foram à roda de conversa e intervenções em grupos; observando uma diminuição na incidência de ulceração dos pés em pacientes diabéticos de alto risco após a educação intensiva de enfermagem sobre o cuidado com os pés. Os resultados demonstram, após análise, a viabilidade da educação intensiva em enfermagem sobre esses pacientes. Como muitos fatores de risco para amputações podem ser evitados através da educação, esses resultados de otimização devem reduzir o risco de ulceração do pé. **Conclusão:** O acompanhamento especializado

para prevenir complicações nos membros inferiores dos pacientes, bem como o incentivo ao autocuidado é essencial para as estratégias envolvidas. Os pacientes devem ser motivados a participarem ativamente do tratamento, por meio de orientações e conscientização sobre a doença, como promoção, prevenção e recuperação da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde, Diabetes Mellitus, pé diabético.

EDUCATIONAL INTERVENTION FOR CARE WITH DIABETIC PATIENTS 'FEET

ABSTRACT: Introduction: Chronic noncommunicable diseases are considered a worldwide epidemic, threatening the quality of life, increasing the cases of death and the physical incapacities of the population. **Objective:** To identify in the current literature the strategies of educational interventions for the care of the feet of diabetic patients. **Methods:** The survey of indexed publications was carried out in the Virtual Health Library / LILACS, MEDLINE and SciELO, including complete articles in Portuguese, English and Spanish published in the last five years. The sample consisted of 9 publications of texts that were part of the results of the research. **Results and discussions:** The studies showed that the educational intervention strategies most used by nurses were to talk and intervene in groups; observing a decrease in the incidence of foot ulceration in diabetic patients at high risk after intensive nursing education on foot care. The results demonstrate, after analysis, the feasibility of intensive nursing education on these patients. As many risk factors for amputation can be avoided through education, these optimization results should reduce the risk of foot ulceration. **Conclusion:** Specialized follow-up to prevent complications in the lower limbs of patients, as well as the incentive to self-care is essential for the strategies involved. Patients should be motivated to actively participate in the treatment through counseling and awareness of the disease, such as promotion, prevention and recovery of health.

KEYWORDS: Health education, Diabetes mellitus, diabetic foot

1 | INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas uma epidemia mundial, ameaçando a qualidade de vida, aumentando os casos de morte e as incapacidades físicas da população. O diabetes mellitus (DM) é uma enfermidade crônica muito comum, sendo um importante e crescente problema de saúde pública (PADILHA et al, 2017).

O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado por elevados níveis de glicose no sangue decorrente de falha na produção e/ou incapacidade da insulina em desempenhar adequadamente as suas funções. Sua complexidade associada à elevada incidência e prevalência concorrem para que essa doença seja considerada um importante problema de saúde pública (TESTON et al, 2017).

Os tipos de diabetes mais frequentes são denominados DM tipo 1, que, geralmente,

apresentam-se, abruptamente, principalmente, em crianças e adolescentes, e DM tipo 2 que, tendo início insidioso e sintomas brandos, manifesta-se, principalmente, em adultos com histórico de excesso de peso e história familiar de DM tipo 2. O DM tipo 2 corresponde, aproximadamente, a 90% dos casos (PADILHA et al, 2017).

O descontrole glicêmico ou o diagnóstico tardio aumentam a chance de complicações, tais como doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia e pé diabético. O pé diabético ocorre quando uma área lesionada ou infeccionada nos pés desenvolve úlcera. Acomete cerca de 15% dos pacientes com DM ao longo da vida e é responsável por mais de 60% das amputações não traumáticas, o que conseqüentemente gera ampla repercussão social e econômica (TESTON et al, 2017).

O pé diabético é definido como infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos associadas a anormalidades neurológicas e doença vascular periférica nos membros inferiores, com incidência de 15% dos pacientes diabéticos. É uma condição que engloba diversas patologias, como a própria neuropatia, a doença arterial periférica e a ulceração do pé, além da neuroartropatia de Charcot e a osteomielite. A maioria das internações é decorrente das úlceras nos diabéticos, as quais são a principal complicação da doença, acometendo principalmente membros inferiores. As ulcerações chegam a afetar 15% dos diabéticos em países desenvolvidos, sendo responsáveis por 6 a 20% das hospitalizações, ressaltando-se que cerca de 85% das amputações são precedidas por úlcera. O Consenso Internacional de Pé Diabético é categórico ao afirmar o significativo problema socioeconômico que o pé diabético causa, tanto em relação aos gastos para internação e amputação para os sistemas de saúde, quanto para o paciente, que enfrenta perda de produtividade e de qualidade de vida, adicionada aos custos individuais de cada um (CARLESSO et al, 2017).

As estratégias de educação em saúde para pacientes com diabetes mellitus constituem-se como práticas complexas em razão dos múltiplos fatores envolvidos em seu tratamento, tendo por finalidade transformar hábitos inadequados de vida, alcançar níveis glicêmicos normais, controle metabólico adequado, ampliarem conhecimentos, prevenir complicações micro e macro vasculares (MOURA 2016).

A educação sistemática e contínua sobre o cuidado com os pés poderia contribuir para a diminuição do tempo de hospitalização e a atenção de urgência, em especial nos casos de episódios por coma diabético e amputações. Desta forma, retardaria o aparecimento de complicações crônicas, proporcionando uma melhora na qualidade de vida aos pacientes e diminuição de custos para as instituições de saúde (PÉREZ RODRÍGUEZ et al, 2013).

O objetivo do estudo é identificar as estratégias de intervenções educativas para os cuidados com paciente diabéticos.

2 | MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão literária em periódicos publicados na base de dados da Biblioteca virtual de Saúde/BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Análise e Retrieval System online (MEDLINE) e as bibliotecas virtuais Scientific Electronic Library Online (SciELO) Para realização da busca, utilizou-se os seguintes descritores: Educação em saúde, Diabetes Mellitus, pé diabético.

Os critérios de inclusão aplicados foram publicações de artigos completos no idioma português, inglês e espanhol publicados no período dos cinco anos. E organizadas em forma de tabelas com o título do artigo, identificação dos autores, ano de publicação, os objetivos, e os resultados.

No cruzamento dos descritores "educação em saúde" e "pé diabético" foram encontrados 272 textos. Após aplicados os critérios de inclusão restaram 55 textos. Após a leitura dos resumos restaram 9 textos que fizeram parte dos resultados da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos artigos incluídos na revisão bibliográfica, 2 foram publicados em revistas médicas, 6 em periódicos de Enfermagem em geral, 1 em revista de saúde pública. No que se refere à autoria dos artigos, todos os artigos publicados em revistas e periódicos foram elaborados por enfermeiros(a).

Um aspecto importante dos trabalhos publicados é seu delineamento metodológico. Nesse âmbito, 6 dos estudos utilizaram abordagem qualitativa, 3 quantitativa. Todos os artigos deixaram evidentes o seu tipo de abordagem.

Alguns artigos selecionados para o estudo mostram que após a educação, foi identificado a melhora dos pacientes para o controle da glicemia e prevenção do pé diabete, sendo um fator que ainda acomete a maioria dos indivíduos por falta de conhecimentos sobre prevenção e diagnósticos da diabetes melitus. Onde essas educações desempenham um papel importante na prevenção da úlcera diabética. (SILVA, 2013)

Segundo Menezes (2016), a importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, para o processo ensino-aprendizagem ser efetivo na saúde, os recursos didáticos empregados devem capacitar e motivar os pacientes com vista a conseguirem incorporar novos significados, práticas, autonomia, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

Segundo rocha (2014) demonstrou em estudos, através de educação intensiva, é possível verificar que há mais úlceras cicatrizadas, menos novas úlceras apareceram, e menos procedimentos cirúrgicos foram necessários em pacientes que foram educados

sobre cuidados com os pés diabéticos.

Segundo Dantas et al (2013), o enfermeiro tem um papel ímpar no processo do cuidado a essa clientela, assumindo a responsabilidade de rastrear e monitorar os fatores de risco, orientando as pessoas com diabetes mellitus. Não obstante, deve buscar envolver toda a equipe de saúde no planejamento de intervenções básicas, promovendo atividades educativas para o autocuidado e manutenção de um bom controle metabólico, evitando assim futuras complicações. Para isso, se pode utilizar da tecnologia leve no processo de trabalho como instrumento na identificação dos fatores de risco para o usuário com pé diabético.

A avaliação regular dos pés da pessoa com DM deve ser realizada por profissionais de nível superior (o médico de família ou, preferencialmente, o enfermeiro). (BRASIL, 2013)

Estudos afirmam que é necessário orientar os usuários quanto a restrição de fumo, uso de calçados apropriados, corte das unhas e recomendar a procurar o serviço de saúde com frequência. É importante orientar ainda sobre a lavagem diária dos pés, exposição ao frio excessivo, presença de animais domésticos, elevação e uso de álcool nos pés, não usar creme hidratante entre os dedos, sapatos novos devem ser usados aos poucos, não remover unhas encravadas ou calos em casa. (CUBAS et al, 2013).

Segundo Iquize, et al (2017), a atividade educacional pode acontecer individualmente ou em grupo, presencialmente, por telefone ou internet; ser realizada por profissionais ou entre pares de pacientes; diariamente, semanalmente ou mensalmente; com ou sem o envolvimento da família do paciente.

Neste sentido, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde e educador, deve utilizar metodologia adequada e desenvolver relacionada a comunicação, disciplina, criatividade, respeito e ética, a fim de servir, habilidades de cuidados.

Após a análise dos artigos verificou que as intervenções educativas em pacientes com Pé diabético são relativamente importantes, no conhecimento, disposição e motivação, que são fatores importantes que contribuem para a mudança de comportamento dos diabéticos no cuidado do pé diabético. (DANTAS, 2013).

Os resultados deste estudo mostraram uma diminuição na incidência de ulceração do pé diabético em pacientes diabéticos com pé diabético de alto risco após a educação intensiva de enfermagem sobre o pé. Os resultados demonstram, após análise a viabilidade da educação intensiva em enfermagem sobre esses pacientes. Como muitos fatores de risco para amputações podem ser evitados através da educação, esses resultados de otimização devem reduzir o risco de ulceração do pé. (SILVA, 2016).

4 | CONCLUSÃO

Concluimos que é clara a importância do desenvolvimento de um trabalho de intervenção que vise reforçar o conhecimento do indivíduo sobre a sua doença para aqueles pacientes que já detêm informações, sendo oportunidade para a ampliação do conhecimento e para troca de vivências com demais indivíduos acometidos pela mesma doença, assim como seus cuidadores. E para os pacientes diabéticos que não têm conhecimento acerca da doença, a educação em saúde é um instrumento para agregar o conhecimento empírico ao conhecimento científico. É necessário que os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros adotem essas estratégias educativas no cotidiano de seu trabalho para obter maior eficácia no alcance dos objetivos da educação para a saúde e para promover estilos de vida saudáveis.

Desta forma, o acompanhamento especializado para prevenir complicações nos membros inferiores dos pacientes, bem como o incentivo ao autocuidado/autocontrole é essencial para as estratégias envolvidas. Os pacientes devem ser motivados a participarem ativamente do tratamento, por meio de orientações e conscientização sobre a doença, como promoção, prevenção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

CARLESSO, G. P.; et al. **Avaliação do conhecimento de pacientes Diabéticos sobre medidas preventivas do pé Diabético em Maringá**. Vasc. Bras. Vol.16 n.2 Porto alegre abril. /junho 2017.

CUBAS, M. R.; et al. **Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos**. Fisioterapia Movimento, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-655, jul./set. 2013.

DANTAS, D.V.; et al. **Atuação do enfermeiro na prevenção do pé diabético e suas complicações: revisão de literatura**. Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX. v. 11, n. 11, 2013. ISSN: 2237-8586

IQUIZE, R.C.C.; et al. **Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática**. J Bras Nefrol. v. 39, n. 2, p. 196-204, 2017.

MOURA, N. S. **Intervenções educativas para promoção do autocuidado de pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. Fortaleza, 2016.

MENEZES, L. C. G.; et al. **Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 01, 2016.

PADILHA, A. P.; et al. **Manual de cuidados às pessoas com diabetes e pé diabético: construção por scoping study**. Texto Contexto Enfermagem. Santa Catarina, 2017.

PÉREZ RODRÍGUEZ, M. C.; et al. **Cuidado com os pés diabéticos antes e após intervenção educativa**. Enfermería global, São Paulo, v. 29, Enero, 2013.

ROCHA R. M.; ZANETTI M. L.; SANTOS, M. A. **Comportamento e conhecimento: fundamentos**

para prevenção do pé diabético. Acta paul. enferm. v. 22, n. 01, p. 17-23, 2014.

SILVA, L. W. S.; et al. **Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé-diabético.** Ciencia y Enfermeria. V. XXII n. 2, p. 103-116, Jequié, 2016.

SILVA, J. P. as.; et al. **O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura.** Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Facipe I Recife I v. 1 I n.2 I p. 59-69 I nov. 2013.

TESTON, E. F.; et al. **Fatores de risco para ulceração no pé de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2.** cogitare enfermagem. Paraná, 2017.

JOGO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA DIDÁTICO PEDAGÓGICA EM UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Costa Reis da Silva

Universidade Salvador, Departamento de Saúde
Salvador – Bahia

Gilberto Tadeu Reis da Silva

Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem
Salvador - Bahia

Claudia Geovana da Silva Pires

Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem
Salvador - Bahia

Deybson Borba de Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde
Feira de Santana – Bahia

Igor Ferreira Borba de Almeida

Universidade Estadual de Feira de Santana,
Departamento de Saúde
Feira de Santana – Bahia

Giselle Alves da Silva Teixeira

Universidade Federal da Bahia, Escola de
Enfermagem
Salvador - Bahia

gerando estímulo ao aprendiz. O presente estudo tem como objetivo descrever a vivência do uso de jogos educativos como estratégia de ensino em um curso de graduação em enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir de seis aulas na temática de administração de medicamentos e cálculo de medicação desenvolvida com 45 estudantes do curso de graduação em Enfermagem, do 3º semestre. Para a realização deste trabalho foi construído um jogo de tabuleiro para que o lúdico na sala de aula possibilitasse de forma diferenciada o reforço do conteúdo. Utilizando os critérios propostos, analisamos o jogo segundo o treinamento de Kirkpatrick com a observação dos discentes. A participação e a interatividade dos estudantes durante a utilização do jogo demonstraram a aceitação no uso da atividade como mediadora do processo ensino aprendizagem. A execução do jogo valorizou o conteúdo, promoveu a reflexão e a integração entre os estudantes. Desta maneira, foi possível observar a consolidação de saberes e habilidades de maneira coletiva requeridas na administração de medicamentos e cálculos farmacológicos, podendo assim despertar ações e mudanças no ensino deste tema. Inovar o processo ensino aprendizagem por meio do jogo educativo é uma das possibilidades para reorientarmos a aprendizagem na formação de profissionais de saúde.

RESUMO: Um dos possíveis mediadores do processo ensino aprendizagem é a atividade lúdica, se apresentando como método alternativo auxiliando no processo ensino aprendizagem. Nesse contexto, o jogo educativo passa a ser importante instrumento de aprendizagem

PALAVRAS-CHAVE: Jogo educativo, prática docente, aprendizagem.

ABSTRACT: One of the possible mediators of the learning teaching process is the play activity, presenting itself as an alternative method assisting in the learning teaching process. In this context, the educational game becomes an important learning tool, stimulating the learner. The present study aims to describe the experience of the use of educational games as a teaching strategy in a nursing undergraduate course. This is a descriptive study, of the type of experience report, from six classes in the subject of administration of medication and calculation of medication developed with 45 students of the undergraduate course in Nursing, 3rd semester. For the accomplishment of this work a board game was constructed so that the ludic in the classroom made possible in a differentiated way the reinforcement of the content. Using the proposed criteria, we analyzed the game according to Kirkpatrick's training with the observation of the students. The participation and interactivity of the students during the use of the game demonstrated the acceptance in the use of the activity as mediator of the learning teaching process. The execution of the game valued the content, promoted reflection and integration among students. In this way, it was possible to observe the consolidation of knowledge and skills in a collective way required in the administration of drugs and pharmacological calculations, and thus to awaken actions and changes in the teaching of this topic. Innovating the learning teaching process through the educational game is one of the possibilities to reorient learning in the training of health professionals.

KEYWORDS: Educational game, teaching practice, learning.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Moran (2004), educar é um processo contínuo e complexo, porque a sociedade também evolui rapidamente, o que exige mais competências e conhecimento do profissional. Temos avançado na utilização de novas formas de ensinar e de aprender, porém é preciso também preparar os alunos para que sejam inovadores, criativos. As tecnologias avançadas desenvolvem no aluno uma formação com novas possibilidades de aprendizagem.

As instituições de ensino buscam e propõem métodos inovadores que possibilitem uma prática pedagógica que reconstrua o conhecimento baseado no pensamento científico, estimulado pela pesquisa e pela discussão de assuntos relevantes deslocando-se para o conhecimento de problemas reais. Nessa perspectiva, as metodologias ativas não são focalizadas na figura do professor como na pedagogia tradicional, mas sim na autonomia do discente, levando em consideração sua cultura, saberes, tornando este responsável também pelo seu processo de aprendizado.

Com isso, a utilização de metodologias ativas possibilita reorganizar a teoria e a prática, favorece a reflexão e o docente exercerá papel de mediador, estimulando e oferecendo ao aluno aprimoramento de sua visão crítica (Morán, 2017).

Discursar acerca da educação envolve aspectos bem amplos e complexos

vinculados à conscientização de um compromisso maior, com o social, cultural, ético, político e econômico (Masetto, 2009). Logo, é preciso compreender que ensinar não é simplesmente a transmissão de conteúdos e conhecimentos para os sujeitos em formação, mas favorecer a inovação curricular permite introduzir a interdisciplinaridade, mudar e contribuir para a relação professor-aluno-instituição colaborando, assim, para uma educação contemporânea e inovadora. Nesse contexto, o professor é um agente que orienta a construção do conhecimento, propicia essa busca e capacita o aluno para que avance na construção de sua própria aprendizagem, frente ao mundo de informações em que este está inserido. (Cogo, 2009).

Essas inovações curriculares foram propostas e possíveis após definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), no final da última década do século XX. A inovação curricular “constitui uma mudança intencional, sistemática, planejada e com metas e objetivos definidos” (Sousa & Rios, 2009). As inovações curriculares podem ser realizadas por docentes, discentes, equipe pedagógica e/ou pesquisadores e visam proporcionar “mudanças nas técnicas e nas possibilidades tecnológicas; mudança na infraestrutura institucional e autonomia docente” (Pereira, Mercure, & Bagnato, 2010).

Com isso, ao longo das últimas décadas, a sociedade vem vivenciando profundas transformações na forma de aprendizagem e de construção de conhecimentos, tanto no que se refere à multiplicidade das fontes produtoras quanto à facilidade e agilidade de acesso à informação (Silva, 2011). A aprendizagem é uma forma de interação, que desenvolve atitudes, competências, motiva o aluno para uma aprendizagem efetiva e possibilita reorganizar o conhecimento e informação. Na aprendizagem o mediador, facilita a interpretação e a significação destes por meio da participação, do envolvimento e da motivação das pessoas (Coscrato, Pina, & Mello, 2010). Existem três critérios considerados fundamentais para a mediação: a intencionalidade/reciprocidade, o significado e a transcendência.

Um dos possíveis mediadores do processo ensino aprendizagem é a atividade lúdica, que se apresenta como método alternativo que auxilia no processo ensino aprendizagem. O lúdico chama a atenção para um determinado assunto, pois contempla uma aprendizagem efetiva, o que gera discussão e conhecimento entre todos os participantes. Nesse contexto, o jogo passa a ser um instrumento ideal de aprendizagem, pois gera estímulo ao aprendiz (Coscrato, Pina, & Mello, 2010).

Os jogos educativos são um recurso pedagógico, capaz de contribuir tanto para o desenvolvimento da educação como para a construção de novos conhecimentos. É uma estratégia que aperfeiçoa a criatividade dos envolvidos e propicia ambiente prazeroso de aprendizado. (Yonekura & Soares, 2010) Segundo Magalhães (2007), esta proposta utilizada na formação profissional, visa superar o modelo tradicional de formação e busca inovar no processo de aprendizagem, via um processo educativo inovador, centrado no aluno e no seu processo de aquisição de conhecimento.

Assim, neste relato de experiência, parte-se do pressuposto que os jogos educativos são ferramentas metodológicas capazes de gerar reflexões, construir conhecimentos,

de maneira coletiva e assim, colaborar no processo ensino-aprendizagem.

No que tange o ensino superior de enfermagem, novas tecnologias vêm sendo aplicadas, estimulando docentes no aprendizado de ferramentas inovadoras de ensino aprendizagem, bem como estimulando a participação ativa e coletiva dos estudantes na construção do seu conhecimento.

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever a vivência do uso de jogos educativos como estratégia didático pedagógica em um curso de graduação em enfermagem.



Figura 1- Jogo educativo

Nota. Fonte: elaborado pelos autores

2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir de seis aulas na temática de administração de medicamentos e cálculo de medicação desenvolvida com 45 estudantes do curso de graduação em Enfermagem, do 3º semestre, de uma universidade pública do Brasil.

Para a realização deste trabalho foi construído um jogo de tabuleiro para que o lúdico na sala de aula possibilitasse de forma diferenciada o reforço do conteúdo. O jogo foi realizado em dois encontros no final do conteúdo das aulas ministradas.

Para tal, foram consultados estudos que nortearam e embasaram a construção do jogo na Biblioteca Virtual em Saúde à partir das palavras-chave “jogo educativo” e “prática docente”. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2005 a 2017, disponíveis na íntegra.

Diante da natureza deste estudo, o qual representa um relato de experiência

profissional vivenciado durante uma aula no curso de Enfermagem na disciplina de Práticas III, não houve necessidade de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo, ressalta-se que em respeito aos aspectos éticos e legais das pesquisas com seres humanos não se apresentou, em nenhum momento, qualquer dado que pudesse revelar a identificação dos alunos.

No jogo o grupo é conduzido pelo professor, que assume a posição de facilitador do processo direcionando a discussão. O jogo utiliza os seguintes materiais: 01 tabuleiro, 01 dado, cartões com perguntas, botões. As cadeiras são posicionadas em forma de círculo com 05 a 06 estudantes e os cartões são colocados no meio. Os estudantes jogarão o dado, quem obtiver o maior número começa a partida, a partir daí joga-se no sentido anti-horário. O discente que acertar a pergunta joga o dado novamente para avançar a casa com o botão e depois passa a vez para o jogador seguinte. A avaliação da resposta é feita pelos estudantes e professor. O estudante que não acertar a pergunta fica na mesma casa. Ganha o jogo quem chegar primeiro ao final do tabuleiro.

A duração de cada grupo variou de 50 minutos a 1h30min e estava relacionada principalmente ao número de participantes. A quantidade de participantes foi determinada por acreditar que um maior número, pudesse dificultar a discussão, por isso cada grupo tinha de 05 a 06 alunos. Isso possibilitou uma troca do conteúdo trabalhado em aula, na procura que os discentes dominassem as questões em estudo.

Para a avaliação deste jogo foi utilizado o modelo de avaliação de treinamentos de Kirkpatrick, que se baseia em quatro níveis: (1) Reação - mede a satisfação do aluno ao utilizar o jogo; (2) Aprendizagem - destaca o quanto os participantes podem mudar de atitude, ampliar seus conhecimentos e/ou habilidades; (3) Comportamento - identifica o quanto os participantes mudaram seu comportamento em decorrência do que foi aprendido; (4) Resultados - identifica os ganhos obtidos com o treinamento (Savi, 2017).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizando os critérios propostos, analisamos o jogo da seguinte forma segundo o treinamento de Kirkpatrick com a observação dos discentes: 1) Reação: *“Jogo? Que legal toda aula será assim?” / “Podemos sentar no chão? Lembrar quando éramos crianças”. / “Não tenho estrutura para perder. Vou ganhar”* / 2) Aprendizagem *“Consegui relembrar muitas coisas da aula” / “as metodologias ativas nos ensinam de forma diferente”/ “nos motivam a competir e aprender”* 3) Comportamento: *“o jogo me incentivou mais a me organizar nos estudos” / “preciso estudar mais”* 4) Resultados: *“aprendi brincando” / “vou fazer em casa para treinar”*.

O uso do jogo como instrumento educativo é um veículo que permite interatividade, estratégia para alcançar objetivos, pois possibilita a aprendizagem de maneira significativa e a construção do conhecimento. Com isso a instituição de ensino tem

incentivado os docentes a buscarem estratégias bem definidas e planejadas, capazes de construir novos cenários de aprendizagem. Por outro lado, percebe-se também resistência dos discentes e dificuldade de compreensão das metodologias ativas de ensino/aprendizagem. Espera-se com isso que os docentes modifiquem sua prática, restringindo o modelo tradicional de ensino, compreendendo os novos paradigmas da educação.

Desta maneira foi possível vivenciar a participação e a consolidação de saberes e habilidades entre os estudantes, atendendo o propósito do jogo educativo, como também o despertar reflexões e saberes críticos sobre o tema estudado.

A proposta de relatar esta vivência permite ainda reflexões sobre as práticas e inovações proporcionadas no processo ensino-aprendizagem, sendo o jogo educativo uma dessas possibilidades para uma reorientação de como proceder tais mudanças.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os jogos reforçam essa necessidade diferenciada de aprendizagem, trabalhadas previamente em sala de aula. O lúdico aliado a brincadeira constitui um elemento de ensino que de forma criativa motiva o aprendizado e atrai os discentes para a atividade, o que pode aumentar seu desempenho na disciplina.

No que se referem a aspectos negativos, alguns discentes consideram que a discussão é prejudicada quando há ocorrência de conversas paralelas, o que aconteceu mesmo em pequenos grupos. Cabe ao professor conduzir esse jogo para o andamento adequado da discussão.

As discussões em grupo possibilitaram a análise de alguns participantes que precisavam se dedicar mais ao conteúdo trabalhado. Quanto aos aspectos positivos essa experiência educativa levou os alunos a refletirem, de qual técnica de estudo eles utilizam, ressaltando também a importância da apresentação visual do jogo que chamou a atenção demonstrando interesse na atividade. Foi mencionado também que esta modalidade de ensino permitiu o aprendizado de forma satisfatória, sendo diferente dos padrões habituais de ensino. A participação e a interatividade dos estudantes nesta atividade apontou a necessidade de se oferecer mais atividades nessa modalidade, a execução deste jogo valorizou o conteúdo e promoveu uma busca maior em aperfeiçoar os métodos de ensino, com criatividade na busca de novos conhecimentos.

Foi possível constatar que esta atividade em grupo mobiliza os estudantes e que permite a esta participação efetiva para solucionar problemas reais do processo ensino-aprendizagem na formação do Enfermeiro, neste sentido recomenda-se a utilização de estratégias inovadoras, como uma estratégia de promoção da criticidade e do diálogo capaz de efetivar o jogo educativo, como ferramenta utilizada na formação de jovens estudantes na área de saúde e enfermagem.

O estudo apresentou limitações importantes como: a sala de aula não apresenta

móveis adequados para a realização do jogo, o que fez algumas vezes os botões caírem e o jogo ser recomeçado; a falta de tempo para poder aplicar os jogos várias vezes, devido a organização curricular.

REFERÊNCIAS

- Almeida, D. M. S.; Rufini, S. E. **A motivação para aprender no ensino superior**. In: IX ANPED SUL. 2012, Rio Grande do Sul. **Anais...** Rio Grande do Sul: UFGRSS, 2012. P. 13-19.
- Coscrato, G.; Pina, J. C.; Mello, D. F. **Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura**. Acta Paul Enferm, v. 23, n. 2, p. 257-263, 2010.
- Cogo, A. L. P.; Pedro, E. N. R.; Silva, A. P. S. S.; Schatkoski, A. M.; Catalan. V. M.; Alves, R. H. K. **Objetos educacionais digitais em enfermagem: avaliação por docentes de um curso de graduação**. Rev. esc. enferm. USP, v. 43, n. 2, p. 295-299, jun. 2009.
- Lopes, C. H. A. F., Chaves, E. M. C., & Jorge, M. S. B. **Administração de medicamentos: análise da produção científica de enfermagem**. Rev. bras. Enferm, v. 59, n. 5, p. 684-688, set. 2006
- Magalhaes, C. R. **Jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde**. Interface Botucatu, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 647-654, set. 2007.
- Masseto, M. T. **Formação pedagógica dos docentes do ensino superior**. Revista Brasileira de Docência, Ensino e Pesquisa em Administração, v. 1, n. 2, p. 04-25, jul. 2009.
- Masetto, M. T. **Inovação Curricular no Ensino Superior**. Revista e-curriculum, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 1-20, 2011.
- Moran, J. M. **A contribuição das tecnologias para uma a educação inovadora**. Contraponto, v. 4, n. 2, p. 347-356, dez. 2004.
- Morán, J. **Mudando a educação com metodologias ativas**. In: Souza, C. A., & Morales, O. E. T. (orgs.). Coleção Mídias Contemporâneas. Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens, 2. PG: Foca Foto-PROEX/UEPG, 2015.
- Pereira, E. M. A., Mercuri, E., & Bagnato, M. H. (2010) **Inovações curriculares: experiências em desenvolvimento em uma universidade pública**. Currículo sem fronteiras, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 200-213, 2010.
- Savi, R.; Wangenheim, C. G. V.; Ulbrich, V.; Vanzin, T. (2010, Dez). **Proposta de um Modelo de Avaliação de Jogos Educacionais**. CINTED-UFRGS, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 3, dez. 2010.
- Sousa, K. L. O.; Rios, M. P. G. **Avaliação Curricular: Um Caminho Para Inovações Curriculares No Ensino Superior**. Visão Global. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 197-214, 2009.
- Yonekura, T.; Soares, C. B. **O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, n. 5, p. 16-30, set 2010.

MATEMÁTICA E MÚSICA: UMA PARCERIA QUE PODE DAR CERTO

André Gustavo Oliveira da Silva

Universidade Estadual do Paraná

Apucarana – Paraná

Karine de Oliveira

Universidade Estadual do Paraná

Apucarana – Paraná

RESUMO: Este estudo busca compreender a relação do uso da música no Ensino de Matemática. Tem como objetivo identificar contribuições da música como auxílio para os estudantes nas aulas de matemática e como os estudantes lidam com essa maneira diferenciada de trabalhar os conteúdos. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativa na qual os dados coletados por meio de questionário foram interpretados à luz da análise de conteúdo de Bardin (2004). Três turmas de terceiro ano do ensino médio foram investigadas. Os estudantes foram desafiados a criarem paródias ou músicas originais que relacionassem os conteúdos estudados em geometria analítica, especificamente a equação da reta com a finalidade de promover uma revisão dos conceitos estudados. A pesquisa demandou uma revisão bibliográfica a fim de subsidiar a importância de aprender matemática, a música como um instrumento que se faz presente no cotidiano dos estudantes e também como um instrumento que potencialize a aprendizagem,

além das contribuições que a música pode trazer ao aprendizado da matemática. Após a análise e estudo das respostas, os resultados suscitados foram que a música como um instrumento adjacente aos estudos, pode contribuir de maneira relevante na lembrança dos conceitos, das fórmulas, e procedimento de resolução. Assim, a investigação corrobora a ideia de que o uso da música em sala de aula, particularmente com a disciplina de matemática, pode de ser uma atividade adequada para seu ensino e aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Matemática. Música. Estudo das retas.

ABSTRACT: This study seeks to understand the relation of the use of music in Mathematics Teaching. It aims to identify contributions of music as an aid to students in math classes and how students deal with this differentiated way of working the content. It is a qualitative research in which the data collected through a questionnaire were interpreted in the light of the content analysis of Bardin (2004). Three third-year high school classes were investigated. The students were challenged to create parodies or original songs that related the contents studied in analytical geometry, specifically the equation of the line with the purpose of promoting a review of the concepts studied. The research demanded a bibliographical revision in order

to subsidize the importance of learning mathematics, music as an instrument that is present in students' daily life and also as an instrument that enhances learning, besides the contributions that music can bring to the learning of the mathematics. After the analysis and study of the responses, the results were that music as an instrument adjacent to the studies, can contribute in a relevant way in the memory of the concepts, formulas, and resolution procedure. Thus, the investigation corroborates the idea that the use of music in the classroom, particularly with the mathematics discipline, can be an adequate activity for teaching and learning.

KEYWORDS: Mathematics Education. Music. Study of the straight lines.

1 | INTRODUÇÃO

Uma questão relevante em torno da problemática do ensino refere-se à dificuldade de professores, formados no sistema tradicional, dinamizarem o ensino da matemática fazendo com que o conteúdo ensinado seja aprendido e, na medida do possível, disporem de meios que possam evidenciar algum nível de compreensão do que foi ensinado.

Uma alternativa para contornar essa dificuldade pode ser o uso da música como estratégia para obtenção de um *feedback* do conteúdo ensinado; pois pode provocar a criatividade e mobilizar os estudantes a fim de que componham músicas (paródias) com os conteúdos matemáticos apresentados.

Destaca-se nos PCN (1997) a importância da Matemática ser vista pelo estudante como um conhecimento que pode favorecer o desenvolvimento do seu raciocínio, de sua sensibilidade expressiva, de sua sensibilidade estética e de sua imaginação, nesta perspectiva a música apresenta-se como uma alternativa para o ensino e a aprendizagem.

Campos (2009) destaca que a música desponta como uma possibilidade não somente para fortalecer e ratificar o aprendizado, mas também para que outras qualidades desejáveis para a formação do indivíduo se desenvolvam, tais como afetividade, alegria, autoconhecimento, cooperação, autonomia, imaginação e criatividade. Tais qualidades também podem influenciar positivamente no aprendizado, uma vez que gera uma predisposição favorável ao aprendizado.

Para D'Ambrosio (2012), a maior parte dos programas propostos para o ensino de matemática consiste de coisas acabadas, mortas e absolutamente fora do contexto moderno, tornando-se cada vez mais difícil motivar estudantes para uma ciência cristalizada. A proposta envolve um caminho para o aprendizado ativo, no qual os estudantes serão os atores, pois reelaborarão o conteúdo adequando-o ao contexto musical. Esta participação ativa confere significado ao que aprende, bem como contribui para a formação cidadã.

O uso das novas tecnologias e novas abordagens podem contribuir para aumentar a motivação e favorecer a aprendizagem da matemática, trazer luz e compreensão a

respeito dos conceitos; mudar percepções em relação à matemática e manter aberto o campo para investigação. Por tal potencial justifica-se o desenvolvimento de pesquisas relacionadas à inserção de novas formas de abordagem assim como a apresentada nesse trabalho.

A música está constantemente presente em nossa vida nas diferentes relações e contextos, e já passa a fazer parte do nosso cotidiano. Ela está presente nas diferentes culturas e classes sociais.

O conceito de música varia de cultura para cultura, mas com o passar do tempo, pode se dizer que ela se tornou um elemento característico do ser humano. Já que se faz presente em várias atividades da vida humana. Ela está presente em todas as culturas nas mais diversas situações, e podemos dizer que, a música se tornou uma linguagem universal com diferentes dialetos, já que existe uma grande variável entre as culturas. (GALDINO, 2015, p.259).

Graças à sua universalidade, a música tem proporcionado sua inserção no âmbito escolar a fim de oportunizar o contato com a arte e com isto, tem despontado no cenário educacional como potencializadora da aprendizagem, viabilizando relações com outras disciplinas, inclusive com a matemática.

A música pode ser considerada uma ferramenta pedagógica no processo de aprendizagem das crianças, porém é importante lembrar que o objetivo da inserção dela durante as aulas, não é a de formar músicos, mas sim, de tê-la como auxiliador da prática pedagógica, objetivando auxiliar na construção do conhecimento das crianças. (GALDINO, 2015 p.259).

Em razão dessa versatilidade inerente à música, pode-se recorrer ao seu auxílio para o ensino e aprendizagem de diferentes conteúdos. Para isto faz-se necessário planejamento adequado, objetivos bem estabelecidos em relação ao conteúdo e também o papel que a música desempenhará.

A música cria um ambiente livre de tensões, facilita a socialização, cria um ambiente escolar mais abrangente e favorece o desenvolvimento afetivo. Na música, vários motivos são simultaneamente acionados: a audição, o canto, a dança, o ritmo corporal e instrumental da criação melódica – contribuindo para o desenvolvimento da pessoa e servindo para transformar o ato de aprender em uma atitude prazerosa no cotidiano do professor e do estudante. (CAMPOS, 2009, p. 16).

Por possuir características favoráveis ao desenvolvimento da aprendizagem, apostamos na inserção da música enquanto estratégia para o ensino e a aprendizagem do conteúdo matemático.

Essa pesquisa analisou as contribuições da música como ferramenta para o aprendizado, percebidas a partir de depoimentos escritos por estudantes de 3º ano do Ensino Médio ao final da atividade em que foram desafiados a elaborar e exporem suas compreensões a respeito do tema de Geometria Analítica – o estudo da reta, por meio de paródias. Para tratamento dos dados foi utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo.

Identificamos, no texto produzido pelos estudantes, indicativos que favoreceram a compreensão do conteúdo matemático. O referido texto foi gerado posteriormente a

análise do questionário respondido pelos estudantes a partir da experiência de elaborar e apresentar uma paródia a partir do conteúdo o estudo da reta. Tais indicativos podem se revelar por meio de frases explícitas que enunciem o que, como ou quanto aprenderam, bem como pode ser obtido nas entrelinhas dos discursos redigidos pelos estudantes conforme interpretação do pesquisador.

Organizamos em formas de categorias, com uso dos recursos da Análise de Conteúdo, os indicativos favoráveis ao aprendizado do conteúdo, que foram identificados nas falas dos estudantes. A pesquisa oportunizou uma reflexão a respeito da contribuição da música para o aprendizado do conteúdo matemático.

2 | METODOLOGIA

Considerando que a escolha do método de estudo deve ser feita conforme a natureza do problema a ser investigado, adotamos a pesquisa qualitativa como meio de abordar a questão a ser investigada. Segundo Bogdan e Biklen (1994) em uma pesquisa qualitativa, não se está à procura de uma solução única que responda definitivamente a uma questão. O que se deseja investigar são as múltiplas realidades e valorizar o “processo” como uma fonte de informações visando expandir a compreensão do tema que se propôs a investigar.

Na pesquisa qualitativa busca-se observar todo o processo de estudo e análise e não meramente um resultado final. O que se objetiva com uma abordagem qualitativa é a relação intrínseca entre o objeto e o pesquisador. Godoy (1995), diz que a análise feita em cunho qualitativo “pode ser melhor compreendida no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada.”

Devido à subjetividade que lhe é inerente, as características do pesquisador possuem relevância para a interpretação dos dados que foram coletados. Neste trabalho foi adotada a entrevista escrita.

Godoy (1995), ainda diz que, partindo de questões mais amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido por meio de diferentes rumos.

Esta pesquisa foi realizada com três turmas de terceiro ano de Ensino Médio. O conteúdo a ser trabalhado era de Geometria Analítica chamado de Estudo da Reta, o professor da disciplina optou por trabalhar esse tema com o uso de música para o ensino desse conteúdo matemático.

Os PCN reforçam a importância das diferentes formas de abordagem:

Novas competências demandam novos conhecimentos: o mundo do trabalho requer pessoas preparadas para utilizar diferentes tecnologias e linguagens (que vão além da comunicação oral e escrita), instalando novos ritmos de produção, de assimilação rápida de informações, resolvendo e propondo problemas em equipe. (PCN, 1997, p. 26).

Os estudantes foram separados em grupos de quatro ou cinco pessoas e deveriam

reunir na letra de uma música parte ou todo o conteúdo que haviam estudado sobre as retas. Alguns grupos criaram música própria, apresentaram várias aplicações do conteúdo, havia fórmulas contempladas também na música. Assim já foram estudando e revisando o conteúdo nos momentos que tinham para pensar na letra da música que estavam elaborando.

Observamos nos PCN, 1997, p. 26 que a Matemática pode ser vista pelo estudante como um conhecimento que pode favorecer o desenvolvimento do seu raciocínio, de sua capacidade expressiva, de sua sensibilidade estética e de sua imaginação.

Então foi eleita uma música padrão. Foi cantada, ensaiada, apresentada e usada durante momentos da aula em que se trabalhava como conteúdo e depois de acontecer essa atividade foi aplicada uma prova. Após esse fechamento foi aplicado o questionário. Os resultados apresentados nessa pesquisa referem-se à análise das questões 3 e 4 do questionário respondido pelos estudantes. Essas questões serão apresentadas mais adiante no texto.

Toda a atividade realizada com as turmas teve duração de aproximadamente de 15 a 20 horas. Parte da execução da atividade se deu em momentos extraclasse.

A metodologia utilizada para analisar as respostas apresentadas nos questionários foi a Análise de conteúdo proposta por Bardin (2004). A autora apresenta diferentes e progressivas etapas pelas quais dados coletados devem passar no procedimento da análise de conteúdo. “1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

Após a coleta dos dados, há a necessidade de contato mais próximo; uma imersão nos dados, a pré-análise. Como nos diz CAVALCANTE, 2014.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante requer do pesquisador o contato direto e intenso com o material de campo, em que pode surgir a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema. (CAVALCANTE 2014, p. 16).

O primeiro contato com os dados, por meio de leitura flutuante, é momento para conhecê-los, organizá-los e buscar relacioná-los entre si. A intensidade desse contato determinará o grau de novas conexões e reconstrução do texto por meio da interpretação dos pesquisadores. Assim realizar uma primeira sistematização, observação semelhanças e diferenças. A pré-análise é o momento em que se faz escolhas, a partir do objeto de pesquisa, para a análise.

Segundo Bardin, (2004) esta primeira fase pretende definir a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Portanto, neste trabalho, a pré-análise foi o momento em que se teve contato com os dados para a seleção das questões a serem analisadas.

Bardin (ibidem) chama esse material selecionado para a análise de *corpus*, e o define como o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos

procedimentos analíticos.

A segunda etapa da Análise de Conteúdo é a análise, propriamente dita.

Se as diferentes operações da pré-análise foram convenientemente concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas. Quer se trate de procedimentos aplicados manualmente ou de operações efetuadas pelo ordenador, o decorrer do programa completa-se mecanicamente. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. (BARDIN, 2004, P.101).

Assim é visto que se a primeira etapa, da pré-análise, se deu de forma precisa, este nível da análise de conteúdo é o trabalho de acordo com os objetivos previamente estabelecidos. É o momento de desconstruir as estruturas do texto a fim de reconstruí-las sob ponto de vista, ainda que subjetivo, do pesquisador.

O terceiro momento da análise de conteúdo, para Bardin (2004) é o momento a se observar e inferir resultados significativos. Com os resultados à disposição, pode-se propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas.

3 | RESULTADOS

Em um primeiro momento ficou decidido que analisaríamos as questões três e quatro, pois atendiam o interesse da pesquisa. A partir dessa decisão, fizemos a análise dos questionários com o foco nas questões selecionadas. Dos 36 questionários coletados, em uma triagem inicial, foram selecionados 24. Os demais, 12 questionários, foram descartados, pois não tinham resposta na questão três. Esses questionários foram codificados numa sequência de E1 a E24, cada código representando um sujeito da pesquisa. (Ex. E1 – estudante 1, E2 – estudante 2 e assim sucessivamente até E24).

Ao iniciarmos as leituras flutuantes nos demos conta de que uma das perguntas do questionário preenchido pelo estudante E10 não foi respondida de forma satisfatória e decidimos descartá-lo também. Portanto, foram selecionados 23 questionários que foram submetidos à análise.

Segundo Bardin, (2004) já partir da primeira leitura flutuante que podem surgir intuições que permitem formular hipóteses. Assim, fizemos leituras recorrentes, observando características em comum nos questionários para que pudéssemos criar e separar essas respostas em unidades de registro. Conforme sugestão de Bardin (2004), antes de qualquer agrupamento começamos a reunir palavras idênticas, sinônimas ou próximas a nível semântico. Ainda nesta leitura flutuante separamos os questionários de acordo com o que observamos nas respostas dadas à questão três e suas semelhanças, assim chegamos a quatro unidades de registro.

A técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa

certa ordem na confusão inicial. É evidente que tudo depende, no momento da escolha dos critérios de classificação, daquilo que se procura ou que se espera encontrar. (BARDIN, 2004, p. 37).

Apresentamos, a seguir, análise da questão 3: “Em alguma questão a música contribuiu para a resolução? Se sim, comente de que forma isso ocorreu. Dê um exemplo.” As respostas foram agrupadas em unidades de registro criadas a *posteriori* que por sua vez geraram as categorias descritas no quadro 1. Considerando que Bogdan e Biklen (1994) argumentam que em avaliação qualitativa não recolhemos dados com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.

As unidades de registros e as categorias correspondentes estão apresentadas a seguir e na sequência justificamos o critério usado na construção das unidades.

Unidades de registro – UR	Categorias geradas a partir das unidades de registro
UR1 – <i>Contribuiu para lembrar o conteúdo.</i>	C1 – Memorização
UR2 – <i>Reproduziu algum trecho da música.</i>	C2 – Reprodução da música
UR3 – <i>Lembrou-se de trechos da música em relação ao exercício.</i>	C3 – Aplicação
UR4 – <i>Relacionou trechos da música à resolução de exercício.</i>	C4 – Codificação

Quadro 1. As unidades de registro e as categorias correspondentes.

Fonte: Dados primários

Na sequência justificamos o que pretendemos com cada unidade de registro.

. *UR1 - Contribuiu para lembrar o conteúdo.* Nesta unidade de registro estão as respostas que restringem-se ao nível da memória, isto é, os estudantes fazem menção a conceitos que foram lembrados a partir da simples reprodução da letra da música. Geralmente as fórmulas são mencionadas. Foram dez estudantes classificados nesta unidade. Esta unidade de registro foi convertida na categoria *Memorização*.

A seguir apresentamos a ancoragem¹ da categoria memorização inserindo recortes das falas dos estudantes conforme quadro 2.

Fala dos estudantes	Recorte das falas
E5	“Ela contribuiu na fórmula do $y - y_0 = m(x - x_0)$ ”
E8	“Alguns conceitos úteis foram mais facilmente lembrados”
E11	“ $y - y_0 = m(x - x_0)$ ”

1. Chamamos de ancoragem a inserção dos recortes das falas dos estudantes que ratificam a intenção expressa pela categoria.

E16	“Coisas básicas, nomes das retas, fórmulas. O que dificultou é que a música é muito grande.”
E17	“A tem partes na música que era fácil de memorizar. Ex. a parte do coeficiente angular é uma das coisas que eu mais lembro.”
E24	“Ajudou a memorizar as fórmulas...”
E7	“A lembrar das fórmulas, ex: “ioiô mixô”, $y - y_0 = m(x - x_0)$.”
E9	“A música nos ajuda a lembrar as fórmulas e principalmente como achar o m com 2 pontos, entre outros”
E13	“Me ajudou na parte do ioiô”

Quadro 2. Ancoragem da categoria Memorização

Fonte: Dados primários

. UR2 - *Reproduziu algum trecho da música*, nesta unidade de registro concentram-se respostas que se limitaram a escrever trechos da música na íntegra. Apresentamos, a seguir, a ancoragem da categoria reprodução da música inserindo recortes das falas dos estudantes. Esta unidade de registro foi convertida na categoria *Reprodução* da música conforme quadro 3.

Fala dos estudantes	Recorte das falas
E1	“Achar a função da reta, essa é minha meta.”
E2	“Coeficiente igual a zero nunca vi nada igual, ela está paralela ao eixo horizontal”
E20	“Se o $m = 0$ nunca vi nada igual, a reta está paralela ao eixo horizontal”
E18	“ ‘Achar a função da reta...’, ‘ x e y é o ponto que está na reta...’, Isso já me esclareceu...e também: ‘Se for positivo ela vai subir, mas se for negativo ela vai cair (1ª questão da prova)’”

Quadro 3. Ancoragem da categoria Reprodução da Música

Fonte: Dados primários

. UR3 – *Lembrou-se de trechos da música em relação ao exercício*. Nesses recortes, observamos diante da questão da prova o estudante lançou mão do recurso da música e citou exatamente a informação que continha a fim de resolver o exercício proposto. A seguir, no quadro 4, apresentamos a ancoragem da categoria *Aplicação*, que emergiu a partir das unidades de registro, e sua respectiva ancoragem.

Fala dos estudantes	Recorte das falas
E4	“Para achar o coeficiente angular”
E12	“[...] e usá-las em alguns casos (referindo-se às fórmulas)”
E19	“No primeiro exercício sobre o coeficiente angular e linear”
E23	“Achei 2 pontos e usei a matriz”
E24	“A parte do x e do y é um ponto que está nessa reta. Quando tem que acrescentar o x e y na matriz”
E6	“Se o m é positivo a reta sobe, se é negativo a reta desce”

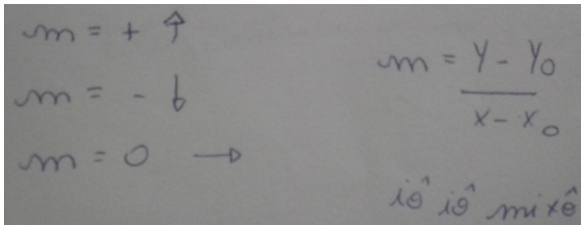
E14	“Na questão 7 que eu não tava sabendo fazer, aí eu lembrei da música naquela parte ‘se conhecemos 2 pontos a matriz pode ajudar, para isso é preciso seu determinante encontrar, efetue as continhas e tudo fica...’ “
E15	“usei a música quando precisei usar o m”
E21	“Pois eu cantando lembrei dos procedimentos que eu tive que usar”
E22	“Na hora de aplicar os pontos genéricos e saber qual era o eixo das coordenadas e abscissas”

Quadro 4. Ancoragem da categoria Aplicação

Fonte: Dados primários

UR 4 – *Reelaborou trechos da música adequando-a à resolução do exercício.* Na unidade de registro 4 deixa transparecer que reorganizou, usando estratégia própria, o conteúdo de forma a vincular a letra da música com o conteúdo matemático. Mostra que transitou da linguagem da música para a linguagem representativa.

Criamos a categoria *Codificação* a partir da unidade de registro. No quadro 5 está representada sua ancoragem.

Fala dos estudantes	Recorte das falas
E3	<p>A foto do “esquema” usado pelo estudante traduz a forma como sintetizou sua forma de compreender. Inferimos que os “ms” seguidos dos sinais de “+”, “-” e “0” juntamente com as setas ao lado pretendem resumir o que ocorre com a reta de acordo com o valor numérico de “m”. Ao lado um representação da fórmula de determinação do valor de “m” a partir de dois pontos dados. A expressão “ioiô mixô” aparece na música fazendo alusão à fórmula $y - y_0 = m(x - x_0)$, que é proveniente de imediata manipulação algébrica da fórmula representada no desenho.</p> 

Quadro 5. Ancoragem da categoria Codificação

Fonte: Dados primários

As categorias emergentes a partir da análise da questão 3 revelam uma hierarquia no que diz respeito à utilização dos recursos cognitivos que migra da memorização até a codificação, conforme figura 1.



Figura1 : Pirâmide hierárquica cognitiva.

Fonte: os autores

Partindo da base da pirâmide temos a categoria C1 – Memorização – em que a música ajudou na memorização de procedimentos e fórmulas. A memorização requer a utilização de uma forma básica de cognição, uma vez que pode ocorrer de forma descontextualizada e sem compreensão de seu verdadeiro significado.

No segundo estrato encontra-se a categoria C2 – Reprodução da música – observamos a manifestação de ocorreu uma ligação entre o que expressa letra da música e o que está sendo solicitado na questão. Percebemos um ligeiro avanço cognitivo em relação à memorização. Podemos inferir que houve a identificação de que parte da música se adequa ao que está sendo perguntado.

No terceiro estrato a categoria C3 – Aplicação – observamos que nesse grupo já ocorre um processo cognitivo maior, pois engloba os dois anteriores e revela que aplicou de forma efetiva o que aprendeu por meio da música.

No ápice da pirâmide a categoria C4 – Codificação – observamos que o estudante reconstrói, usando estratégia própria, o que aprendeu na música, revelando capacidade de sintetização o que caracteriza o uso maior das habilidades cognitivas.

Na busca de informações que transcendem os dados imediatos, considerando o potencial da pesquisa na qual segundo Bogdan e Biklen (1994) nada é trivial e tem potencial para construir uma pista que permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do objeto em estudo. Ao procedermos com a análise da questão 4 cujo enunciado era: “Sobre o uso da música como apoio ao aprendizado: () ajudou muito; () ajudou um pouco; () não ajudou.” observamos que ocorreram 2 opções de respostas , organizamos um quadro geral no qual incluímos todos os estudantes em duas categorias: (1) ajudou um pouco e (2) ajudou muito.

Estudantes	Categorias
E1, E2, E4, E5, E8, E11, E12, E16, E17, E19, E20, E23, E24	Ajudou um pouco
E3, E6, E7, E9, E13, E14, E15, E18, E21, E22	Ajudou muito

Quadro 6: Quadro geral de classificação conforme resposta da questão 4.

Fonte: Dados primários

Observamos que todos os estudantes dizem ter percebido alguma contribuição da música durante a realização da prova escrita. Treze estudantes descrevem que o fato de terem aprendido a música ajudou um pouco ao passo que dez estudantes dizem que ajudou muito.

Diante da dificuldade de dimensionar a diferença entre “ajudou um pouco” e “ajudou muito” prosseguimos, num segundo momento em que segmentamos as respostas conforme os respondentes se encaixaram nas categorias construídas a partir das respostas obtidas na pergunta 3, ou seja reorganizamos as respostas dos mesmos estudantes em relação à questão 4. Assim apresentamos o resultado, no quadro 7, da primeira categoria de classificação –Memorização - conforme a resposta dada para a questão quatro.

Estudantes	Categorias
E5, E8, E11, E24, E16, E17	Ajudou um pouco
E7, E9, E13	Ajudou muito

Quadro 7. Organização das respostas dos estudantes que se enquadram na categoria memorização.

Fonte: Dados primários

Observamos que, dentre os nove estudantes cujas falas revelaram a contribuição ao nível da memorização, seis estudantes responderam que o apoio da música no aprendizado “ajudou um pouco” e três estudantes responderam que “ajudou muito”.

No quadro 8, o resultado obtido nos estudantes que se enquadram na categoria - Reprodução da Música.

Estudantes	Categorias
E1, E2, E20	Ajudou um pouco
E18	Ajudou muito

Quadro 8. Organização das respostas dos estudantes que se enquadram na categoria Reprodução da Música.

Fonte: Dados primários

Na segunda categoria - Reprodução da Música - três depoentes disseram que

“ajudou um pouco” e um que “ajudou muito”.

No quadro 9, em que o uso da música foi associado à aplicação, obtivemos maior equilíbrio nos resultados.

Estudantes	Categorias
E4, E12, E19, E23, E24	Ajudou um pouco
E6, E14, E15, E21, E22	Ajudou muito

Quadro 9. Organização das respostas dos estudantes que se enquadram na categoria Aplicação.

Fonte: Dados primários

Na terceira categoria – Aplicação - cinco estudantes responderam que “ajudou pouco” e quatro responderam que “ajudou muito”.

E, por fim, a última categoria, em que houve uma reelaboração do tema abordado na música, o estudante respondeu à questão quatro, dizendo que “ajudou muito”.

Estudantes	Codificação
E3	Ajudou muito

Fonte: Dados primários

Considerando certo grau de subjetividade inerente à metodologia adotada, acreditamos que a reorganização dos dados nos permite inferir que a resposta “ajudou muito” está relacionada à forma como respondeu à questão 3.

Como já discutido, as categorias emergentes a partir da análise da questão 3 revelam uma hierarquia no que diz respeito à cognitividade.

Os dados revelam que há uma relação entre o uso de maior grau de cognitividade com a quantidade de estudantes que respondem “ajudou muito”. Isto pode ser verificado no estrato 3, que refere-se à aplicação no qual as falas dos estudantes expressam ação, isto é mobilizam-se a fim de aplicar em uma dada situação o procedimento correspondente. Os verbos em destaque exemplificam isso: “*achar* o coeficiente angular”. E4; “*usá-las* em alguns casos”. E12; “*usei* a matriz” E23. “Quando tem que *acrescentar* o x e y na matriz”.E24; “eu não tava sabendo fazer, aí eu *lembrei* da música”. E14; “usei a música quando *precisei usar* o m”. E15 “lembrei dos procedimentos que eu tive que *usar*”. E21. Metade dos estudantes o desse estrato disseram que ajudou muito.

No estrato 4 o estudante que reelabora o conteúdo expresso na música, ao nosso ver o que mais explorou a cognição de ordem superior também alega que ajudou muito.

Apesar das limitações de nossa pesquisa, que se restringiu à aplicação de um questionário único, os resultados apontam para a possibilidade de a música ter

contribuído para um aprendizado efetivo, no entanto tal efetividade parece estar vinculada a outros fatores. Tais fatores demandam investigação. Citamos, por exemplo, a importância do comprometimento dos estudantes no cumprimento de seu papel e do professor em garantir uma socialização efetiva da música.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos esse movimento de pesquisa tínhamos como objetivos elencar as contribuições percebidas, nos depoimentos dos estudantes de terceiro ano, de como a elaboração de uma paródia favoreceu a compreensão do conteúdo matemático. Também pretendíamos conhecer, caracterizar e aplicar a metodologia de análise de conteúdo a fim de categorizar as respostas obtidas e em decorrência desse movimento, refletir a respeito da contribuição da música para o aprendizado do conteúdo matemático.

Acreditamos que a investigação reúne elementos suficientes para fomentar o debate a respeito dos objetivos propostos inicialmente.

Quanto à percepção dos estudantes os dados revelam que todos confirmaram que a música pode contribuir para o aprendizado. Apesar de nossa limitação para dimensionar a diferença entre “ajudou um pouco” e “ajudou muito” observamos a existência de uma relação direta entre as respostas e grau de utilização das habilidades cognitivas no processo, isto é, a maior frequência das respostas do tipo “ajudou muito” ocorre nos terceiro e quarto estratos.

Conhecer, caracterizar e aplicar a metodologia da Análise de Conteúdo foi fundamental para uma análise consistente dos dados. Podemos dizer que experimentamos na prática a eficácia do método.

A música revela-se como grande aliada ao processo de ensino e aprendizagem, pois auxilia na memorização, no estabelecimento de vínculos entre os algoritmos de resolução e os enunciados dos exercícios, contribuindo para que o estudante perceba onde aplicar tal procedimento resolutivo. Registramos a ocorrência de um caso em que a música viabilizou a reconstrução do conhecimento com demonstração de poder de síntese e o uso de estratégias próprias, denotando um significativo grau de compreensão.

Apostamos no potencial inerente a música como alternativa para viabilizar o ensino e aprendizagem do conteúdo matemático. Acreditamos tratar-se de uma parceria que dá certo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari. **Investigação qualitativa em Educação**: uma introdução à teoria

e aos métodos. Tradução: Maria João Sara dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: matemática**/ Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.

CAMPOS, Gean Pierre da Silva. **Matemática e música: práticas pedagógicas em oficinas interdisciplinares**. 2009. 146 f. Tese (Mestrado em Educação)- Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro e PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Análise de Conteúdo: Considerações Gerais, relações com a Pergunta de Pesquisa, Possibilidades e Limitações do Método**. Inf & Soc.:Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr., 2014.

D'AMBRÓSIO, Ubiratan. **Educação Matemática: da teoria à prática**. 23. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.

GADINO, Viviane Terezinha. A música como ferramenta pedagógica no processo de aprendizagem. **Eventos Pedagógicos: Articulação universidade e escola nas ações do ensino de matemática e ciências**. V. 6, n. 2, jun-jul., p.258-267, 2015.

GODOY, A. S. Pesquisa Qualitativa - Tipos Fundamentais. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, maio-jun, p.20-29, 1995.

O CUIDADO À SAÚDE POR MEIO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Kiciosan da Silva Bernardi Galli

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Graduação em Enfermagem
Chapecó / SC

Renata Mendonça Rodrigues

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Graduação em Enfermagem
Chapecó / SC

Bernadette Kreutz Erdtmann

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Graduação em Enfermagem
Chapecó / SC

Marta Kolhs

Universidade do Estado de Santa Catarina –
Graduação em Enfermagem
Chapecó / SC

Rita Maria Trindade Rebonatto Oltramari

Vigilância Sanitária – Secretaria de Estado da
Saúde
Chapecó / SC

RESUMO: Na política de saúde brasileira, desde 2006 há um olhar para as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com o foco em um estilo de vida saudável e na diminuição do estresse, depressão e outras morbidades decorrentes do mundo contemporâneo. Estas práticas são denominadas pela OMS de Medicina Tradicional e compreendem um grupo de práticas de atenção à saúde não alopáticas

que englobam atividades com o uso de plantas medicinais, meditação, terapias espirituais, entre outras. Estas terapias procuram atender o indivíduo pautado nos princípios da universalidade e integralidade, baseados na confiança e no vínculo terapeuta / usuário. O Ministério da Saúde (MS) publicou orientações para o resgate do saber e das tradições populares no uso de fitoterapia, bem como autorizou 29 PICs no Sistema Único de Saúde. Agregando as orientações do MS, o programa de extensão “Saúde e Equilíbrio” em parceria com várias instituições, têm desenvolvido atividades com plantas medicinais, dança circular sagrada, meditação, yoga e a rota turística de plantas medicinais e aromáticas, que estão distribuídas em cinco ações: 1. resgatar o saber popular sobre plantas medicinais; 2. instituir a Rota Turística Caminhos Aromas e Chás; 3. instituir o “Espaço Momento Eu”, o Espaço PICs e oferecer a prática do Tantra Yoga; 4. promover a prática da Dança Circular Sagrada e; 5. realizar capacitação em Terapia Floral. Nesta perspectiva, o Programa promove a capacitação de profissionais da área da saúde em algumas PICs, estimulando-os a serem multiplicadores das mesmas, reforçando assim, as novas formas de cuidar da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas Integrativas e Complementares; Extensão Universitária; Cuidado; Enfermagem.

ABSTRACT: Since 2006, in Brazil health policy, there is a look at Integrative and Complementary Practices (PICs), focusing on a healthy lifestyle and reducing stress, depression and other morbidities arising from the contemporary world. These practices are called by the World Health Organization (WHO) of Traditional Medicine and they comprise a group of non-allopathic health care practices that encompass activities with the use of medicinal plants, meditation, spiritual therapies, among others. These therapies address universality and integrality individual principles, based on trust and therapist/usuario relation. The Ministry of Health (MS) published guidelines for the rescue of popular knowledge and traditions in the use of phytotherapy, as well as authorized 29 PICs in the Unified Health System. In addition to the MS guidelines, the “Health and Equilibrium” extension program a partnership with several institutions, have been developing activities with medicinal plants, sacred circular dance, meditation, yoga and the tourist route of medicinal and aromatic plants, which are distributed in five actions: 1. to rescue popular knowledge about medicinal plants; 2. to establish the Aroma and Teas Paths; 3. institute the “Space Moment I”, the PICs Space and offer the practice of Tantra Yoga; 4. promote the practice of Circle Dance; 5. Perform training in Floral Therapy. In this perspective, the Program promotes the qualification of health professionals in some PICs, stimulating them to be multipliers of these actions, thereby strengthening, the new ways of taking care of health.

KEYWORDS: Integrative and Complementary Practices; University Extension; Caution; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o objetivo principal de inserir práticas de cuidado a saúde, também conhecidas como Medicina Alternativa e Complementar, no Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação desta política seguiu as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS que, através do documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014 - 2023”, estimula o uso das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) de forma racional, segura, eficaz e com qualidade, bem como as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde que deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 2006, p. 02); a X Conferência Nacional de Saúde que aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares” (BRASIL, 2006, p. 02); e a XI Conferência Nacional de Saúde que recomendou “incorporar na atenção básica: Rede Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia” (BRASIL, 2006, p. 02).

As Práticas Integrativas e Complementares – PICs, referem-se a “um conjunto de práticas de cuidado em saúde que não são parte da tradição do Brasil e não são integradas dentro do sistema de saúde dominante” (BRASIL, 2012, p. 18). São tecnologias de atenção à saúde não alopáticas, que incluem o uso de plantas medicinais, meditação, terapias espirituais, terapias manuais, entre outras. Este cuidado tem como linha filosófica a universalidade e a integralidade, fortalecendo o vínculo do usuário com os profissionais de saúde. Em outros países, as PICs possuem outras denominações, como por exemplo Medicina Alternativa e Complementar nos Estados Unidos; Terapêuticas Não Convencionais, em Portugal e; Medicina Tradicional na China.

Todavia, passados 13 anos de sua publicação, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares se ressentia de uma real efetividade nos serviços vinculados ao SUS. Porém, em um ritmo menor algumas modalidades das PICs estão ganhando espaço, muitas vezes frutos de iniciativas individuais de alguns dos profissionais da instituição. A problemática para a efetiva implantação e consolidação das PICS nos serviços de saúde se esbarra na falta de capacitação dos profissionais de saúde, na cultura do remédio alopático e no desconhecimento dos benefícios das PICs pelos usuários do SUS. Por outro lado, nas universidades brasileiras também carecem de incentivo, visto que no ensino raríssimo são os currículos que contemplam as formas alternativas de cuidado, o mesmo acontecendo na pesquisa. Cabe destacar a extensão universitária como a maior referência para o desenvolvimento das PICs.

Neste cenário de legitimação das PICs e necessidade de capacitação, pesquisas e extensão na área, foi criado no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, o programa de extensão “Saúde e Equilíbrio”, com o intuito de discutir sobre as práticas integrativas e complementares e dar visibilidade a estas práticas terapêuticas.

2 | METODOLOGIA

O programa de extensão “Saúde e Equilíbrio” desenvolve ações desde o ano de 2010. Possui equipe multidisciplinar e intersetorial e abrangência estadual, com ações desenvolvidas nos municípios catarinenses de Chapecó, Caibi, Mondaí, Maravilha, Cunha Porã e São João do Oeste. Na sua equipe de trabalho, conta com docentes e discentes da graduação em enfermagem da UDESC e profissionais externos à instituição, por meio de parcerias com a EPAGRI, Polícia Militar de Santa Catarina, Cooperativa Regional Auriverde, Projeto Farmácia da Natureza Itinerante e Prefeitura Municipal de Cunha Porã. O programa está estruturado em cinco ações desenvolvidas com esses parceiros e a comunidade externa: 1. resgatar o saber popular sobre plantas medicinais; 2. instituir a Rota Turística Caminhos Aromas e Chás; 3. instituir o “Espaço Momento Eu”, o Espaço PICs e oferecer a prática do Tantra Yoga para a comunidade

acadêmica; 4. promover a prática da Dança Circular Sagrada para a comunidade e; 5. realizar capacitação em Terapia Floral para profissionais da saúde.

Este texto pretende descrever ações desenvolvidas pelo programa de extensão “Saúde e Equilíbrio” demonstrando que há possibilidade de inserir as PICs no ensino, pesquisa e extensão, bem como no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e demais espaços de cuidado à saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com a publicação da PNPIC foi legitimado o cuidado à saúde com técnicas não convencionais, algumas delas já são fortemente associadas aos conhecimentos populares que passam de geração para geração, a exemplo da fitoterapia e outras delas pouco conhecidas pela população, como a dança circular sagrada e a ozonioterapia. Na sua primeira publicação, as práticas autorizadas para oferta nos serviços de saúde foram homeopatia, acupuntura, fitoterapia, crenoterapia (uso do barro medicinal), termalismo social (uso de águas termais) e medicina antroposófica, envolvendo de forma responsável os usuários, gestores e trabalhadores e contribuindo para o aumento da resolubilidade do SUS e da ampliação do acesso as terapias, garantindo seu uso racional, com qualidade, eficácia, eficiência e segurança (BRASIL, 2014). Em 2016, decorrente de pressões sociais e profissionais, bem como dos resultados positivos com as práticas já instituídas, o Ministério da Saúde inclui na Política, através da Portaria nº 849/2017, mais 14 práticas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Um ano depois, no I Congresso Internacional de Práticas Integrativas e Complementares e Saúde Pública, realizado no Brasil, o Ministro da Saúde assina a portaria nº 702/2018, incluindo mais 10 práticas no rol das 19 já legitimadas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia, terapia de florais.

Dados do MS indicam que aproximadamente 80% da população fazem uso de alguma prática integrativa no cuidado à saúde. Entre os motivos que têm levado os indivíduos a estudarem e utilizarem as PICs estão a valorização da relação paciente e profissional da saúde, o olhar integral do ser humano e o enfoque na promoção da saúde. Outras explicações para o aumento do interesse pelas PICs podem ser atribuídas à insatisfação com a medicina convencional e com o serviço público de saúde que, apesar de um discurso pautado na integralidade e universalidade do cuidado, ainda mantém seu foco na doença e não na pessoa, utiliza métodos invasivos e de alto custo e estimula a medicalização (THIAGO, TESSER, 2011; ANTONIO, TESSER e MORETTI-PIRES, 2014).

No mesmo ano de publicação da PNPIC, o MS publicou a Política Nacional

de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Os benefícios do uso de plantas medicinais para melhorar a saúde são descritos na antiguidade por babilônios, sumerianos, chineses, egípcios e gregos. No início da Idade Média, no ocidente, as plantas medicinais passaram a ter vínculo religioso, enquanto no oriente persas, chineses, indianos e árabes estudavam cientificamente o tema. No período renascentista, o estudo de plantas medicinais no ocidente volta a ter caráter científico, para novamente perder espaço com os avanços na descoberta de compostos químicos sintetizados pela indústria farmacêutica. Em meados do século XX, conferências internacionais recomendaram a utilização de plantas medicinais e a valorização do conhecimento tradicional no cuidado à saúde humana. Desta forma, o uso de plantas medicinais volta a ter importância e é retomado o incentivo (mesmo pequeno) para a pesquisa e o uso desta terapêutica (SOUZA e TESSER, 2018). A fitoterapia é definida como “terapêutica caracterizada pela utilização de plantas medicinais em suas diferentes preparações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (BRASIL, 2006, p. 46).

3.1 Resgate do saber popular sobre plantas medicinais

Considerando que a fitoterapia é uma das mais antigas formas de cuidar e o conhecimento desta prática passa de geração para geração, os idealizadores do Programa de Extensão “Saúde e Equilíbrio” pensaram no desenvolvimento de ação votada exclusivamente para este tema, considerando a abordagem histórica, as culturas e tradições e principalmente focado no resgate do saber popular sobre plantas medicinais.

Esta ação está pautada no entendimento que o uso e os saberes sobre as plantas medicinais se perpetuam entre as gerações, muitas vezes alicerçado na afirmação popular de que por ser natural não faz mal. Na região oeste catarinense há muitos grupos que estudam, indicam e utilizam as plantas medicinais de diversas formas: *in natura*, como tinturas, cremes, pomadas, sabonetes, cataplasma, entre outras formas.

Mediante a essa realidade regional, cada vez mais o grupo de trabalho do Programa de Extensão Saúde e Equilíbrio foi estimulado a se integrar na comunidade e proporcionar encontros semanais que ocorreram nos anos 2017 e 2018, no Horto Medicinal Aroma Flor, no município de Palmitos. Os encontros, *in loco*, eram bimestrais, com carga horária de quatro horas cada um, onde participaram estudantes de enfermagem e agricultoras da comunidade palmitense. Nestes encontros, a ministrante era a senhora E.S proprietária do horto e detentora de vasto conhecimento sobre plantas medicinais, plantio, uso e efeitos benéficos e colaterais. Os participantes tiveram a oportunidade de relatar sobre as plantas medicinais que mais utilizam e que cada uma delas possui em seus quintais, assim como, trocaram experiências a respeito da utilização destas plantas, cultivando o saber popular. Participaram de momentos que foram abordados o uso correto de algumas plantas medicinais, onde foram repassadas informações

científicas e que promoveram discussões. Este momento foi caracterizado como um tempo de estudo sobre algumas plantas medicinais que são mais utilizadas e a partir deste aprendizado teórico, os participantes aprenderam os benefícios do pedilúvio, escalda-pés, banho aromático e a confeccionar artesanalmente sabonetes, cremes, incensos, tintura e xaropes com essas plantas.

O maior benefício desta ação foi estudar o uso racional, seguro e eficaz das plantas medicinais, assim como, integrar o saber popular ao saber científico: indicações, contraindicações, interações medicamentosas, posologia e efeitos adversos, bem como a toxicidade de cada planta. Foi de grande valia unir os estudantes de enfermagem, professores e agricultoras, pois trouxe riqueza na troca de saberes promovendo, a consonância no olhar integral, interdisciplinar e universal ao cuidado à saúde.

3.2 Rota turística Caminhos de Aroma de Chá

Seguindo no tema de plantas medicinais, com a parceria da Prefeitura de Cunha Porã, EPAGRI, Polícia Militar de Santa Catarina e Cooperativa Regional Auriverde, surgiu a possibilidade de unir a saúde com o turismo, com a Rota Turística Caminhos Aromas e Chás, no município de Cunha Porã/SC.

Santa Catarina, estado brasileiro situado na região Sul, faz limites com os estados do Paraná ao norte, Rio Grande do Sul ao sul, Oceano Atlântico a leste e a oeste a Província Argentina de Misiones. O clima é subtropical com presença de geada e neve em algumas regiões durante o inverno e temperaturas elevadas no verão. Foi colonizado por europeus em sua maioria portugueses, alemães e italianos e algumas cidades possuem reservas indígenas, considerando que os índios e caboclos foram os primeiros habitantes das regiões catarinenses. Em todo o estado é comum as cidades manterem os costumes trazidos com os imigrantes. Dados do IBGE apontam que Santa Catarina possui a menor taxa de analfabetismo, mortalidade infantil e desigualdade econômica e a mais elevada taxa de expectativa de vida. Sua economia diversificada coloca o estado catarinense como a oitava economia brasileira. Além da agricultura familiar, o estado possui um complexo industrial metalmeccânico, agroindústrias e setor moveleiro promovendo a exportação e a expansão econômica, bem como atividades turísticas (SEBRAE, 2016).

O turismo em Santa Catarina é um ponto forte da economia, atraindo aproximadamente 5 milhões de turistas durante todo o ano. Além das praias, o turista pode desfrutar de outras atividades, como a neve na região serrana e as águas termais na região oeste. A Secretaria de Turismo do Estado – SANTUR, organizou os destinos turísticos em todo o estado, assim denominados: Vale da Águas, Grande Florianópolis, Serra Catarinense, Caminho dos Cânions, Costa Verde e Mar, Encantos do Sul, Caminhos da Fronteira, Caminho dos Príncipes, Vale Europeu e Rota da Termas.

O roteiro turístico Caminhos da Fronteira e Vale das Águas estão na região do Grande Oeste Catarinense e tem o foco no ecoturismo como trekking, rapel, pescarias e as estâncias de águas hidrominerais. A tradição dos imigrantes italianos e

alemães está mantida nesta região, que conta com o museu rural Edvino Hölcher e a primeira Oktoberfest realizada no Brasil, festa tradicional no município de Itapiranga. Considerando o número de estâncias hidrominerais, o Grande Oeste conta com a Rota das Termas, indicado para as pessoas que querem relaxar e usufruir dos benefícios terapêuticos das águas termais. O turismo é uma atividade que impulsiona a economia regional, envolvendo pessoas na oferta deste serviço e na procura do mesmo. Desde a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, também conhecida como ECO - 92, que ocorreu no Rio de Janeiro/RJ, os países participantes se comprometeram em fazer o turismo sustentável, valorizando os recursos naturais, preservando e mantendo os recursos renováveis e não renováveis (NASCIMENTO, 2018). O ecoturismo presente na região oeste vem ao encontro do desenvolvimento sustentável e como uma alternativa de renda viável para os municípios, com muitas propriedades de agricultura familiar. Além das águas termais, que originou o roteiro turístico Rota das Termas, a região do Grande Oeste possui muitos grupos comunitários que estudam e cultivam plantas medicinais e aromáticas, a maioria são agricultoras. Muitos grupos possuem hortos medicinais, que são espaços onde as plantas medicinais e aromáticas são cultivadas.

Foi pela identificação de tais grupos, e pela Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que se percebeu um espaço possível para instituir o turismo de plantas medicinais e aromáticas nesta região, como forma de valorizar os saberes e trabalho dos agricultores e demais profissionais das instituições parceiras; dar visibilidade a esses saberes populares e científicos trazidos pela própria comunidade pertencente aos municípios; resgatar e agregar renda aos produtores rurais e aos municípios integrantes da rota turística.

As formas de utilização da rota turística Caminhos de Aroma e Chás como uma atividade turística são muitas e incluem caminhadas em trilhas ecológicas para identificação de espécies de plantas medicinais e aromáticas presentes na mata; visita aos hortos medicinais para conhecer as diversas espécies de plantas e sua utilidade e aquisição de mudas de plantas medicinais. E não só para os visitantes, mas também para a comunidade interessada em conhecer e se aprofundar nesta temática serão oferecidos encontros, simpósios e seminários temáticos.

A rota turística Caminhos de Aroma de Chá está localizada no Grande Oeste e abrange os municípios de Cunha Porã, Caibi e Palmitos. Apesar de estar na fase de implantação (as propriedades rurais estão organizando a infraestrutura e o horto medicinal didático está em elaboração), foram realizados em 2018, dois eventos científicos que discutiram as PICs no SUS, foram eles: o II Encontro de Plantas Medicinais, no mês de abril, reunindo 90 pessoas de 18 municípios do Oeste Catarinense e o I Simpósio de Práticas Integrativas e Complementares, em julho, com um público de 270 pessoas oriundas de 22 municípios do estado e também do Distrito Federal, ocasião do lançamento da rota turística Caminhos de Aroma de Chá.

3.3 Espaço Momento Eu”, o Espaço PICs e a prática do Tantra Yoga

Na perspectiva de divulgar as PICs no meio acadêmico, a equipe de trabalho do programa de extensão “Saúde e Equilíbrio” articulou os conhecimentos científicos com a execução de algumas PICs dentro da comunidade acadêmica, como meio de utilização da prática para diminuir o estresse, melhorar a concentração e diminuir a ansiedade de alunos, professores e técnicos universitários. A partir de um histórico de falar e situações ocorridas no meio acadêmico, que permeia com muita cobrança e dedicação nos estudos, com prazos a serem cumpridos para entrega de trabalhos, períodos de avaliações, realizações de projetos, entre outros, foi implantado nas dependências do curso de graduação em enfermagem da UDESC alguns espaços para o exercício das PICs, como: o “Espaço Momento Eu”, o “Espaço PICs” e a prática do “Tantra Yoga” para a comunidade acadêmica.

Com a prática do yoga, o corpo e a mente relaxam e o participante tende a desenvolver a concentração e liberar hormônios como a serotonina, que atua na sensação de bem-estar. Auxilia no tratamento da ansiedade, depressão, sobrepeso e obesidade, problemas cardiovasculares e respiratórios e no alívio da dor crônica. A prática de Tantra Yoga foi dirigida por uma enfermeira com especialização em Tantra Yoga. Os encontros consistiram em breve explanação sobre um tema importante relacionado ao Tantra Yoga, seguida dos exercícios propriamente ditos: em *asanas* (posturas físicas), *pranayamas* (exercícios respiratórios), *dhyana* (meditação), os *mudras* (gestos com as mãos) e a automassagem (AVADHÚTIKA, 2016). Participaram desta atividade acadêmicos e professores de enfermagem, técnicos administrativos da UDESC e algumas pessoas da comunidade. Em cada encontro, que duravam cerca de 70 minutos, os participantes eram estimulados a terem consciência do seu corpo físico, exporem seus sentimentos (ansiedade, medo, raiva, preguiça, preocupação), desta forma compartilhando com o grupo e aprendendo com ele. Esta ação foi oferecida durante todo o ano de 2017. Todos os participantes relataram que a prática semanal do Tantra Yoga diminuiu a ansiedade e as dores musculares, melhorou o sono e aumentou a autoestima.

O “Espaço Momento Eu” foi idealizado e é coordenado por uma professora de saúde mental, a partir dos comportamentos observados e das demandas trazidas pelos acadêmicos do curso de enfermagem. Para tal, este espaço foi inserido no Departamento de Enfermagem como uma ferramenta de cuidado à saúde mental para diminuir o estresse, a ansiedade e os conflitos internos próprios da idade e das cobranças do mundo moderno. Fatores estes que podem afetar o desempenho acadêmico, as relações sociais e, até mesmo, a vida familiar e pessoal. Este espaço consiste em uma pequena sala anexa à biblioteca do curso que foi decorada pelos professores e acadêmicos do programa de extensão, de forma a oferecer um ambiente para reflexão, relaxamento, meditação, pintura de mandalas, entoação de mantras. Neste espaço também se desenvolvem rodas de conversas “sobre o momento de cada um”.

Todas as atividades neste espaço visam que cada um busque o autoconhecimento e encontrem o equilíbrio diante das adversidades da formação acadêmica e da vida. Estas atividades são coordenadas por uma professora da saúde mental. A procura dos alunos por este espaço é grande e eles referem que é um momento de encontro consigo.

O “Espaço PICs”, também inserido no curso de graduação em enfermagem, tem como objetivo ofertar para toda a comunidade acadêmica (alunos, professores e técnico universitários), medicante agendamento, sessões de Reiki, Auriculoterapia e Terapia Floral. É uma atividade que tem grande procura pela comunidade acadêmica e a maior queixa das pessoas que procuram este espaço está relacionada à ansiedade, medicalização e estresse.

3.4 Dança Circular Sagrada

A Dança Circular Sagrada, inserida no rol da PNPIC desde 2017, é considerada como uma dança em roda, que permite uma conexão entre integrantes da roda e aos poucos o sincronismo dos passos proporcionam um bem-estar, tornando-se um momento de meditação em movimento e que atualmente têm se mostrado em expansão no Brasil. Presente em diversos países, a dança circular sagrada nasceu na Europa, na década de 1950, com o coreógrafo, bailarino, professor, desenhista e pintor Bernhard Wossien. Wossien, na sua experiência de artista percebeu que a música agregava pessoas e a dança devia cumprir um papel de agregar os seres humanos, através da simplicidade e da alegria da arte. Com este intuito, organizou um corpo de danças com músicas oriundas da cultura de várias partes da Europa, a que denominou de dança circular sagrada (COSTA e COX, 2018).

No Brasil, a dança circular sagrada começa a ser praticada no município de Nazaré Paulista, estado de São Paulo, em uma comunidade alternativa, nos anos de 1990. De Nazaré Paulista migrou para outras cidades e outros estados brasileiros e hoje a Dança Circular Sagrada é utilizada em escolas, unidades básicas de saúde, universidades e grupos terapêuticos em diversos lugares do país.

Qualquer pessoa pode dançar. Basta a vontade e a disposição. As músicas utilizadas na dança variam, podem ser músicas tradicionais ou contemporâneas, de repertório cultural do Brasil, como “Escravos de Jô” a músicas oriundas de outras culturas, como “Bells of Norwich”. Na roda de dança circular, os participantes dançam e conversam sobre contextos vividos e desligam-se da realidade cotidiana no momento da dança. Os passos simples incentivam o participante a continuar na roda, e o erro não é valorizado – a roda segue mesmo se um dos participantes erra, pois, o fundamental é sentir a música, o ritmo e a melodia embalam os movimentos, sentir a emoção da roda e a alegria de pertencer, no momento da dança, ao grupo. A roda de dança propicia o sentimento de pertencer a um grupo, a união, a troca de energias e resgata a leveza e a alegria.

Nos anos de 2017 e 2018, o programa de extensão “Saúde e Equilíbrio” em

parceria com a prefeitura de Cunha Porã, ofereceu oficinas de dança circular, que ocorreram semanalmente, para a comunidade do município, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, com o objetivo de interagir com a comunidade e criar um espaço de descontração, de meditação, de vínculo, de alegrias, tornando um momento terapêutico. Também foram ofertadas oficinas de dança circular para profissionais da saúde, com o objetivo de capacitá-las para desenvolverem atividades com a dança circular para a comunidade dos municípios do oeste catarinense.

Em 2018, participantes do programa de extensão trouxeram a demanda de realizar encontros semanais com os acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da UDESC para praticarem a dança circular, com o objetivo de proporcionar, não só aos acadêmicos, mas também aos docentes e técnicos, um momento para trabalhar a concentração, estimular a memória, realizar a meditação, estimular o sentimento de acolhimento e auxiliar na diminuição do estresse. Durante um semestre, os acadêmicos e docentes participaram desses encontros e relataram que foram momentos que lhes trouxeram calma, paz, alegria, sentimentos positivos, bem-estar e que certamente contribuíram para a diminuição do estresse da vida acadêmica.

3.5 Capacitação em Terapias de Florais para profissionais de saúde

Esta terapia foi criada pelo Dr. Edward Bach na década de 1930. Dr. Bach identificou 38 essências, todas de flores (incluindo sementes e brotos), que segundo ele permitem abrir o canal de comunicação do indivíduo consigo mesmo e desta forma enviar ao subconsciente a mudança emocional necessária para iniciar a cura. Os florais são indicados para diversos problemas físicos e emocionais, como por exemplo dores crônicas, baixa autoestima, ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, tensão pré-menstrual, doenças crônicas não transmissíveis, processos alérgicos, medo, timidez, entre outras (ROCHA e BEZERRA, 2018).

Segundo o MS, por meio da Portaria nº 702/2018, conceitua a Terapia de Florais como uma prática complementar e não medicamentosa, em que as essências florais são extratos naturais diluídos que atuam no indivíduo como modificadores energéticos.

Para utilizar a Terapia de Florais, é necessário que o atendimento ao usuário seja holístico, pautado na escuta acolhedora, pois os florais atuam na causa do problema, equilibrando a energia e conseqüentemente melhorando os problemas físicos, mentais e emocionais.

Mais uma demanda chegou a equipe do programa de extensão que teve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Maravilha para desenvolver um curso de capacitação em Florais de Bach com carga horária de 60h/aula ofertado em 2018, para profissionais de saúde dos municípios que fazem parte da Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS). Neste curso houve a representação de 5 municípios e 23 inscritos, na maioria enfermeiros. Após ciência do Conselho Municipal de Saúde, esses profissionais iniciaram a utilização da Terapia de Florais no atendimento aos usuários.

4 | CONCLUSÃO

As PICs têm seu foco na saúde, entendendo que o usuário é o centro do cuidado e que este cuidado deve ser pautado na universalidade, integralidade e equidade: princípios do SUS. Seu uso, durante muito tempo denominado de alternativo, hoje é visto com integrativo e complementar, pois o usuário pode utilizar, por exemplo, a Terapia Reiki concomitante ao tratamento quimioterápico, o diabético pode, ao mesmo tempo em que faz acompanhamento nutricional e endócrino, fazer uso da auriculoterapia. Por colocar o usuário no centro do cuidado, estas práticas estimulam a relação terapêutica entre o profissional de saúde e o indivíduo, bem como o autocuidado e a autonomia para o usuário decidir qual terapêutica é a mais indicada para si mesmo.

Com a publicação das PNPICs e as portarias complementares, as PICs vêm conquistando espaço nas Unidades Básicas de Saúde. Para tanto, muitos destes profissionais percebem a necessidade de se capacitarem nessas para práticas para que possam oferta-las para a comunidade.

Nesta perspectiva, o Programa de Extensão “Saúde e Equilíbrio”, que já está na sua oitava edição, vêm ao longo desse tempo, promovendo a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão, contribuindo no processo de capacitação de profissionais da área da saúde em algumas PICs e estimulando-os a serem multiplicadores das mesmas, reforçando assim, as novas formas de cuidar da saúde. As ações desenvolvidas com a comunidade externa a academia tem se apresentado como uma relação de troca de saberes, de escuta a comunidade, de canal para o atendimento de novas demandas e o fortalecimento das atividades já existente. Para o atendimento dessas demandas, a equipe executora do Programa de Extensão também participa de capacitações, da vinculação da pesquisa, por meio dos trabalhos de conclusão de curso já realizados e que se encontram em andamento e da vinculação da parte teórica por meio de disciplinas optativas que são ofertadas no curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Desta forma, a equipe atua compartilhando saberes científicos e populares sobre as PICs para desenvolver um corpo de conhecimentos práticos que promovam o autocuidado e uma vida saudável, com tecnologias leves, eficientes, eficazes e seguras, pois são utilizadas de forma racional. Consideramos que as ações desenvolvidas até o momento estão mostrando que as PICs podem e devem ser utilizadas para o cuidado em saúde. Muitos municípios procuram a equipe para auxiliar na elaboração de Políticas Municipais para legitimar e organizar a oferta das PICs no serviço público de saúde. Também procuram a equipe para palestras e capacitações na área, levando este Programa de Extensão ter abrangência estadual e com perspectivas de ampliar suas ações.

Enfim, esta é a panorâmica de um programa de Extensão Universitário que nasceu de uma semente, ideia, e está se transformando em uma árvore frondosa. Este é o processo mágico da transdisciplinaridade, ou seja, a conjugação de saberes.

REFERÊNCIAS

- ANTONIO, G.D., TESSER, C. D., MORETTI-PIRES, R. O. Fitoterapia na atenção primária. In: **Rev. Saúde Pública**, 48(3), 2014, 541-553.
- AVADHÚTIKA, Ánandamitra Ácarya. **Yoga para Saúde Integral**. São Paulo: ANANDA MARGA, 2016.
- BRASIL. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. – Série B. Textos Básicos de Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- COSTA, Ana I. Borges, COX, Diane L. A experiência do significado na dança circular. **Journal of Occupational Science**, 25:3, 3-26, 2018.
- NASCIMENTO, Hermógenes Henrique Oliveira et al. Educação ambiental em ação: o papel do ecoturismo em prol da sustentabilidade das unidades de conservação. **REDE - Revista Eletrônica do PRODEMA**, Fortaleza, v. 12, n. 03, p. 62-68, ago. 2018. ISSN 1982-5528. Disponível em: <<http://www.revistarede.ufc.br/rede/article/view/507>>. Acesso em: 12 fev. 2019.
- OMS. Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf> Acesso em: 17/02/2019.
- ROCHA, Ádria Dallyla Coutinho, BEZERRA, Rocha João Felipe. A utilização de Florais de Bach em pacientes ansiosos: uma medicina alternativa. **Revista de Ensino e Cultura**, v. 02, n. 02, 2018.
- SANTUR. Santa Catarina Turismo. **Grande Oeste**. Disponível em: <http://turismo.sc.gov.br/destinos/grande-oeste/> Acesso em: 17/02/2019.
- SOUSA, Islandia Maria Carvalho de; TESSER, Charles Dalcanale. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, nº 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105006&lng=en&nrm=iso Acesso em 12/02/2018.
- THIAGO, S. C. S. TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011.

O TRABALHO DO CUIDADOR FORMAL DE IDOSOS: ENTRE O PRESCRITO E O REAL

Aline da Rocha Kallás Fernandes

Mestre em Enfermagem pela Universidade
Federal de Minas Gerais

Enfermeira

Belo Horizonte- MG

Meiriele Tavares Araujo

Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola
de Enfermagem da Universidade Federal de

Minas Gerais

Belo Horizonte-MG.

Yasmim Oliveira de Windsor Silva

Graduanda em Enfermagem pela Universidade
Federal de Minas Gerais. Bolsista de Iniciação

Científica.

Belo Horizonte-MG.

RESUMO: O envelhecimento é um processo em que o idoso frequentemente se torna dependente, parcial ou total, dos cuidados de outrem o que insere o cuidador em seu cotidiano. Observa-se uma intensificação na contratação de cuidadores pela sociedade brasileira, entretanto, isso ocorre de forma mais célere que sua regulamentação e formação profissional. Nesse contexto, o presente estudo torna-se relevante pelo levante de argumentos para discussão do real e do prescrito sobre o trabalho do cuidador de idosos. Teve como objetivo descrever o trabalho dos cuidadores formais de idoso, baseado em suas atribuições

apresentadas em documentos governamentais e legislações analisando-as frente às práticas vivenciadas no cotidiano do cuidado ao idoso. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado em Belo Horizonte-MG, Brasil. Os dados coletados em documentos online e 18 entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais. Foram encontradas duas categorias de análise: O trabalho prescrito para o cuidado dos idosos; e A prática cotidiana vivenciada no cuidado ao idoso. Verificou-se significativa distância do que é considerado ideal e prescrito pelos documentos com a realidade. Nesse sentido a prática vivenciada pelos cuidadores de idosos reflete a insegurança quanto ao seu fazer do ponto de vista legal e de limite profissional, assim como sobrecarga de trabalho e falta de suporte.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores; Idosos; Trabalho; Condições de Trabalho; Ocupações.

ABSTRACT: The aging is a process of the elderly person usually become dependent — partial or total — for caregiving by someone that it is mean they have a new person with their everyday life. It is observed an intensification in the hiring of elderly caregiver by the Brazilian Society, although, this occurs faster than its

professional regulation and training. In this context, the present study becomes relevant by the raising of arguments for discussion of the real and the prescribed on the work of the elderly caregiver. The aim was described the work of the formal elderly caregivers based on their attributions presented in government documents and legislation in comparison of what they face of the practices experienced in the daily care of the elderly. This is a descriptive-exploratory study of qualitative approach, developed in Belo Horizonte-MG, Brazil. The data collected in online documents and 18 interviews were submitted to the Content Analysis technique. This project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais. Two categories of analysis were found: The work prescribed for the care of the elderly; and The everyday practice experienced in care for the elderly. The significant distance has been verified from what is considered ideal and prescribed by the documents to what it is really done in the work setting reality. In this sense, the practice experienced by elderly caregivers reflects the insecurity regarding their legal and professional limits, as well as work overload and lack of support.

KEYWORDS: Caregivers, Aged, work, Working Conditions, Occupations.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, a transição demográfica e os aspectos associados ao envelhecimento populacional demandam investimentos em saúde e seguridade social específicos para a população idosa. A esse cenário, associam-se doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais que culminam na necessidade de cuidados constantes que impactam na formulação de políticas públicas de saúde e arranjos sociais (NUNES et al, 2019). Nóbrega e Leibing (2017) destacam, que as perspectivas sociais e econômicas atuais brasileiras - caracterizadas por famílias reduzidas em membros e por vínculos de trabalho estendidos devido novo regime previdenciário - contribuem para mudanças nos arranjos de cuidados. Torna-se necessário, então, a valorização e capacitação de profissionais do cuidado ao idoso, dentre eles o cuidador de idosos (DUTRA, MAZINI, SILVA, 2018).

Os cuidadores formais de idosos são profissionais contratados para prestar auxílio ao idoso no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária, visando à manutenção da saúde e a minimização do agravo de doenças (BRASIL, 1999). Esses profissionais podem atuar no domicílio do idoso, em hospitais ou em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), desenvolvendo as funções pré-determinadas de: cuidar de idosos semi-dependentes e dependentes, auxiliar/monitorar os idosos em suas atividades de vida diária, e conduzi-los e/ou incentivá-los a realizar autocuidado e lazer (BRASIL, 2012; ALVAREZ; POLARO; GONÇALVEZ, 2015).

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a ocupação de cuidador de idosos foi incluída no mercado de trabalho brasileiro por meio do código 5162-10, em 2003, pertencendo à família intitulada Cuidadores de Crianças, Jovens, Adultos e Idosos (código 5162). Os

cuidadores são responsáveis pelo cuidado da saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer, zelando pelo bem-estar desses. Os técnicos e auxiliares de enfermagem não fazem parte da família supracitada, embora sua contratação para atuar como cuidadores não seja impedida (BRASIL, 2010).

Apesar do crescimento da ocupação de cuidadores de idosos e da sua expressiva inserção no mercado de trabalho, o campo das políticas de regulamentação profissional carece de iniciativas que contribuam para a consolidação de direitos trabalhistas, limites profissionais e da formação desses profissionais.

No que tange a legislação trabalhista, o cuidador de idosos que trabalha na residência do idoso pode ser enquadrado nas leis que regulamentam o trabalho doméstico, visto que presta serviços de forma contínua, subordinada, onerosa e pessoal e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, no âmbito residencial destas, por mais de 2 (dois) dias por semana (BRASIL, 2015). Entretanto, não existe uma exigência legal quanto a sua forma de contratação, podendo ser para prestação de serviços em domicílio, instituições de longa permanência (ILPIs) e outras situações.

A formação para o cuidador é baseada na experiência vivenciada no fazer prático. Ainda não existem critérios estabelecidos para regulamentação para essa formação o que impede a existência de curso padrão no contexto brasileiro (SAMPAIO et. al., 2011; ALENCAR; SARAIVA; ALENCAR, 2013). Nesse contexto, o cuidador de idosos pode possuir ou não treinamento, bem como pode dispor ou não de suporte adequado para lidar com as tarefas atribuídas, mas que apesar disso é evidente o seu posicionamento social como prestador de cuidados essenciais para pessoas idosas no Brasil (ARAÚJO et al, 2017).

Diante do contexto apresentado, este estudo teve como objetivo descrever o trabalho dos cuidadores formais de idoso, baseado em suas atribuições apresentadas em documentos governamentais e legislações analisando-as frente às práticas vivenciadas no cotidiano do cuidado ao idoso. Esse estudo faz-se necessário devido a importância da compreensão sobre processo de trabalho do cuidador formal de idosos, considerado esse um profissional necessário frente o processo de envelhecimento populacional e, que portanto, conta com um mercado de trabalho em expansão e de relevante para o cuidado do idoso.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado em Belo Horizonte-MG, Brasil. A pesquisa qualitativa é voltada para o aprofundamento da compreensão do objeto de estudo e contempla a dimensão sociocultural do fenômeno (MINAYO, 2010).

Os dados foram coletados por meio de documentos *online* e através de entrevistas semiestruturadas. Os documentos *online* levantados foram: os documentos técnicos publicados pelo Ministério da Saúde (Guia Prático do Cuidador: Série - A normas e

Manuais técnicos, 2008) e pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos (BORN, 2008); os projetos de lei 4702/2012 e 11/2016 do Senado; a “PEC das domésticas”; e a descrição da função e atribuições do cuidador da CBO.

Os participantes entrevistados foram 18 cuidadores formais de idosos, identificados pela sigla CI (para garantir o anonimato), que recebiam remuneração pela prestação do cuidado ao idoso, com no mínimo um ano de experiência na área, independente da idade e sexo e que foram contratados pela família do idoso, pelo próprio idoso ou por ILPIs. Ressalta-se que não houve, à priori, delimitação do número de entrevistados, ocorrendo sua definição no transcorrer da pesquisa por meio do critério de saturação dos dados (MINAYO, 2010).

Todos os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, uma técnica que contribui para a compreensão de opiniões e ações percebidas num contexto de dados textuais e/ou simbólicos. Essa técnica converte materiais brutos em dados susceptíveis ao tratamento científico, permitindo, com base na quantificação, substituir as meras impressões do pesquisador em procedimentos padronizados, sistematizados e objetivos (COLBARI, 2014).

Após a leitura e interpretação dos dados, foram identificadas e criadas duas categorias de análise: “O trabalho prescrito para o cuidado dos idosos” e “A prática cotidiana vivenciada no cuidado ao idoso”.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFMG, parecer nº. 1.470.988/2016. A participação na pesquisa foi voluntária e realizada após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3 | RESULTADOS

3.1 Perfil dos cuidadores participantes

O perfil dos cuidadores entrevistados pode ser observado na ilustração, abaixo:

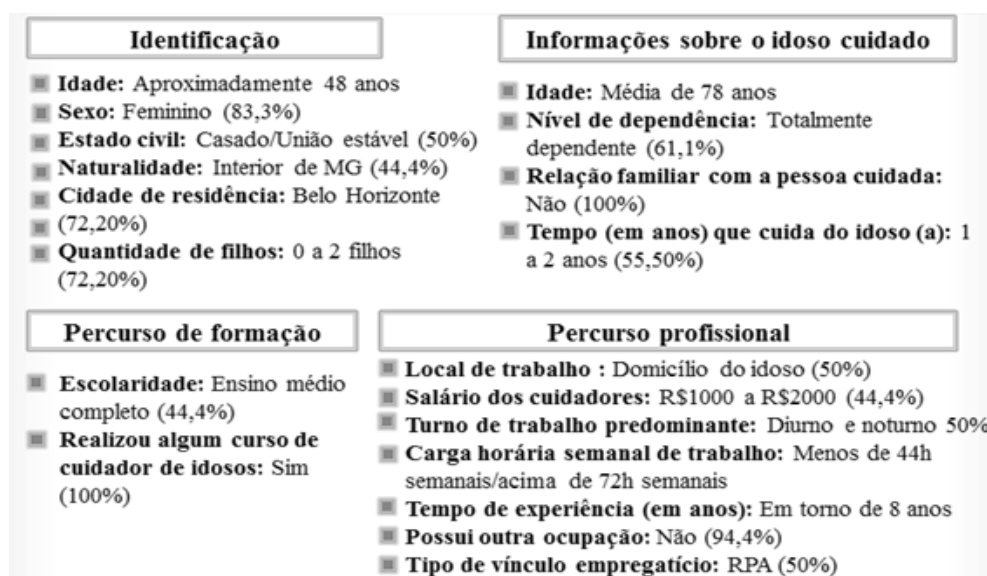


Figura 1 - Perfil dos Cuidadores Entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa.

3.2 O trabalho prescrito para o cuidado dos idosos

O cuidador formal de idosos possui como orientação para sua atuação os elementos norteadores identificados no Quadro 1, sendo que algumas orientações não são específicas para o cuidado ao idoso.

Natureza/Ano	Proposta/Princípios
Lei Complementar no. 150/2015 – oriunda da PEC das Domésticas (66/2012)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inclusão do cuidador residencial como empregado doméstico <input type="checkbox"/> Estabelecimento de carga horária <input type="checkbox"/> Estendidas as vantagens e benefícios assegurados aos empregados domésticos para o cuidador em residência.
CBO 2010	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Descreve funções do cuidador de idosos. <input type="checkbox"/> Apresenta requisitos sobre a formação, experiência e condições gerais de exercício. <input type="checkbox"/> Evidencia a categoria de cuidador como distinta dos profissionais de enfermagem.
Guia Prático do Cuidador - Normas e manuais técnicos/ Ministério da Saúde. 2008	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apresenta diretrizes gerais para a atuação do cuidador. <input type="checkbox"/> Orienta os cuidadores na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais.
Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa/ Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. 2008	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apresenta os direitos da pessoa idosa na legislação. <input type="checkbox"/> Apresenta os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa, violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. <input type="checkbox"/> Categoriza o cuidador em informal e formal, bem como descreve tarefas a serem desempenhadas. <input type="checkbox"/> Orienta os cuidadores sobre o processo de cuidar, além de informações básicas acerca de problemas da saúde.

Quadro 1 – Elementos norteadores do trabalho do cuidador formal de idosos

Fonte: Câmara dos Deputados, Senado Federal, Ministério da Saúde, Classificação Brasileira de Ocupações, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

As informações presentes nos projetos de Lei nº4702/2012 (Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências) e nº11/2016 (Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências) estão apresentadas no Quadro 2, ambos os projetos permanecem tramitando no senado sem resposta efetiva até o presente ano de 2019.

	PL 4702/2012	PL 11/2016
Funções do Cuidador	(...) profissional que desempenha funções de acompanhamento e assistência exclusivamente à pessoa idosa, tais como: I – prestação de apoio emocional e na convivência social da pessoa idosa; II – auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; III – cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde; IV – auxílio e acompanhamento na mobilidade da pessoa idosa em atividades de educação, cultura, recreação e lazer.	(...) exercício de atividade de acompanhamento e assistência à pessoa com necessidade temporária ou permanente, mediante ações domiciliares, comunitárias, ou institucionais de cuidado de curta ou longa permanência, individuais ou coletivas, visando à autonomia e independência, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer.
Atividades / Deveres do Cuidador	O cuidador, no exercício de sua profissão, deverá buscar a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa em relação a si, à sua família e à sociedade.	I – zelar pelo bem-estar, integridade física, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida; II – manter sigilo sobre as informações a que tem acesso em função de sua atividade, relativas à família do empregador; III – zelar pelo patrimônio do empregador no exercício de suas funções e pelas dependências utilizadas pela pessoa assistida.
Advertências/ Limites de atuação	A administração de medicamentos e outros procedimentos de saúde (...) deverão ser autorizados e orientados por profissional de saúde habilitado responsável por sua prescrição	É vedada aos profissionais (...) a administração de medicação que não seja por via oral nem orientada por prescrição do profissional de saúde, assim como procedimentos de complexidade técnica.
Requisitos para o exercício da atividade	(...) maior de 18 (dezoito) anos com ensino fundamental completo que tenha concluído, com aproveitamento, curso de formação de cuidador de pessoa idosa, de natureza presencial ou semipresencial, conferido por instituição de ensino reconhecida por órgão público federal, estadual ou municipal competente. § 1º Caberá ao órgão público de que trata o caput regulamentar, no prazo de 1 (um) ano a partir da vigência desta Lei, carga horária e conteúdo mínimos a serem cumpridos pelo curso de formação de cuidador de pessoa idosa. § 2º O Poder Público deverá incentivar a formação do cuidador de pessoa idosa por meio das redes de ensino técnico-profissionalizante e superior. § 3º São dispensadas da exigência de conclusão de curso de formação à época de entrada em vigor desta Lei as pessoas que venham exercendo a função há, no mínimo, 2 (dois) anos, desde que nos 5 (cinco) anos seguintes cumpram essa exigência(...).	I- Possuir no mínimo dezoito anos completos, salvo na condição de estagiário ou aprendiz; II – haver concluído o ensino fundamental ou correspondente; III – haver concluído, com aproveitamento, curso de qualificação profissional(...) IV – não ter antecedentes criminais; V – apresentar atestado de aptidão física e mental. Parágrafo único. As pessoas que já se encontrarem exercendo atividades próprias de cuidador há, no mínimo, dois anos, por ocasião da data de publicação desta Lei, ficam dispensadas da exigência a que se refere o inciso III do caput deste artigo, devendo cumpri-la nos três anos seguintes à vigência desta Lei.

Quadro 2 - Informações presentes nos projetos de Lei nº.4702/2012 e nº.11/2016

Fonte: PL nº.4702/2012 e PL nº.11/2016.

As atividades atribuídas ao cuidador de idosos de acordo com o Guia Prático do Cuidador, elaborado pelo Ministério da Saúde, e o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, ambos no ano de 2008, apresentadas no Quadro 3 abaixo, destacam que as atividades do cuidador de idosos podem ser desempenhadas nos domicílios e/ou em instituições na qual a pessoa necessite de atenção ou cuidado diário, assim como advertem sobre seus limites de atuação no cuidado em saúde.

Responsável pela elaboração e publicação	Guia Prático do Cuidador (Ministério da Saúde)	Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (Secretaria Especial dos Direitos Humanos)
Cuidador	(...) é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de cuidador integra (...) CBO sob o código 5162(...). (...)presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração(BRASIL, 2008,p.8).	(...) cuidador formal, isto é, daquele que recebeu formação especial para trabalhar como cuidador e pode se empregar como um assalariado, na moradia de uma pessoa idosa, numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas. (BORN, 2008, p.53)
Função do Cuidador	(...) acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. (BRASIL, 2008, p.8)	(...) é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho (...) descrita na CBO 2002, na categoria da família ocupacional de cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos sob o número 5162-10. (...) O cuidador que trabalha para uma pessoa jurídica, isto é, hospital, clínica ou ILPI terá um contrato de acordo com a CLT. Se ele trabalha em residência familiar será regido pela legislação de empregado doméstico (BORN,2008,p.55).
Tarefas que fazem parte da rotina do cuidador	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde; 2. Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada; 3. Ajudar nos cuidados de higiene; 4. Estimular e ajudar na alimentação; 5. Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos; 6. Estimular atividades de lazer e ocupacionais; 7. Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto; 8. Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde; 9. Comunicar à equipe sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada; 10. Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa (BRASIL, 2008, p.8). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajudar, estimular e realizar, caso seja indispensável, as atividades de vida diária, ou seja, a higiene pessoal e bucal, alimentação, locomoção, etc. 2. Cuidar do vestuário(...), manter o armário e os objetos de uso arrumados e nos locais habituais; e cuidar da aparência da pessoa idosa (...) de modo a aumentar a sua auto-estima. 3. Facilitar e estimular a comunicação com a pessoa idosa, conversando e ouvindo-a; acompanhando-a em seus passeios e incentivando-a a realizar exercícios físicos, sempre que autorizados pelos profissionais de saúde, e a participar de atividades de lazer. Desta forma, ajudará a sua inclusão social e a melhorar sua saúde. 4. Acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos de saúde, e transmitir aos profissionais de saúde as mudanças no comportamento, humor ou aparecimento de alterações físicas (...). 5. Cuidar da medicação oral da pessoa idosa, em dose e horário prescritos pelo médico. 6. Estimular a auto-suficiência da pessoa idosa, por isto, o cuidador deverá, sempre que possível, fazer com ela e não para ela. (BORN, 2008, p.57)

Advertências para a prática/ Limites profissionais	O ato de cuidar não caracteriza o cuidador como um profissional de saúde, portanto o cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc. (...) As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares (BRASIL,2008,p.10)	(...) Em caso de injeções, mesmo com receita médica, é proibido ao cuidador aplicá-las. Deverá recorrer a um profissional da área de enfermagem(...) O cuidador é contratado para cuidar da pessoa idosa. Muitas famílias, ignoram as tarefas que lhe cabe e também cobram dele os afazeres domésticos (BORN, 2008, p.57). (...)“no caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área de saúde” (BORN, 2008, p.58).
---	--	---

Quadro 3 - Atividades atribuídas ao cuidador de idosos de acordo com o Guia Prático do Cuidador e o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa

Fonte: Guia do Cuidador (2008) e Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (2008).

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por meio da CBO, descreve a função e as atividades do cuidador. Nesse sentido, provém uma lista de tarefas que abarcam atividades, agrupadas em 8 áreas, para o cuidador de idosos, apresentada no Quadro 4.

Áreas	Atividades
A - Cuidar da Pessoa	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Levantar informações sobre a pessoa <input type="checkbox"/> Controlar horários das atividades diárias da pessoa <input type="checkbox"/> Ajudar a pessoa nas atividades diárias <input type="checkbox"/> Estar atento às ações da pessoa <input type="checkbox"/> Verificar informações, sinais dados pela pessoa <input type="checkbox"/> Passar informações do dia a dia da pessoa <input type="checkbox"/> Relatar o dia a dia da pessoa aos responsáveis <input type="checkbox"/> Manter o lazer e a recreação no dia a dia <input type="checkbox"/> Desestimular a agressividade do idoso
B - Cuidar da Saúde do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observar a qualidade do sono <input type="checkbox"/> Ajudar nas terapias ocupacionais e físicas <input type="checkbox"/> Prestar cuidados especiais a pessoas com limitações e/ou dependência física <input type="checkbox"/> Manusear adequadamente o idoso <input type="checkbox"/> Observar alterações físicas (manchas, inchaço, ferimentos) <input type="checkbox"/> Controlar a guarda, horário e ingestão de medicamentos <input type="checkbox"/> Acompanhar (...) em consultas e atendimentos médico-hospitalar <input type="checkbox"/> Relatar orientação médica aos responsáveis <input type="checkbox"/> Seguir orientação de profissionais da saúde
C- Promover o Bem-estar do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ouvir (...) respeitando sua necessidade individual de falar <input type="checkbox"/> Dar apoio emocional <input type="checkbox"/> Ajudar a recuperação da autoestima, dos valores e da afetividade <input type="checkbox"/> Promover atividades de estímulo à afetividade <input type="checkbox"/> Estimular a independência
D - Cuidar da Alimentação do Idoso	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Participar na elaboração do cardápio <input type="checkbox"/> Observar a qualidade e a validade dos alimentos <input type="checkbox"/> Preparar a alimentação <input type="checkbox"/> Servir a refeição em ambientes e em porções adequadas <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de líquidos e de alimentos variados <input type="checkbox"/> Controlar a ingestão de líquidos e alimentos <input type="checkbox"/> Reeducar os hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Ajudar a pessoa na alimentação

E - Cuidar do Ambiente Domiciliar e Institucional	<input type="checkbox"/> Manter o ambiente organizado e limpo <input type="checkbox"/> Recomendar adequação ambiental <input type="checkbox"/> Prevenir acidentes <input type="checkbox"/> Administrar o dinheiro recebido <input type="checkbox"/> Cuidar da roupa e objetos pessoais <input type="checkbox"/> Preparar o leito de acordo com as necessidades (...) do idoso
F - Incentivar a Cultura e Educação	<input type="checkbox"/> Selecionar jornais, livros e revistas de acordo com a idade <input type="checkbox"/> Ler estórias e textos para criança, jovem, adulto e idoso
G-Acompanhar o Idoso em Atividades Externas	<input type="checkbox"/> Planejar passeios <input type="checkbox"/> Listar objetos de viagem <input type="checkbox"/> Arrumar a bagagem <input type="checkbox"/> Preparar a mala de remédios <input type="checkbox"/> Preparar documentos e lista de telefones úteis <input type="checkbox"/> Acondicionar alimentação para atividades externas <input type="checkbox"/> Acompanhar pessoa em atividades sociais, culturais, lazer e religiosas
H - Demonstrar Competências Pessoais	<input type="checkbox"/> Respeitar a privacidade do idoso <input type="checkbox"/> Demonstrar paciência <input type="checkbox"/> Manter a calma em situações críticas <input type="checkbox"/> Demonstrar Discrição <input type="checkbox"/> Demonstrar Criatividade <input type="checkbox"/> Transmitir valores a partir do próprio exemplo e pela fala <input type="checkbox"/> Demonstrar Honestidade

Quadro 4 - Descrição sumária das atividades contidas no Relatório da CBO para cuidadores de idosos

Fonte: Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). BRASIL, 2010.

3.3 A prática cotidiana vivenciada no cuidado ao idoso

A realidade da prática vivenciada no cotidiano dos cuidadores apresentam-se no Quadro 5 por trechos das entrevistas.

DOMICÍLIO

<p>Auxiliar e integrar o idoso nas relações sociais</p>	<p>“Sempre procurar trabalhar o idoso nessa questão de aproximar ele com a família, é... interagir ele nas festividades da família. Incentivar a família a comemorar o aniversário dele né.” (CI 14) “[...] a gente vai conversando com a família, vai interagindo. Como que foi o final de semana, o que aconteceu, como é que tá, se aconteceu alguma coisa, o que ele quer fazer essa semana, o que ele quer fazer agora e tal. Vai ter algum evento. Então, às vezes, ele quer ir a casa de um outro idoso, a gente vai também, entendeu?” (CI 12)</p>
<p>Cuidados com a medicação e saúde</p>	<p>“porque eles depende de quem faz a alimentação deles, a medicação né, a medicação já é prescrita, com a receita médica né, então a gente que administra pra eles, oferece a eles né” (CI15)</p>
<p>Acompanhamento aos serviços de saúde</p>	<p>“[...] levar ao médico, levar pra exames, pegar medicações, ir atrás de consultas especializadas [...]” (CI 15)</p>
<p>Atribuição de atividades domésticas ou outras tarefas não condizentes com a função do cuidador</p>	<p>“Me incomoda pelo fato que quando a gente faz a entrevista e se apresenta como cuidador você descreve as suas funções e as suas tarefas. A minha função tá ali pra supervisionar medicação, conversar com o idoso, levar nas consultas né, nos exames, nas consultas, entreter, dar carinho, atenção, não pra...é fazer isso [tarefa doméstica].” (CI 01) “eu trabalhei numa casa de cuidador a mulher punha pra mim descascar batata, cenoura e abóbora pra ela, aí eu falei assim: “Uai que cuidador é esse?”. Aí eu falei assim: “Olha dona D (...) ó eu tô aqui pra cuidar do seu marido, dos pertence dele, lavá o banheiro dele que dou banho, o quarto, eu que lavo, sou cuidador (...) Escovar os dente, o que seja dele, cortar a unha, o cabelo, a barba, tudo é o cuidador” (CI 10) “[...] quando você trabalha em residência sempre tem a questão de você fazer tarefas domésticas,(...) essa de 93 que só fico final de semana, a filha sai e aí ela fala: ‘Ah! Eu deixei uma roupa na máquina, cê tira e estende pra mim? Coloca pra secar?’ [...] ‘Nossa! Mamãe fez muito xixi aí e tal...tem umas calcinhas que bateu, mais precisa passar, cê passa pra mim?’ Passo né.” (CI 01)</p>
<p>Cuidados de enfermagem realizados por cuidadores</p>	<p>“Essa medição foi (++)... a médica que deixou por escrito, porque eu não cheguei a encontrar com ela. Então, lá ela tem o aparelho, põe no dedo aí ela deixou escrito, se tiver abaixo de noventa, que é pra ligar no oxigênio. Aí o oxigênio já tá tudo preparado lá sabe, aí é só ligar. Mais foi ela que me ensinou a fazer que até pra mim foi uma surpresa, nunca tinha mexido (...) em particular já faz né, então é uma coisa que muda muito né, porque a responsabilidade fica muito grande. Então, no particular (...) próprio pessoal do (++) [plano de saúde] que deixou por escrito (...)Às sete horas da manhã eu tenho que medir a saturação dela, a oxigenação sabe (...) logo depois, eu tiro, mido a pressão dela também, glicemia também. Então, conforme for o tanto que tá lá, porque lá [casa da idosa] tem uma tabela sabe. Se tiver de x a x, tem que aplicar normal, se tiver é...baixa tem que aumentar três unidades na aplicação, aí eu aplico a insulina nela [...]” (CI 13)</p>

HOSPITAL	Relação com outras pessoas no contexto de cuidado	“O dia a dia aqui [no hospital] é totalmente diferente de uma residência, assim... eu sou comandada pelos técnicos né.” (CI 08)
	Responsabilidade pelo idoso - elo família com o serviço de saúde	“Olha, a família da [idoso] eu represento eles aqui, qualquer coisa que eu vejo que não tá certo eu comunico com a família, mas tem coisas que também eu posso tá falando, pode sim, pode não. Eles me dão essa autonomia de tá falando [...] às vezes coisas que eu vejo que eu não gosto, às vezes eu ligo pro [sobrinho responsável] e falo aconteceu isso e isso (...) Igual ir na diretoria(+) não é pra mim eu não sou da família, mesmo que eu represento eu acho melhor que seja a família né.” (CI 08)
	Atividades desempenhadas	“A minha paciente eu olho o dia inteiro, a do lado eu tento olhar, mais a cama dela é muito difícil pra mim mexer (...) coloca a dieta das duas, depois vem pra trocar XX, aí eu olho se ela (a outra paciente) tá molhada, aí eles trocam também, e vai passando [...] Eu já sinto aqui meio minha casa.” (CI 05)
	Limite de atuação entre o cuidador e enfermagem	“[...] a gente que é cuidador, a gente não pode passar uma sonda, apesar que eu sei passar sonda [...] a gente não pode (++) é aplicar uma insulina, eu sei eu aplico, JAMAIS o cuidador pode aspirar traqueo. Eu aspiro ele totalmente. No outro eu aspirava que a médica deu (++) fez um laudo que eu podia tava apto a aspirar.” (CI 10) “[...] troca de dieta às vezes eu faço pra ajudar o técnico, às vezes né falta. E micro [micronebulização] né a gente coloca.” (CI 09)
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA	Atividades cotidianas	“[...] tem hora pro café, então é mais uma rotina mesmo. Chego aqui de manhã, vai dá banho, se tiver alguma troca, tira da cama, toma café, vem aqui fora toma um sol, aí depois põe lá dentro pra assistir uma televisão, almoça, põe na cama pra dormir [...]. Aí quando dá duas e meia, três horas, troca, põe pra tomar um café, é mais assim mesmo [...]. É assim o dia inteiro até a hora de ir embora.” (CI 04) “[...] eu chego no meu serviço [ILPI] bato cartão, visto meu uniforme e ali eu começo a tirar um prá dá banho, depois vou tirando os outros que é pra tomar café né [...]. Aí termina o café, medicamento, aí põe eles pra tomar banho de sol e ali a gente acompanha. Ali a gente mexe com unhas.” (CI 03)

Quadro 5 - A prática cotidiana vivenciada no cuidado ao idoso

Fonte: Trechos das entrevistas dos cuidadores de Idosos da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A faixa etária dos cuidadores entrevistados mostrou-se coerente com o requisito ser maior de 18 anos, assim como o perfil dos idosos cuidados que apresentavam dependência para o cuidado. Entretanto, pelo intervalo de idade dos entrevistados de 25 a 65 anos, percebe-se que a ocupação de cuidador é acessível para aqueles que estão se inserindo no mercado de trabalho, mas também para aqueles que precisam ser reinseridos. A formação mínima de nível ensino médio completo também contempla o previsto. O tempo de trabalho para o mesmo idoso ou local de aproximadamente 2 anos demonstra a construção de vínculo e uma certa estabilidade no local de emprego.

O domicílio mostrou-se ainda predominante se comparado aos outros locais de atuação, sendo o regime de trabalho predominante de Regime de Pagamento Autônomo (RPA). O que demonstra que a contratação como empregado doméstico ainda não é uma realidade. É possível perceber sobrecarga de carga horária de trabalho

que perfazem de 24 horas ininterruptas por plantão, em turnos diurno e noturno, assim como jornadas de trabalho semanais superiores a 72 horas. Os entrevistados se dedicam exclusivamente à ocupação de cuidador de idoso, não possuindo outro vínculo trabalhista.

A CBO apresenta que o trabalho do cuidador pode ser autônomo ou assalariado e executado em horários diversos. A PL nº 4.702/2012 apresenta distintas formas de contrato de trabalho podendo a contratação ser feita por pessoa física ou jurídica, podendo seguir a CLT ou não (BRASIL, 2012). Entretanto, a Lei Complementar nº150/2015 regulamenta que o cuidador de idosos residencial deverá ser contratado como empregado doméstico, o que prevê delimitação de carga horária, assim como pagamento de horas-extras e adicional noturno, dentre outras vantagens e benefícios. Essa lei destaca ainda as situações de acúmulo e desvio de funções.

Conforme afirmam Malheiro e Nunes (2015) grande parte das famílias de média e baixa renda não possui recursos financeiros para a contratação em regime CLT, uma vez que para o cuidado ininterrupto, é primordial a existência de mais de um profissional. O aumento de custos para o empregador com o cuidador é discutido pela sociedade brasileira, uma vez que para atender um idoso dependente de cuidados ininterruptos ao se utilizar as regras da PEC das domésticas o valor seria alto devido à oneração por tributos trabalhistas. Tal situação incentiva às famílias a continuarem com os contratos precários.

Todos cuidadores relataram ter o curso de cuidador de idosos, embora com cargas horárias e conteúdos bem distintos uns dos outros. Caso a lei entrasse em vigor, pelo fato de terem em torno de 8 anos de experiência na área como cuidador, seriam dispensados da obrigatoriedade do curso, tendo, entretanto um prazo para se regulamentarem.

De modo geral, nota-se que as indefinições com relação aos cursos voltados para a formação dos cuidadores de idosos ofertados por diversas instituições são impasses que refletem no fazer desses no domicílio, hospitais e nas ILPIs devido à dificuldade de padronização. Ademais, a não regulamentação de tais cursos está relacionada ao fato de a categoria de cuidador ser considerada uma ocupação, não uma profissão (SANTOS; CASTRO, 2017). Evidencia-se, porém, que a falta do curso não é uma barreira para a contratação do profissional, visto que aqueles que não possuem o curso se inserem no mercado de trabalho devido a sua experiência no cuidado em saúde ou outras vivências afins.

Com relação aos afazeres propriamente ditos, as entrevistas apontaram para uma heterogeneidade e complexidade das práticas dos cuidadores formais de idosos e das circunstâncias que esses profissionais experienciam em cada cenário delimitado para a atuação desses.

Com relação ao trabalho do cuidador em domicílio, é importante destacar o envolvimento desse profissional com o cotidiano do idoso, dos seus familiares e demais profissionais presentes nesse ambiente. O cuidador busca saber de fatos

acerca do idoso, sobretudo aqueles ocorridos na ausência do cuidador, para promover o estreitamento das relações, assim como promover a reinserção do idoso no núcleo familiar e na sociedade. Embora tenha sido recorrente nas falas a relação entre o vínculo desse cuidador com o idoso e sua família, com a aceitação de tarefas que não são da sua competência.

O cumprimento de tarefas domésticas pelo cuidador é dado, muitas das vezes, por solicitação do contratante ou por escolha própria do cuidador. Tal situação contradiz o texto presente no PL no 4.702/12, veda ao empregador exigir do cuidador a realização de outros serviços além daqueles voltados ao idoso, especialmente serviços domésticos de natureza geral Born et al (2008), no Manual do Cuidador da Pessoa Idosa adverte que existe um risco para assumir essas outras atividades, uma vez que “ao fazer estes serviços, ele deixa de atender a pessoa idosa. Cabe ao cuidador da pessoa idosa esclarecer ao familiar suas obrigações e atividades inerentes à ocupação, no momento de ser contratado” (BORN, 2008, p.57).

Alguns dos entrevistados relataram verbalizar essa contrariedade com relação à função contratada, mas não pararam de realizá-las. Ao designar tais tarefas ao cuidador, a família obtém a “vantagem” de pagar um único profissional pelo cuidado do idoso e pelo serviço doméstico. Essa dupla função, entretanto, pode prejudicar a prestação do cuidado, uma vez que acarreta na diminuição do tempo de vigília do profissional sobre o idoso, prejudicando sua assistência, assim como se configura como desvio de função.

A realização de procedimentos e tarefas que competem aos profissionais de saúde foram recorrentes nos relatos em domicílio, no hospital e menos comuns nas ILPIS. Debert e Oliveira (2015) apontam para tênue limiar que separa as atividades dos cuidadores daquelas desempenhadas por profissionais da área da enfermagem. Todos os documentos apresentados assim como os projetos de lei destacam para o cuidador que o fato de cuidar do idoso não os caracteriza ou os habilita a atuarem como profissional de saúde, sendo vedada a ele a realização de procedimentos técnicos.

As atividades técnicas que o cuidador vier a executar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde (BRASIL, 2008). Entretanto, existem situações cotidianas que ultrapassam os entendimentos colocados, como por exemplo, se o cuidador foi contratado para auxiliar e/ou realizar as atividades de autocuidado que o idoso não consegue realizar por si, como proibi-los de fazer a auto-sondagem, auto-aspiração e auto-aplicação de insulina ou outra medicação prescrita? Recente resolução do COFEN nº 0582/2018 proíbe ao enfermeiro de lecionar práticas de Enfermagem que exijam aplicação de conhecimentos técnico-científicos em atividades de formação de Cuidador de Idosos. Tal situação leva a questões complexas, uma vez que no contexto de assistência à saúde, o profissional enfermeiro deve ensinar ao paciente ou ao responsável pelo seu cuidado como realizar tais condutas a fim de garantir que as mesmas sejam executadas de forma segura.

Essa situação torna-se controversa no cenário de cuidados em saúde demandando ações regulatórias mais contextualizadas à realidade. Brites e Santana (2014) alertam que a atuação dos cuidadores formais de idosos é caracterizada pela realização de práticas que atravessam o exercício profissional da enfermagem, nutrição, fisioterapia e terapia ocupacional, e que por não haver uma especificação das suas atribuições, a profissão permanece sem legitimidade técnica, ética e legal para atuar.

Todos os documentos apresentados ainda assinalam que o cuidador, tanto no domicílio do idoso como em instituições, devem ter suas atividades do contexto de saúde exercidas de forma supervisionadas. Em domicílio, esses trabalhadores não são acompanhados por profissionais de saúde, elaborando, muitas vezes, seu próprio plano de cuidados e realizando atividades que não são de sua competência, porém delegadas pela família do idoso, que assume o papel de supervisora. Entretanto, no ambiente hospitalar e nas ILPIs esses profissionais são mais frequentemente supervisionados por profissionais de saúde o que os concede maior autonomia para atuar assim como lhe são conferidas atividades de maior complexidade e responsabilidade do cuidado.

No ambiente hospitalar, os cuidadores são denominados acompanhantes de idosos, cumprem a Lei nº 10.741/03, que regulamenta a permanência do acompanhante com o idoso durante sua hospitalização (TEXEIRA et.al., 2013). Percebe-se que esse comportam-se como profissionais de saúde integrantes da equipe, participantes e corresponsáveis pelo cuidado do idoso, assim como assumem o papel do familiar.

Os cuidadores recebem, no ambiente hospitalar, o treinamento necessário para a realização dessas tarefas, uma vez que é sabido que eles serão os responsáveis por esses procedimentos no domicílio. O Guia Prático do Cuidador destaca a importância da equipe de saúde orientar os cuidadores, com clareza, acerca dos procedimentos cuja realização é autorizada, bem como em que momentos é necessária a presença dos profissionais da saúde (BRASIL, 2008).

Destaca-se ainda que os cuidadores são, também, porta-vozes da família junto à equipe do hospital, devido às mudanças estruturais nas famílias ou ao desinteresse/ inviabilidade de alguns familiares em acompanhar o idoso durante a internação. Esse acompanhamento, feito pelo cuidador no ambiente hospitalar e, em alguns casos, no domicílio do idoso após a alta, torna-o um substituto da família, que ganha autonomia nos processos de decisão.

Nas ILPIs, os cuidadores formam a equipe de cuidado composta geralmente por enfermeiro e técnicos de enfermagem, e são submetidos hierarquicamente e supervisionados pelo enfermeiro da instituição. Nesse cenário existem atividades caracterizadas como mandatárias, constituídas de horários determinados especialmente, como os momentos de acordar, alimentar-se e tomar banho, deixando o idoso com pouca ou nenhuma margem de decisão, autonomia e individualidade (BATISTA; ARAÚJO, 2011). Assim como realizam atividades conforme citado por Colomé et al (2011) como verificação de pressão arterial; realização de curativos; controle e administração de medicamentos; e acompanhamento a consultas médicas

e exames, sob a premissa da supervisão de um profissional de saúde.

Nesse cenário desempenham o cuidado profissional com maior predominância e autonomia ao se comparar com os demais locais, sendo suas atividades condizentes com o que lhes é designado pelas normas e diretrizes no que diz respeito às atribuições do cuidador apresentadas pela CBO.

5 | CONCLUSÃO

As atividades que os cuidadores desempenham são múltiplas, sem limites específicos entre as atribuições relacionados ao cuidado em saúde, ao cumprimento de papel social/familiar e a realização de tarefas domésticas. Esse profissional transita entre o cuidado profissional prescrito e o cuidado vocacional, fraterno e materno, sendo seu fazer influenciado pelo local onde é realizado e pelas relações entre os sujeitos envolvidos no cotidiano, podendo ser maior ou menor autonomia.

O silenciamento dos profissionais, a sua falta de identidade e legitimidade profissional, além da ausência de uma representação política, contribuem para manutenção da informalidade e, até mesmo, para uma marginalidade social do cuidador de idosos. Entretanto, mesmo diante de tantos desafios, lacunas e limites de atuação sutis, o cuidador vem se tornando imprescindível no cumprimento da tarefa de contribuir para o cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, L. S.; SARAIVA, J. M.; ALENCAR, J. S. Educação Profissional Cidadã: ampliando a concepção dos cuidadores (as) de idosos (as) acerca do processo de envelhecimento para além das práticas de cuidado. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, v. 16, n. 2, p. 103-116, 2013.

ALVAREZ, A. M.; POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T. Cuidador de idosos: quem são?. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 5, n. 4, 2015.

ARAÚJO et al. Caregiving for the Elderly Person: Discourses Embedded in the Brazilian Practical Guide for the Caregiver. *Journal of Aging & Social Policy*. 2017.

BATISTA, A. S.; ARAÚJO, A. B. Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Sociedade e Estado*, v. 26, n. 1, p. 175-195, 2011.

BORN, T (Org.). *Cuidar Melhor e Evitar a Violência - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330p.

BRASIL. (1999). Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*, Brasília, 2. ed, 2008, 64 p.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações 2010. Brasília: 3ª ed. 828p.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012. Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de pessoa idosa e dá outras providências. Brasília: DF, 2012. 2p. Disponível em: . Acesso em 06 out. 2016.

BRASIL. Senado Federal. Proposta de Emenda à Constituição nº 66, de 2012 - (PEC dos Empregados Domésticos). 2012. Disponível em: . Acesso em: 11 ago.2017.

BRASIL. Lei Complementar 150 de 1 de junho de 2015. Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis no 8.212, de 24 de julho de 1991, no 8.213, de 24 de julho de 1991, e no 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3o da Lei no 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei no 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei no 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. Brasília: DF, 2015.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei nº 11, de 2016. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências. Brasília: DF, 2016. Disponível em:.Acesso em 08 mar. 2019.

BRITES, A. S.; SANTANA, R. F. Manuais e guias práticos para a formação de cuidadores de idosos: implicações éticas e legais. *Rev. Enf. Profissional*, v. 1, n.1, p. 92-105, jan./abr. 2014.

COLBARI, A. A análise de conteúdo e a pesquisa empírica qualitativa. In: SOUZA, E. M.(Org.). *Metodologias e análises qualitativas em pesquisa organizacional: uma abordagem teórico-conceitual*. Vitória: Edufes, 2014. p. 241-272.

COLOMÉ, I. C. S. et al. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica Enfermagem [Internet]*, v. 13, n. 2, p. 306-312, abr./jun. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 0582. Veda a participação do Enfermeiro no ensino de práticas de Enfermagem que exija aplicação de conhecimentos técnico-científicos em atividades de formação de Cuidador de Idosos, 2018.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, A. M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 18, p.7-41, set./dez. 2015.

DUTRA, N. S; MAZINI, J. C; SILVA, M. V. Cuidadores que se encontram: (in)formação de cuidadores de instituições de longa permanência para idosos. *Revista Ciência em Extensão*, v.14, n.4, p.195 - 206, 2018.

MALHEIRO, A. D.; NUNES, P. R. R. Institucionalização de idosos em Porto Alegre, RS. *Unoesc & Ciência-ACHS*, v. 6, n. 2, p. 187-194, 2015.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2010.

NÓBREGA, OT, LEIBING A. Hospital: o local com maior ocorrência de óbitos de idosos no Brasil - o início de um debate. *Geriatrics e Gerontologia Aging*.2017;11(1):1-3.

NUNES, D.P et al. "Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE." *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 21, p.1-14, 2019.

SAMPAIO, A. M. O. et al. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 11, n. 2, p. 590-613, 2011.

SANTOS E.A.R, CASTRO A.S.V.P. A relação de trabalho da função cuidador de idosos. *CES Revista*, 31(1) p. 292-314. 2017.

TEIXEIRA, L. S. et al. O idoso hospitalizado: atuação do acompanhante e expectativas da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 2, p. 266-273, 2013.

PAINÉIS DE INDICADORES: A EXPERIÊNCIA DE UMA COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Caroline Dias Ferreira

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – RJ.

Rômulo Cristovão de Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Tecnologias da Informação e Educação em Saúde – RJ.

Rodrigo Gomes Barreira

Coordenadoria Geral de Atenção Primária da A.P. 5.3, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – RJ.

RESUMO: Esse estudo possui como objetivo relatar o desenvolvimento de painéis de indicadores a partir de ferramentas de visualização de dados, no campo da saúde pública, no âmbito da atenção primária. A experiência ocorreu numa Coordenação de Atenção Primária (CAP) do Município do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo caso de desenho descritivo. No Brasil os sistemas de informação em saúde datam da década de 1970 e estavam relacionados ao controle de faturamento dos procedimentos em saúde e dados vitais. Diante do cenário de fragmentação dos SIS, somando-se ao seu uso incipiente e a relevância da qualidade da informação em saúde e sua análise para a gestão do SUS, emergiram problemas, tais como: a diversidade de SIS

para a avaliação de indicadores de saúde e a qualificação dos profissionais de saúde para a utilização da informação em saúde no escopo da gestão. As ferramentas de visualização de grandes volumes de dados podem ser uma aliada na democratização da informação em saúde, permitindo o acesso a informação através de painéis de indicadores. A primeira etapa para o desenvolvimento dos painéis foi a seleção dos bancos de dados, sendo elencados os dos seguintes sistemas: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A construção dos painéis ocorre com o carregamento dos dados na ferramenta, seguida pela organização das informações que podem ser expressas em diversos tipos de gráficos. Em resumo, a criação desses painéis possibilita o acesso à informação de maneira simplificada e personalizada.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão da Informação em Saúde; Gestão em Saúde; Tecnologia da Informação; Visualização de Dados.

HEALTH DASHBOARDS: THE EXPERIENCE OF A COORDINATION OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: This study aims to report on the

development of dashboards from data visualization tools in the field of public health in primary health care. The experience occurred in a Primary Care Coordination (CAP) of the Municipality of Rio de Janeiro. This is a descriptive design case study. In Brazil, health information systems date back to the 1970s and were related to the billing control of health procedures and vital data. In view of the SIS fragmentation scenario, in addition to its incipient use and the relevance of the quality of health information and its analysis for SUS management, problems have emerged such as: the diversity of SIS for the evaluation of health indicators and the qualification of health professionals for the use of health information within the scope of management. The tools of visualization of large volumes of data can be an ally in the democratization of health information, allowing the access to information through panels of indicators. The first step in the development of the panels was the selection of the databases, with the following systems being listed: Information System on Live Births (SINASC) and Information System on Mortality (SIM). The construction of the panels occurs with the loading of the data in the tool, followed by the organization of the information that can be expressed in several types of graphs. In summary, the creation of these panels allows access to information in a simplified and personalized way.

KEYWORDS: Health Information Management; Health Management; Information Technology; Data Visualization

1 | INTRODUÇÃO

Agestão do trabalho no SUS é amplamente discutida por vários atores da sociedade como acadêmicos, políticos, usuários e profissionais em prol da consolidação do SUS. Desde a criação do SUS, sua gestão tem sido pautada no fortalecimento de quatro aspectos, a saber: a descentralização, o financiamento, o controle social e a Gestão do Trabalho (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a gestão em saúde tornou-se uma importante estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Através da descentralização da gestão, por meio de comando único em cada esfera de governo, os Municípios puderam se tornar protagonistas da expansão e consolidação do SUS nos seus territórios (SOLLA, 2010).

Considerando a necessidade de avaliação constante dos processos e do desempenho assistencial, bem como as necessidades dos profissionais e dos clientes, o gestor dos serviços de saúde deve possuir competências transversais como escuta ativa e capacidade de reflexão a partir dos diversos fatores que constroem o processo de trabalho, a fim de garantir o alinhamento estratégico da gestão (SENGE, 1990).

Para Tamaki, et al:

“Há, portanto um desafio colocado à gestão pública que se constitui na utilização de estratégias metodológicas que permitam a obtenção de conhecimento sobre políticas, programas e serviços, por intermédio do monitoramento e da avaliação, partindo da compreensão de que um mesmo programa poderá apresentar

diferentes resultados quando implantado sob diferentes condições contextuais "(2012, p. 840).

No ano de 1996 o Ministério da Saúde em conjunto com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) acordaram em investir na qualificação da informação em saúde a fim de subsidiar a construção e consolidação do SUS e apoiar a sistematização dos dados em saúde (BRASIL, 1997).

Para assegurar a sistematização foi criada a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que promove parceria com diversas entidades envolvidas na produção e monitoramento das informações em saúde, através de Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

Pode-se destacar como instrumento operacional da RIPSA a matriz de indicadores que descreve os indicadores de saúde, suas possíveis utilizações, limitações, métodos de cálculo e fonte de dados (BRASIL, 1997).

Nesse ponto, as iniciativas do Ministério da Saúde vão ao encontro do fortalecimento da gestão através do monitoramento e avaliação constantes e que o planejamento em saúde deve ser ascendente a partir das necessidades do território, assim como discorrido anteriormente.

Os indicadores de saúde mensuram não somente as condições de saúde da população, mas também fatores que determinam essas condições. Na iniciativa RIPSA indicadores de saúde foram divididos em: indicadores demográficos; indicadores socioeconômicos; indicadores de mortalidade; indicadores de morbidade e fatores de risco; indicadores de recursos; e indicadores de cobertura (BRASIL, 1997).

A sistematização das informações em saúde, também, perpassa pela criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Compete ao DATASUS, principalmente, fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS (BRASIL, 2011).

No Brasil os sistemas de informação em saúde datam da década de 1970 e estavam relacionados ao controle de faturamento dos procedimentos em saúde e dados vitais. Com o passar dos anos, o escopo dos SIS nacionais foram ampliados para diferentes áreas.

Destaque-se que a criação dos diversos SIS nacionais ocorreu para atender demandas específicas de cada área, portanto, as estruturas de cada sistema, assim como os seus objetivos foram desenvolvidos mediante a necessidade da informação para subsidiar políticas públicas de saúde, bem como estiveram sob o efeito do cenário político da época contemporânea à sua criação. Somente a partir da criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em 1991, os SIS nacionais foram organizados segundo sua finalidade (BRASIL, 2009).

Diante do cenário de fragmentação dos SIS, somando-se ao seu uso incipiente e a relevância da qualidade da informação em saúde e sua análise para a gestão do SUS, emergiram problemas, tais como: a diversidade de SIS para a avaliação de indicadores de saúde e a qualificação dos profissionais de saúde para a utilização da

informação em saúde no escopo da gestão. Outros problemas atinentes a gestão dos serviços de saúde é a complexidade para extração de dados dos diversos SIS e a construção de relatórios que exigem conhecimento de informática em saúde.

Tendo em vista que a avaliação e monitoramento constituem-se como práticas intrínsecas aos gestores e devem ser desenvolvidas e aperfeiçoadas no intuito de assegurar um melhor desempenho dos serviços de saúde é indispensável capacitar e instrumentalizar o escopo da gestão de serviços de saúde.

Apesar dos serviços de saúde coletarem e, em sua maioria, alimentarem os SIS o desenvolvimento das rotinas de avaliação dos dados e exportação de informação em saúde são incipientes, dada a dificuldade técnica e cultura de sua utilização.

Esse estudo possui como objetivo relatar o desenvolvimento de painéis de indicadores a partir de ferramentas de visualização de dados, no campo da saúde pública, no âmbito da atenção primária em saúde. Esse estudo foi desenvolvido ocorreu numa Coordenação de Atenção Primária (CAP) do Município do Rio de Janeiro, após intensa expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo de caso de desenho descritivo.

2 | DESENVOLVIMENTO

A primeira etapa para o desenvolvimento dos painéis foi a seleção dos bancos de dados, sendo elencados os bancos dos seguintes sistemas: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Após isso foi necessário o gerenciamento dos bancos de dados, sendo essa uma das etapas de grande importância. O primeiro passo do gerenciamento foi a exclusão dos dados de identificação, seguido pela verificação de inconsistências. Através do dicionário de dados de cada banco foram atribuídas legendas para cada campo. A alimentação do Painel de Indicadores ocorre mensalmente após a exportação do banco de dados de cada sistema de informação.

As ferramentas de visualização de grandes volumes de dados podem ser uma importante aliada na democratização da informação em saúde, permitindo o acesso a informação através de painéis de indicadores com interface amigável para utilização.

Apesar de haver no mercado uma grande variedade de ferramentas para a construção dos painéis, a ferramenta escolhida foi o “Google Data Studio”. Essa escolha ocorreu devido à gratuidade da ferramenta, a sua disponibilidade de compartilhamento online e facilidade de utilização. A construção dos painéis ocorre com o carregamento dos dados na ferramenta, seguida pela organização das informações que podem ser expressas em gráficos de pizza, gráficos de barras, gráfico de colunas, gráficos em linha, tabelas e caixas de texto, dentre outras formas.

Todo o relatório é passível de personalização, seja, através de elementos visuais como cores, formas, tamanho até fonte de dados, métodos de cálculo e aplicação de

filtros para dimensão de tempo ou cenário.

A fim de aproximar da realidade dos territórios os parâmetros estabelecidos como metas para os indicadores de saúde foram considerados a partir da população cadastrada por cada unidade de saúde.

No intuito de organizar o processo de trabalho para desenvolvimento do Painel de Indicadores foi proposta a seguinte divisão do trabalho: equipe de suporte técnico ao Painel de Indicadores, responsáveis por problemas técnicos quanto ao acesso ao site e senhas; equipe de suporte aos Indicadores de Saúde, responsável pela alimentação do Painel de Indicadores, tratamento das informações e análise da situação e; equipe de suporte às Linhas de Cuidado, atua no direcionamento das políticas públicas de saúde.

3 | RESULTADOS

A partir dos bancos de dados do SIM e SINASC, foram desenvolvidos três painéis de visualização de dados para eventos vitais, a saber: painel de indicadores sobre mortalidade infantil, painel de indicadores sobre mortalidade materna e painel de indicadores sobre nascidos vivos.

O painel de indicadores de sobre mortalidade infantil possui como possibilidades de filtros para pesquisa: mês e ano de ocorrência do óbito infantil; componente para a taxa de mortalidade quer seja neonatal precoce, neonatal tardio ou pós-neonatal; causa básica do óbito; unidade de ocorrência do óbito e unidade de atenção primária de referência. Além disso, os painéis contam com gráficos para demonstrar outras características dos óbitos infantis, tais como: distribuição por sexo, distribuição por peso ao nascer, presença de anomalia, distribuição por idade gestacional, raça/cor da mãe, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe e estado civil da mãe.

Quanto ao painel de indicadores sobre mortalidade materna os filtros disponíveis são: mês e ano de ocorrência do óbito materno; componente para a taxa de mortalidade quer seja na gravidez, no aborto e no puerpério; causa básica do óbito; unidade de ocorrência do óbito e unidade de atenção primária de referência. Esse painel também contém os seguintes elementos gráficos distribuição por idade, raça/cor, escolaridade e estado civil.

Já o painel sobre os nascidos vivos possui como filtros: mês e ano de nascimento; unidade de ocorrência; unidade de atenção primária de referência e se a criança apresenta risco para mortalidade. Os elementos gráficos que compõem o painel consistem numa tabela com percentual de nascidos vivos filhos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; distribuição de nascimentos por quantidade de consultas de pré-natal que as mães realizaram; frequência de nascimentos por sexo, por peso, com anomalia, por raça/cor, por escolaridade da mãe, por faixa etária da mãe, por prematuridade e, finalmente por tipo de parto.

É importante salientar que todos os elementos gráficos dos painéis são interativos e se alteram automaticamente com a seleção dos filtros, o que torna experiência dos usuários mais autônoma e com grande variedade de produção de informação sob demanda.

Em resumo, a criação desses painéis possibilita o acesso à informação de maneira simplificada e personalizada.

4 | CONCLUSÃO

O planejamento de ações, assim como do processo de trabalho e rotina dos serviços de saúde, deve ocorrer a partir da análise da situação de saúde expressa em indicadores, sejam eles de desempenho, impacto ou resultado. A elaboração do Painel de Indicadores é uma estratégia para aprimorar a prática da gestão, instrumentalizando o gestor através de indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: EDITORA MS, 2009. v. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.530, de 21 de Julho de 2011. **Decreto de Estrutura Regimental do Ministério da Saúde**. Brasília, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 820, de 25 de Junho de 1997. Portaria do MS para instituição do RIPSA**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 3ª. Ed. Brasília, 2005.

SENGE, Peter e outros. **A Quinta Disciplina – Arte, Teoria e Prática da Organização de Aprendizagem**. São Paulo, Best Seller, 1990.

SOLLA, J. **Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia)**, 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

TAMAKI, E. M. et al . **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400007>.

PALESTRAS DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Indira Silva dos Santos

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

Joice Claret Neves

Msc.em Enfermagem - Docente da Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

Tamiris Moraes Siqueira

Enfermeira pela Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

Cleberson Moraes Caetano

Enfermeiro – Gestor de Qualidade do Hospital Adventista de Manaus

Manaus - Amazonas

Gilsirene Scantelbury de Almeida

Dra em Enfermagem - Docente da Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

Hadelândia Milon de Oliveira

Dra em Enfermagem - Docente da Universidade Federal do Amazonas

Manaus – Amazonas

RESUMO: Este trabalho relata a experiência de acadêmicas de enfermagem em palestras de sensibilização sobre cultura de segurança do paciente em um hospital universitário de Manaus. Utilizou-se como base a metodologia

problematizadora do Arco de Charles Maguerez, composto por 5 etapas. A experiência pôde ser avaliada como positiva, tendo em vista a reação dos profissionais com questionamentos frente a atitudes e comportamentos no ambiente de trabalho. A educação permanente pôde ser trabalhada com a equipe de saúde e colaboradores do serviço.

PALAVRAS-CHAVES: Cultura de Segurança; Segurança do Paciente; Enfermagem.

ABSTRACT: This paper reports the experience of nursing academics in lectures to raise awareness about patient safety culture in a university hospital in Manaus. The problematic methodology of the Arch of Charles Maguerez, composed of 5 stages, was used as base. The experience could be evaluated as positive, in view of the reaction of professionals with questions about attitudes and behaviors in the workplace. Continuing education might be working with the health team and service staff.

KEYWORDS: Safety Culture; Patient safety; Nursing.

INTRODUÇÃO: Cultura de segurança pode ser definida como um produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e

proficiência da administração de uma organização saudável e segura (REIS,2014).

JUSTIFICATIVA: Promover a cultura de segurança implica estabelecer um conjunto de intervenções enraizadas nos princípios da liderança, do trabalho em equipe, na mudança de comportamento. As estratégias utilizadas para promover a segurança do paciente podem incluir intervenções únicas ou várias intervenções combinadas (REIS, 2014). Nessa perspectiva, este relato tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem em palestras de sensibilização em um hospital universitário de Manaus.

DESENVOLVIMENTO: A experiência foi realizada por acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas, durante a II Semana de Segurança do Paciente e baseou-se na metodologia problematizadora do Arco de Maguerez, descritas nas seguintes etapas: 1) Observação da realidade: Nessa primeira fase foi realizado o diagnóstico situacional dos setores do hospital em parceria com o setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. 2) Pontos-chave: Nesta etapa destacou-se os fatores relacionados a escassa notificações de erros vivenciados na rotina hospitalar dos servidores, além da responsabilidade difusa. 3) Teorização: houve busca ativa por embasamento teórico em artigos e livros referentes ao tema pertinente. 4) Hipóteses de Solução: a partir das problemáticas elencadas, os temas abordados foram: a significância da notificação de erros, comunicação e cooperação entre a equipe e o envolvimento do paciente na sua assistência. 5) Aplicação à realidade: as palestras foram realizadas na farmácia, laboratório de exames, manutenção e nas clínicas cirúrgica e médica. Como estratégia de ensino utilizou-se apresentação expositiva dialogada com auxílio de recursos como Flipcharts e folders. A avaliação da atividade consistiu em perguntas ao final de cada apresentação, com premiação para o servidor mais participativo.

IMPLICÂNCIA PARA A ENFERMAGEM: A experiência pôde ser avaliada como positiva, tendo em vista a reação dos profissionais com perguntas frente à adoção de novas atitudes e condutas no ambiente de trabalho.

CONCLUSÃO: Ter um ambiente seguro é imprescindível nas organizações de saúde, para isso, faz-se necessário o comprometimento de todos os profissionais. Tal atitude deve ser trabalhada desde a academia para que o aluno esteja apto a disseminar, desde cedo, a promoção contínua de um ambiente seguro na prática terapêutica.

REFERÊNCIAS

REIS, C.T. Cultura em segurança do paciente. In: SOUSA, P., and MENDES, W., orgs. **Segurança do Paciente: criando organizações de saúde seguras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014,pp. 75-99. Vol. 2. ISBN: 978-85-7541-594-8. Available from: doi: 10.7476/9788575415948.0006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vtq2b/epub/sousa-9788575415948.epub>.

PAPEL DO ENSINO DE MEDICINA NA (DES) CONSTRUÇÃO DO APARATO MANICOMIAL

Daniela Viecili Costa Masini

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde,
Centro Universitário de Brasília
Brasília – Distrito Federal

Daniel Magalhães Goulart

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde,
Centro Universitário de Brasília Brasília – Distrito
Federal

RESUMO: Este artigo tem como objetivo discutir como a formação universitária dos estudantes de medicina se configura subjetivamente e quais as possíveis repercussões desse processo na reforma psiquiátrica brasileira, a partir de uma pesquisa realizada com base no método construtivo-interpretativo e na Teoria da Subjetividade de González Rey. O método construtivo-interpretativo baseia-se na Epistemologia Qualitativa, em que a teoria consiste num processo de produção de pensamento a partir do diálogo com o participante, visando gerar inteligibilidade sobre um tema complexo: a subjetividade humana. Nesta pesquisa, a participante foi uma estudante de Medicina do Distrito Federal e os instrumentos utilizados foram dinâmicas conversacionais e uma redação. Chegamos à formulação de que a subjetividade social do ensino de medicina promove uma produção subjetiva em que o cuidado encontra-se articulado ao controle

e ao modelo biomédico, indo de encontro às propostas da reforma psiquiátrica, já que tal forma de cuidado costuma estar associada a práticas manicomiais.

PALAVRAS-CHAVE: reforma psiquiátrica; ensino; método construtivo-interpretativo.

ABSTRACT: This article discusses how the education of medical students is subjectively configured and which are the possible consequences of this process in the Brazilian psychiatric reform. The research study was based on González Rey's Theory of Subjectivity and the constructive-interpretative method. The constructive-interpretative method is supported by the Qualitative Epistemology, in which a theory consists of a creative thinking process derived from dialogs engaged with the participant, aiming to provide understanding upon a complex matter: the human subjectivity. The participant of this study was a medical student from the Brazilian Federal District, and the research instruments were conversational dynamics and a writing exercise. As a conclusion, we argue that the social subjectivity of medical education promotes a subjective production in which care is associated with control and principles of the biomedical model, deviating from the psychiatric reform proposals, since such form of care is usually related to asylum practices.

KEYWORDS: psychiatric reform; education;

constructive-interpretative method.

1 | INTRODUÇÃO

A Psiquiatria surgiu como ciência em meados do século XVIII, com o libertamento dos “loucos” dos grandes asilos, nos quais eram deixados juntamente com outros indivíduos considerados imorais (FOUCAULT, 1978). Foram libertados com o intuito de serem adequadamente cuidados em hospitais destinados a isso, já que a loucura passou a ser vista como doença. No entanto, o que era originalmente um ato libertário, terminou por originar os manicômios, local de expressão máxima, mas não único, do aparato manicomial – ou seja, conjunto de “gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças” (GIOVANELLA; AMARANTE, 2014, p.141; TENÓRIO, 2002).

A crescente conscientização quanto à função tutelar e disciplinadora que a Psiquiatria assumiu deu origem aos movimentos de reforma psiquiátrica. Desde então, busca-se desmistificar a loucura dos saberes construídos a partir de sua institucionalização e inventar novas formas de cuidado, que visem a reinserção social e não a exclusão (AMARANTE, 2009). No Brasil esse processo foi marcado pela aprovação da Lei 10.216 em 2001, que voga pela substituição progressiva dos manicômios por outras modalidades de atendimento, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e dificulta a internação psiquiátrica involuntária. Os CAPS consistem num serviço de assistência externa e não cronificante que visa a reinserção social de pessoas em sofrimento psíquico (TENÓRIO, 2002).

No entanto, vêm surgindo desafios relacionados às práticas dos profissionais de saúde nos serviços substitutivos de saúde mental, por exemplo, casos de excessiva medicalização e de cronificação de pessoas com transtornos mentais. Assim, percebe-se que acabar com os manicômios não é o suficiente para mudar as formas de cuidado objetificantes que se estabelecem com os usuários de tais serviços (GOULART, 2017). Considerando que o ensino tem um importante papel na construção das atitudes e práticas relacionadas a pessoas com transtornos mentais (LOBOSQUE, 2007; SANTOS et al., 2016), o foco deste trabalho será discutir como a forma de ensino de Medicina se articula aos atuais desafios enfrentados pela reforma psiquiátrica.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que o objetivo desta pesquisa é compreender um fenômeno complexo que envolve tanto aspectos sociais quanto individuais, foi utilizado como referencial teórico a Teoria da Subjetividade de González Rey. De acordo com este autor, “a subjetividade é um sistema complexo que tem dois espaços de constituição permanente e interrelacionada: o individual e o social, que se constituem de forma

recíproca e, ao mesmo tempo, cada um está constituído pelo outro” (GONZÁLEZ REY, 2012, p.141). Assim, essa categoria rompe com a tradicional dicotomia indivíduo-sociedade presente na Psicologia e possibilita o estudo de forma articulada de aspectos sociais e individuais, permitindo compreender processos subjetivos sociais presentes no espaço social de uma faculdade de medicina e de serviços de saúde através do diálogo com um indivíduo inserido nesses contextos.

A partir desse referencial teórico, a subjetividade é entendida como sistema simbólico-emocional, que tem como unidade básica os sentidos subjetivos. Uma organização mais estável de sentidos subjetivos é denominada de configuração subjetiva e compõe a personalidade do indivíduo, atuando também na produção de novos sentidos subjetivos (GONZÁLEZ REY, 2003).

A dimensão individual da subjetividade refere-se à organização subjetiva que integra as experiências da história de vida de um indivíduo. Não consiste numa formação intrapsíquica isolada da dimensão social, pois o indivíduo se constitui dentro de uma subjetividade social, ao mesmo tempo que atua como um momento de subjetivação diferenciado desta (GONZÁLEZ REY, 2003).

Já a subjetividade social, consiste num sistema integrador de configurações subjetivas que se expressam nos espaços sociais em que a pessoa está inserida, por exemplo, na universidade e em ambientes de trabalho (GONZÁLEZ REY, 2003). De acordo com González Rey (2015), a subjetividade social se expressa através de representações sociais, crenças, moral e sexualidade presentes nos processos de relação dos indivíduos de um determinado espaço social, o qual é atravessado por discursos, representações e configurações subjetivas de outros espaços. Essa categoria nos auxilia a compreender o tema abordado neste trabalho pois considera-se que “o sujeito que aprende expressa a subjetividade social dos diferentes espaços sociais em que vive no processo de aprender” (GONZÁLEZ REY, 2001, p.9).

Por fim, outra categoria relevante para a compreensão desta perspectiva teórica é o conceito de sujeito, o qual pode ser entendido como um indivíduo ou grupo social com capacidade de abrir um campo de subjetivação próprio, gerando alternativas aos processos subjetivos hegemônicos de suas configurações subjetivas individuais e da subjetividade social em que se encontra. Essa categoria permite pensar o papel do pesquisador como reflexivo, e não de aplicação de conceitos previamente concebidos. Sentidos subjetivos não correspondem linearmente às representações expressas pelo indivíduo; logo, é necessário fazer uso de um método de pesquisa que valorize o pesquisador como sujeito de pesquisa (GONZÁLEZ REY, 2015).

3 | MÉTODO

Visando ser reconhecida como ciência, a psicologia baseou-se de forma predominante durante sua história num modelo positivista. O positivismo foi um

movimento de pensamento dominante na Europa entre os séculos XIX e XX, que propõe a ciência como única forma de conhecimento válido. O modelo de ciência defendido pelos positivistas visa descobrir as leis gerais que regem os fenômenos através da observação de fatos e experimentação. Além disso, para produzir conhecimentos válidos, a ciência positivista deve ser o mais objetiva possível, ou seja, a subjetividade do pesquisador deve ser eliminada do processo científico. Para tanto, são usados instrumentos de pesquisa predominantemente quantitativos e análises estatísticas dos dados obtidos (SILVINO, 2007).

Esse modelo de ciência ainda influencia as pesquisas no âmbito da psicologia e das ciências sociais. No entanto, ele não permite compreender a complexidade e singularidade da subjetividade humana. Considerando isso, o método construtivo-interpretativo utilizado nesta pesquisa consiste numa crítica a esse modelo de ciência ainda predominante, e se fundamenta em três princípios da Epistemologia Qualitativa: (1) o conhecimento deriva de um processo construtivo-interpretativo; (2) a singularidade é uma dimensão legítima para a produção de conhecimento; (3) o diálogo é uma via privilegiada para a construção do conhecimento numa pesquisa. A Epistemologia Qualitativa consiste num esforço para buscar formas de construção do conhecimento mais adequadas ao estudo da subjetividade humana, que é marcada pela imprevisibilidade e plurideterminação de seus processos (GONZÁLEZ REY, 2015).

A construção do conhecimento refere-se a um processo de produção teórica ao longo da pesquisa, que não se desvincula do momento empírico, ou seja, é realizado de forma indissociada das experiências em campo e ao longo de todo o processo de pesquisa. Não há apreensão quanto à subjetividade do pesquisador pois considera-se que “a subjetividade não é o oposto do objetivo, é uma qualidade da objetividade nos sistemas humanos produzidos culturalmente”, logo, ela não pode ser eliminada (GONZÁLEZ REY, 2012, p. 125). Ao afirmar que o conhecimento possui um caráter construtivo-interpretativo, busca-se superar a ilusão de que o conhecimento representa uma correspondência linear com uma realidade supostamente objetiva (GONZÁLEZ REY, 2015).

A valorização do singular como fonte de conhecimento vai de encontro ao modelo tradicional de ciência, o qual privilegia dados estatísticos obtidos a partir de instrumentos padronizados como formas legítimas de conhecimento. No entanto, o uso de instrumentos padronizados não permite o estudo de como processos sociais mais amplos se organizam subjetivamente, e portanto singularmente, na experiência de vida dos sujeitos. No contexto desta pesquisa, a valorização do singular é relevante na medida em que permite compreender como os processos de ensino podem configurar-se subjetivamente, e quais as possíveis repercussões disso num contexto mais amplo de mudanças no modelo de saúde mental. Legitimar o singular como recurso válido de conhecimento significa também reconhecer a capacidade reflexiva do pesquisador, ao invés de reduzi-la à aplicação de instrumentos e à repetição de

saberes preestabelecidos (GONZÁLEZ REY, 2001, 2015).

Por fim, é através da comunicação livre entre pesquisador e participante que é possível conhecer os processos subjetivos do indivíduo. É necessário que exista uma relação equilibrada e de confiança para que o participante realmente se implique no processo de pesquisa e para que ocorra diálogo. Neste método espera-se que o participante se posicione como sujeito crítico, em contraposição ao lugar de objeto de saber que este ocupa no modelo mais tradicional de ciência (GONZÁLEZ REY, 2015; GOULART, 2017).

3.1 Participante

A participante desta pesquisa foi uma estudante de medicina do terceiro ano de uma escola de medicina pública do Distrito Federal. A construção do cenário social da pesquisa – processo que visa o envolvimento subjetivo do participante com a pesquisa e com o pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2015) – foi realizada nos meses precedentes ao início da pesquisa, através de conversas sobre as práticas de ensino na faculdade de medicina em questão e sobre as experiências da participante na área de Psiquiatria, visando engajá-la num diálogo sobre o tema. Após uma conversa sobre a pesquisa que viria a ser realizada e um convite para a sua participação, a estudante aceitou e foram estabelecidos encontros semanais ao longo de quatro meses. Aulas e outras atividades do contexto de ensino da participante foram acompanhadas.

3.2 Instrumentos

Sob a perspectiva do método construtivo-interpretativo, os instrumentos visam propiciar a livre expressão dos participantes e envolvê-los subjetivamente, facilitando a emergência de sentidos subjetivos. O objetivo é que o indivíduo se comunique de acordo com seu interesse em se expressar, desenvolvida ao longo do processo de pesquisa, e não em decorrência de uma exigência instrumental externa. Os instrumentos podem ser individuais ou grupais, escritos ou falados. Podem ser escolhidos de acordo com as necessidades do pesquisador e, principalmente, com as características singulares do participante da pesquisa. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram dinâmicas conversacionais – processo dialógico a entre pesquisador e participante que visa permitir que este se expresse de forma livre e aberta, diferentemente de uma entrevista semiestruturada – e a elaboração de uma redação, visando auxiliar na expressão de sentidos subjetivos que não foram expressos durante a conversação (GONZÁLEZ REY, 2015).

3.3 Construção da informação

Um erro considerado comum no uso deste método é a tendência de ater-se à descrição do que é intencionalmente declarado pelo participante. A subjetividade não é algo que surge explicitamente na expressão do indivíduo, e sim algo que é compreendido indiretamente através da construção interpretativa do pesquisador

(GONZÁLEZ REY, 2015).

No processo de construção da informação, procurou-se identificar trechos da fala da participante que expressassem processos subjetivos relativos ao fenômeno estudado. Com base nesses trechos foram formuladas hipóteses, visando compreender o que foi expresso pela participante. No método construtivo-interpretativo, tal processo de formulação de hipóteses é acompanhado pela produção de “indicadores”, os quais consistem em significados atribuídos pelo pesquisador, com base em trechos de informação selecionados, que, em sua complexa articulação, fundamentam a construção de hipóteses sobre o que é estudado (GONZÁLEZ REY, 2015).

O processo de construção foi realizado ao longo de toda a pesquisa, e com base nas hipóteses formuladas eram pensados temas que poderiam ser abordados em novos encontros com a participante, com o objetivo de melhor explorar e fundamentar o modelo teórico em desenvolvimento. Portanto, a pesquisa realizada com base no método construtivo-interpretativo consiste num processo de construção e articulação de informações derivadas de diferentes momentos com o participante da pesquisa. Assim, pode-se dizer que esta perspectiva rompe com a dicotomia entre teórico e empírico, já que este é considerado um momento de desenvolvimento e organização das ideias e hipóteses do pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2015).

4 | RESULTADOS

Amanda tem 24 anos e é estudante de medicina numa faculdade pública do Distrito Federal. É filha de pais separados e a mãe foi a principal figura responsável pela sua criação. Segundo a participante, sua mãe era uma pessoa autoritária e por vezes violenta. Relatou que quando tinha cerca de 18 anos sentia-se triste e desmotivada, e chegou a iniciar um acompanhamento com um psiquiatra, o qual durou alguns meses. Após cinco anos, ingressou na faculdade de medicina que desejava, e no primeiro ano do curso tentou suicídio. Depois disso engajou-se em atividades religiosas e relata que hoje em dia não se sente triste como antes.

Numa dinâmica conversacional, a participante relatou que quando era mais jovem gostava de música e considerava seguir uma carreira nessa área. Sua mãe reagiu muito negativamente a isso, chegando até mesmo a agredí-la verbal e fisicamente. Apesar disso, Amanda comentou que se não fosse por sua mãe, ela seria “uma bosta de pessoa”. Percebe-se aí o papel da intervenção autoritária da mãe na escolha de curso da participante e nota-se também que essa atitude autoritária parece ser entendida por ela como uma forma de cuidado necessária e não como uma agressão.

Outro acontecimento significativo na sua opção por medicina, foi quando Amanda passou mal devido a um problema de saúde e foi ajudada por uma de suas primas:

O que me fez me recuperar nessa época foi uma vez que eu passei muito mal. Eu tinha síndrome do ovário policístico e eu sentia muita dor. [...] Quando eu decidi ser médica foi num desses episódios. [...] Liguei pra a minha prima desesperada,

quase desmaiando. [...] Ela me tratou tão bem bem naquele dia, com tanta perfeição que eu peguei e olhei nela, assim, e falei: nossa, acho que um médico deveria ser assim. Cara, a forma que ela me fez sentir foi tão boa que eu quis fazer outra pessoa se sentir daquela forma. [...] E ela não me deu um remédio, alguma coisa assim, efetiva, de medicina, sabe? Mas o jeito que ela me tocou, cuidou de mim, fez toda a diferença. [...] E foi aí que eu tirei o foco de mim, da época em que, em depressão, só pensava em mim. E falei: 'pô, que tá aí, vou fazer isso. Eu vou tipo olhar pra outras pessoas aí eu esqueço da minha dor entendeu? Esqueço de quem eu sou e tal e foco nos outros'. E daí eu achei uma alternativa pra eu sair do buraco, entendeu?

Neste trecho a participante fala sobre o período difícil pelo qual estava passando e expressa como sua escolha por medicina parece estar associada também a uma sensibilidade com relação ao sofrimento dos outros. A participante parece valorizar o cuidado acolhedor que recebeu de sua prima, em oposição à representação de cuidado articulado ao controle que expressou ao falar sobre sua mãe. Foi nessa época em que iniciou um acompanhamento com um psiquiatra. Amanda comentou que não gostou do médico e que não aderiu ao tratamento medicamentoso, interrompendo o acompanhamento após alguns meses. No trecho a seguir a participante relata qual foi a falha da Psiquiatria na sua perspectiva:

Eu vou te falar qual foi a falha. A falha foi que ele me passou remédio, agora pergunta se eu tomava o remédio. [...] Acho que uma das dificuldades da psiquiatria é inclusive essa. Porque você não tem controle dos pacientes tá fazendo entendeu?

O primeiro aspecto que se destaca na fala de Amanda é a importância que ela atribui à medicação no tratamento psiquiátrico. Sua fala pode ser vista como um indicador de processos subjetivos relacionados ao modelo biomédico, pois para ela a falha na Psiquiatria consistiu no fato de que ela não tomou seus remédios, e não na relação estabelecida com o profissional de saúde, que parece ter sido experienciada de forma negativa pela participante. A participante expressa também uma representação de cuidado articulado ao controle, ao apontar indiretamente que a falha da Psiquiatria foi a falta de controle sobre ela. Essa representação de cuidado articulado ao controle pode estar associada à forma que ela configurou subjetivamente a atitude controladora e autoritária de sua mãe e também às suas experiências no contexto de ensino de medicina, como discutido adiante.

Tais processos subjetivos relacionados ao modelo biomédico parecem estar articulados à representação de cuidado baseado no controle do outro, o que condiz com os princípios de previsibilidade e controle que caracterizam o estatuto de ciência positivista dominante no modelo biomédico. Em contraste com isso, Amanda expressou em outros momentos uma maior valorização de uma relação acolhedora como forma de cuidado, como expresso no trecho anterior em que fala sobre sua prima. Assim, pode-se supor que tais processos subjetivos do modelo biomédico – marcados pela ênfase na abordagem medicamentosa – e de um cuidado controlador estão possivelmente mais relacionados a uma subjetividade social do ensino de medicina, do que a algumas das vivências da participante.

Comentando sobre seu tratamento no âmbito da psiquiatria, surgiu o seguinte trecho:

Às vezes o jeito que você fala com a pessoa, ela adere mais ao tratamento do que se você tipo cagar e andar, entendeu? Tipo, deixar só ele entendeu? E na época eu não aderi não. Daí eu decidi fazer Medicina.

Esse trecho pode ser visto como um indicador de que a relação com o outro é representada como um instrumento de controle que visa principalmente a adesão ao tratamento medicamentoso, e não como uma forma de cuidado em si. Este indicador reforça a hipótese previamente construída relativa à articulação entre processos subjetivos do modelo biomédico e do cuidado controlador. No trecho de fala a seguir, que ocorreu durante uma discussão de caso clínico em sua faculdade, a participante também parece expressar essa associação:

Professora: Eu acho que essa médica induziu a paciente a aceitar o tratamento que ela (a médica) queria.

Amanda: Mas não é isso que a gente tem que fazer?

Estes trechos de informação podem ser entendidos como indicadores de que processos subjetivos sociais relacionados ao modelo biomédico e, conseqüentemente, a um cuidado policiador que parece tornar-se cada vez mais significativo na produção subjetiva individual da participante conforme ela avança no curso de Medicina. Numa redação que escreveu sobre suas experiências em psiquiatria, Amanda comparou o atendimento que acompanhou num ambulatório de saúde mental e num CAPS AD:

Uma das experiências foi no CAPS AD. Como eu odiei aquele lugar. Só conseguia pensar que o povo que frequentava ali além de doido ainda era drogado. [...] Na presença deles eu sentia incômodo, sentia medo, eram tipo bichos presos na coleira e eu olhando pra coleira com medo de ela soltar. Acompanhei o atendimento ambulatorial em psiquiatria no hospital e lá era outro nível [...]. Os pacientes também, todos controlados, tudo tão tranquilo e tão sereno.

Durante uma conversa em que foi abordado esse tema, Amanda fez também o seguinte comentário: “Eu gostei (do hospital) porque eu vi recuperação. No CAPS eu não vi, vi só pessoas que tavam decadentes e que tavam só dali pra pior, mesmo com medicamento, com qualquer coisa”. A participante parece expressar uma associação entre falta de controle e o serviço do CAPS AD, a qual provavelmente se deve mais à representação negativa que ela tem de pessoas que fazem uso de drogas, do que à forma de abordagem ao usuário por parte dos profissionais de saúde desse serviço, a qual teoricamente deveria ser diferenciada; no entanto, pode também assumir um caráter disciplinador, indo de encontro àquilo que é esperado desse tipo de serviço. Numa dinâmica conversacional, a participante relatou que o que lhe chamou a atenção quanto à atuação dos profissionais no CAPS AD foi a desconfiança com relação ao uso dos medicamentos por parte dos usuários, e as tentativas de averiguar se estes estavam de fato fazendo o uso recomendado. De maneira afinada às construções anteriores, isso pode ser visto como indicador de uma forma de subjetividade social

em serviços de saúde mental que se baseia num cuidado policiador, cujo enfoque é o uso de medicamentos, condizente com os princípios do modelo biomédico.

Para Amanda, portanto, o controle parece fazer parte essencial do cuidado. Tal relação é expressa em diferentes trechos de expressão, o que sustenta a hipótese de uma configuração subjetiva do cuidado articulado ao controle. No caso de Amanda, essa configuração subjetiva é integrada por sentidos subjetivos relacionados inicialmente às suas experiências como filha e paciente. Esse processo de produção subjetiva vem se articulando de diferentes formas às suas experiências como estudante no campo de saúde mental. Pode-se dizer que a subjetividade social do ensino de medicina provavelmente tenha favorecido a produção subjetiva relacionada a essa forma de cuidado em associação a processos subjetivos relativos ao modelo biomédico, em detrimento da produção de sentidos subjetivos relacionados à construção de um vínculo que favoreça a condição de sujeito do outro.

Essa abordagem centrada no uso de medicamentos e em formas de relação disciplinadoras embasa uma lógica manicomial ainda presente nos serviços substitutivos de saúde mental, os quais teoricamente deveriam visar desconstruir o aparato manicomial e questionar o lugar da loucura na sociedade (GOULART, 2017).

Em um dos encontros, a participante comentou sobre como se sente ao conversar com os usuários dos diferentes serviços que frequenta no curso de medicina. Em sua faculdade, as entrevistas realizadas com tais pessoas devem ser escritas e entregues aos professores como uma forma de avaliação. Segundo Amanda, por ser uma estudante, ela não acredita ser capaz de prover algum tipo de ajuda aos usuários dos serviços que frequenta. Por isso, ao entrevistá-los, concentra-se na tarefa de colher as informações necessárias para receber uma boa nota, e não em acolhê-los. Isso pode ser visto como um indicador de que a participante associa a ajuda do profissional de saúde estritamente aos seus conhecimentos técnicos, e não ao tipo de relação que é construída com o usuário. Por supostamente não possuir ainda tais conhecimentos técnicos, já que é uma estudante, Amanda não se sente capaz de oferecer qualquer suporte a essas pessoas, colocando-se numa posição de passividade perante o saber-poder do médico.

Além disso, sua fala pode ser vista como um indicador de uma forma de objetificação do outro, o que é de certa forma estimulado pela forma de ensino de medicina, ao cobrar dos alunos maior atenção à doença do que ao indivíduo e por desmerecer o potencial terapêutico das relações interpessoais (AMARANTE, 2009). Assim, a subjetividade social do ensino de medicina não parece abrir espaço para a produção subjetiva relacionada a uma relação acolhedora e à sensibilidade com relação ao sofrimento do outro.

No trecho a seguir, Amanda comenta o caso de uma pessoa que se negou a participar da entrevista com os alunos:

Teve uma mulher que mandou a gente parar uma vez (a entrevista). Falou que não queria responder. Aí o doutor mandou a gente ficar lá. Cara, a mulher já falou que

não quer, você quer que a gente faça o quê? Ele falou 'se pelo menos ela estivesse num hospital particular, mas não, ela tá num hospital escola, hospital público, não tem que querer, tem que colaborar'. Deu vontade de falar que ela já colaborou pra 500 pessoas. Não vai ser eu que vou resolver o problema da mulher. [...] Eu me senti desagradável em ter que forçar a barra, eu não gosto de fazer isso.

Este trecho pode ser entendido novamente como um indicador de uma forma de objetificação do outro, principalmente se este não tiver poder aquisitivo para se opor ao poder técnico do médico, e expõe uma forma de relação pautada numa diferença hierárquica entre médico e paciente, e entre professor e aluno. Além disso, este trecho pode ser visto como indicador de produção de sentidos subjetivos relacionados à valorização sensível do outro como ser humano. Tal valorização, no entanto, acabou por não se desdobrar em ações diferenciadas na relação estabelecida com a usuária.

No trecho a seguir Amanda fala sobre um episódio que ocorreu com seu professor de Psiquiatria e aborda novamente o tema da forma de relação hierárquica que é estabelecida com os usuários de saúde:

O doutor já levou um soco na cara de um paciente. Ele e um outro doutor tavam contando pra a gente. Ele falou assim, que tipo, ele tinha muito contato com esse paciente. Tipo, paciente psiquiátrico é paciente psiquiátrico. Então você tem que tomar sempre certos cuidados entendeu? Em relação ao cabelo, ele falou 'vocês que são mulheres, não deixar o cabelo solto, exposto'. Ele mandava sempre que a gente ia lá (enfermaria do hospital), não ficar de costas. Que várias coisas podem se tornar uma arma. Você não pode deixar lápis de cor, alguma coisa pontuda, que pode virar alvo de ameaça de alguma coisa. E ele falou que esse paciente era muito brother dele, e um dia o doutor negou alguma coisa que ele não poderia dar pro paciente. Ele ficou indignado e foi e deu um soco nele. [...] Mas ele falou que entendeu, que o paciente tava já exaltado. E ele que não manteve um limite de distância. Ele disse assim, que reconhece que o erro foi dele porque dava muita liberdade pra esse paciente, era como se fosse o amiguinho dele. É importante ter essa margem assim entre, ter empatia e compaixão mas você não é o amiguinho dele. Tem que ter um grau de hierarquia. Se a pessoa confunde os graus de hierarquia, aí ela te desrespeita.

Associar o excesso de “liberdade” à agressão cometida pelo indivíduo institucionalizado pressupõe a ideia de que, para prevenir tal situação, é necessário isolá-lo do convívio com outras pessoas. Essa noção é uma das bases que sustentam o aparato manicomial e o papel de tutela que é delegado ao psiquiatra (ROTELLI, 2014).

O trecho acima reforça o indicador do desmerecimento de uma relação acolhedora entre o profissional e o usuário do serviço. A hierarquia e o distanciamento entre o profissional e o paciente parecem ser entendidos como uma forma de proteção do médico de possíveis questionamentos ou afrontas por parte do outro. Neste trecho a relação com o usuário de saúde também parece ser representada como um instrumento de controle que visa a adesão ao tratamento, como expresso anteriormente pela participante. Porém, no contexto da instituição manicomial esse cuidado controlador é um pouco menos sutil e mais pautado na autoridade do médico. Enquanto que, em outro trecho Amanda aparenta representar a relação como um instrumento para *induzir* o outro a aceitar o tratamento preconizado; neste trecho, essa relação – caracterizada

por uma maior desigualdade entre profissional e paciente – é uma forma de *impor* o tratamento.

No trecho a seguir a participante comenta sobre sua experiência num CAPS e expressa novamente uma representação de transtorno mental associado à periculosidade: “Se eu fosse médico de lá eu virava minha cadeira pra porta. Eles colocaram a gente do outro lado lá. Aí eu falei vou ficar em pé bem do ladinho da porta, se der ruim sou a primeira a vazar”.

Sua representação negativa acerca de pessoas com transtornos mentais e de usuários de drogas parece dificultar a formação de um vínculo com os usuários do serviço que acompanhou. Portanto, a negligência da construção de uma relação acolhedora com tais indivíduos parece se amparar não apenas numa lógica de controle e de medicalização, mas também em representações preconceituosas da doença mental. No trecho a seguir a participante expressa seu posicionamento acerca da instituição manicomial:

É o que eu falo da questão da ociosidade. Isso não vai ajudar. Eles vão ficar num canto ali, longe da sociedade pra não fazer mal às outras pessoas nem a si mesmos. Mas se tivesse de repente um teatro que eles fizessem, uma pintura, música, eles se desenvolveriam de outras formas.

Neste trecho Amanda associa explicitamente a loucura à periculosidade e defende a exclusão de pessoas com transtornos mentais, visando a prevenção da violência. Defende ao mesmo tempo a humanização do manicômio, com a promoção de atividades diferenciadas para os internos. Nota-se então que Amanda aderiu ao discurso da humanização do manicômio, ainda muito presente no âmbito da Medicina. Tal discurso aparenta estar associado a sentimentos de compaixão e empatia; porém, parece ser sustentado principalmente pelo mito da periculosidade e pela relação hierárquica e controladora entre o profissional de saúde e o indivíduo com transtorno mental.

Num outro momento da dinâmica conversacional, Amanda expressou uma representação mecanicista de sofrimento psíquico, ao desmerecer o próprio sofrimento por não ver nenhuma causa pontual e verificável que o justificasse. Assim, ela desvaloriza não apenas o seu sofrimento mas o de muitas outras pessoas, o que repercute no tipo de relação que é construída com aqueles em sofrimento psíquico, pois não é possível acolher o sofrimento do outro sem reconhecê-lo como tal.

Considerando que comentários jocosos e com tom de menosprezo com relação a pessoas, principalmente mulheres, em sofrimento psíquico são relativamente comuns em seu contexto de ensino, pode-se dizer que tais processos subjetivos relacionados a uma representação mecanicista do sofrimento psíquico constituem parte da subjetividade social do ensino de medicina.

5 | CONCLUSÃO

As Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina, revisadas em 2014, preconizam o ensino de formas de cuidado pautadas na compreensão da pessoa em sua totalidade – considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais – e que viabilizem a atuação do futuro profissional em diferentes níveis de atenção à saúde (SOUZA, 2016). No entanto, a construção da informação realizada a partir da expressão da participante aponta para a hipótese de que o ensino na faculdade em questão ainda se baseia principalmente em princípios do modelo biomédico. Além disso, parece haver uma certa indiferença no curso da participante quanto ao ensino das críticas realizadas pelos movimentos da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Isso parece se expressar através de processos subjetivos associados ao preconceito com relação a pessoas com transtornos mentais e a um cuidado controlador.

Pode-se dizer que os processos subjetivos expressos pela participante – relativos ao controle, intolerância, ênfase no tratamento medicamentoso, bem como objetificação do outro – circulam também nos serviços de saúde. Possivelmente as configurações subjetivas e discursos de tais espaços se sustentam e se retroalimentam, dificultando as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica. Portanto, transformações nas formas de ensino de medicina também parecem ser necessárias para a desconstrução do aparato manicomial e implementação das mudanças defendidas pela reforma psiquiátrica nos serviços de saúde mental. No entanto são necessárias mudanças que vão além da formalidade de novas diretrizes de ensino e novos serviços de saúde; já que mudanças apenas no âmbito das normas e regras de funcionamento das instituições não parecem ser o suficiente para superar a lógica manicomial ainda existente (GOULART, 2017). Propõe-se então pensar em estratégias pedagógicas que permitam mudanças na subjetividade social do ensino de medicina, visando formar profissionais mais coerentes com as demandas de atuação no âmbito da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009. p. 01-07.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. Em P. Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 113-148.

GONZÁLEZ REY, F. L. A pesquisa e o tema da subjetividade em educação. **Psicologia da Educação**, n. 13, 2001. p. 09-15.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e Subjetividade**. São Paulo: Thomson, 2003.

GONZÁLEZ REY, L. F. **O Social na Psicologia e a Psicologia Social: A Emergência do Sujeito**.

Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

GONZÁLEZ REY, L. F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

GOULART, D. M. **Educação, Saúde Mental e Desenvolvimento Subjetivo**: da patologização da vida à ética do sujeito. 2017. 254f. Dissertação (Doutorado em Educação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

LOBOSQUE, A. M. Um desafio à formação: nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. Em A. M. Lobosque (Org.). **Caderno de Saúde Mental – A Reforma Psiquiátrica que Queremos**: Por uma Clínica Antimanicomial. Belo Horizonte: ESP-MG, 2007. p. 33-44.

ROTELLI, F. Superando o Manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. Em P. Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 149-170.

SANTOS, J. et al. Processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de enfermagem e medicina. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, p. 85-92, 2016. Edição Especial.

SILVINO, A. M. D. Epistemologia positivista: qual a sua influência hoje? **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, 2007. p. 276 - 289.

SOUZA, T. **Revisão integrativa sobre formação de recursos humanos para o SUS**: o caso dos cursos de Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, 2009 a 2015. 2016. 64f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Faculdade de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2016.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n. 1, 2002. p. 25 - 59.

PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES SOBRE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA NUM CONTEXTO EDUCACIONAL

Melkyjanny Brasil Mendes Silva

Graduada em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Charlyan de Sousa Lima

Doutorando em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Lajeado - RS.

Lucas Gabriel Pereira Viana

Graduando em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Dávila Joyce Cunha Silva

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Valquiria Gomes Carneiro

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Jose Ribamar Gomes Aguiar Junior

Graduando em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Jéssica Maria Linhares Chagas

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Rosalina da Silva Nascimento

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Franciane Silva Lima

Mestra em Ensino de Ciências e Matemática, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA.

Francilene Cardoso Almeida

Graduanda em Ciências Biológicas, Universidade Federal do Maranhão, Chapadinha – MA.

Bruna dos Santos Carvalho Vieira

Especialista em Gestão Interdisciplinar do Meio Ambiente e Educação Ambiental, Instituto de Ensino Superior Franciscano – IESF, Chapadinha – MA.

RESUMO: A prevenção e eliminação do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor dos vírus da dengue, zika e chikungunya, depende de diversas estratégias, entre elas, a mobilização da comunidade escolar por meio de atividades voltadas para a educação ambiental e saúde. Objetivou-se conhecer a percepção de adolescentes sobre as doenças “dengue, zika e chikungunya”, considerando o contexto de consolidação da formação educacional. Este trabalho foi realizado em uma escola pública estadual com 29 adolescentes de 16 a 20 anos, em uma turma de 3º ano de ensino médio, em Chapadinha, Maranhão. Foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, que versam sobre dengue, zika e chikungunya. A análise das respostas dos questionários foi realizada com auxílio dos softwares: IRAMUTEQ para as questões abertas, e Excel® para as fechadas. Observou-se que alguns adolescentes possuem conhecimento sistemático sobre o mosquito *Aedes aegypti* e as doenças que o mesmo pode transmitir. Discorreram sobre os principais sintomas de

dengue, zika e chikungunya. Enfatizaram os lemas: “água parada”, “pneu” e “lixo” como possíveis criadouros do mosquito. Sobre o contágio, 79% dos adolescente afirmaram que a dengue não é contagiosa, e 97% dizem que o uso de repelentes é eficaz na prevenção à picada do mosquito. Embora os adolescentes manifestarem percepção coerente quanto as patologias, “dengue, zika e chikungunya”, ainda é necessário tornar esse conhecimento consolidado por meio de práticas educativas, que visem sensibilizar a comunidade escolar, de seu papel social, quanto a eliminação dos principais focos do mosquito *Aedes aegypti*.

PALAVRAS-CHAVES: *Aedes aegypti*. Educação. Saúde

ABSTRACT: The prevention and elimination of the *Aedes aegypti* mosquito, which transmits the dengue virus, zika and chikungunya, depends on several strategies, among them the mobilization of the school community through activities focused on environmental education and health. The objective was to know the perception of adolescents about the diseases “dengue, zika and chikungunya”, considering the context of consolidation of the educational formation. This study was carried out in a state public school with 29 adolescents between the ages of 16 and 20, in a class of the third year of high school, in Chapadinha, Maranhão. A questionnaire was applied with open and closed questions, dealing with dengue, zika and chikungunya. The analysis of the answers of the questionnaires was carried out with the help of the software: IRAMUTEQ for the open questions, and Excel @ for the closed ones. It was observed that some adolescents have systematic knowledge about the mosquito *Aedes aegypti* and the diseases that it can transmit. They discussed the main symptoms of dengue, zika and chikungunya. They emphasized the mottos: “still water”, “tire” and “trash” as possible breeding grounds for the mosquito. About the contagion, 79% of adolescents said that dengue is not contagious, and 97% say that the use of repellents is effective in preventing mosquito bites. Although adolescents express a consistent perception of pathologies, “dengue, zika and chikungunya”, it is still necessary to make this knowledge consolidated by means of educational practices aimed at sensitizing the school community, its social role, and eliminating the main mosquito *Aedes aegypti*.

KEYWORDS: *Aedes aegypti*. Education. Cheers

1 | INTRODUÇÃO

O mosquito *Aedes aegypti* principal transmissor das arboviroses, Dengue, Zika e Chikungunya, dentre essas, a mais popularmente conhecida é a dengue, visto que outros vírus como da Chikungunya e a Zika tem sido notificados alguns casos relativamente recentes. Segundo Vasconcelos (2015), possivelmente o vírus teve ocorrência no Brasil na Copa do Mundo em 2014. Uma possível causa para a disseminação dessas novas doenças no Brasil é a grande movimentação de turistas vindos de outros países (VASCONCELOS, 2015).

O mosquito transmissor dessas doenças é preferencialmente de regiões

subtropicais e tropicais, por apresentar condições ideais de temperatura para sua reprodução e proliferação, e o Brasil se enquadra neste contexto, não somente esse fator deve ser ressaltado, mas também o grande aumento desordenado da população mundial, além da pouca cobertura vegetal, ocupação de espaços inapropriados, aumento da produção de lixo, muitas vezes jogados a céu aberto, sem nenhum tratamento, apresentando assim condições ideais para a manifestação do mosquito *Aedes aegypti* (REBÊLO et al., 1999; FIOCRUZ, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019) o período de maior acontecimento para a proliferação do mosquito *Aedes aegypti* é no período chuvoso, conseqüentemente o número de casos de pessoas infectadas pelo vírus aumenta.

Nos últimos anos, pode-se observar a crescente ocorrência de doenças transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, principalmente em decorrência da elevada temperatura proporcionando um ideal criadouro, e a não conscientização da sociedade quanto aos riscos por faltas das medidas preventivas sancionadas pelo Ministério da Saúde podem trazer problemas de saúde a população, por isso é imprescindível a prevenção por meio da sensibilização populacional, visando não oportunizar criadouros para o desenvolvimento de lavas do mosquitos.

Deste modo, programas são repassados a sociedade como afirma o Ministério da Saúde (2019) que adverte a população a seguir algumas medidas preventivas, para o combate ao *Aedes aegypti*.

Contudo, é preciso também envolver outros setores da administração do município, como a educação, de forma a introduzir assiduamente um tema de tamanha relevância a sociedade, além de torná-los preceptores do conhecimento, o envolvendo com o âmbito social, além do educacional, tornando-os mais conscientes a prevenção ao *Aedes aegypti*, como afirma Castro (2016) enquanto Ministro da Saúde reforçando a eficácia para a prevenção e o combate do vetor. Sendo de extrema importância que os estudantes e seus familiares juntamente dedicar-se alguns minutos por semana para a eliminação de focos do *Aedes aegypti*. Mobilização esta de fundamental seriedade para o enfrentamento ao combate do vetor de forma permanente.

Por isso esse trabalho teve como objetivo conhecer a percepção de adolescentes sobre as doenças “dengue, zika e chikungunya”, considerando o contexto de consolidação da formação educacional.

2 | METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado em uma escola pública estadual com 29 adolescentes de 16 a 20 anos, em uma turma de 3º ano de ensino médio, em Chapadinha, Maranhão. Foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, que versam sobre: dengue, zika e chikungunya. A análise das respostas dos questionários foi realizada

com auxílio dos softwares: IRAMUTEQ para as questões abertas, e Excel@ para as questões fechadas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando questionados se a dengue é uma doença contagiosa, 79% responderam que não, evidencia-se então, que os alunos possuem conhecimento sobre as formas de transmissão da doença.

Outro ponto levantado diz respeito ao uso de repelentes na prevenção das arboviroses, onde 97% dos alunos afirmaram que o uso de repelentes é eficiente na prevenção contra a picada do mosquito *Aedes Aegypti*, isso pode estar relacionado a distribuição de repelentes pelo Ministério da Saúde, comprovando a sua eficácia no combate do mosquito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018a).

Em relação aos sintomas das doenças 79% dos alunos afirmaram que os sintomas das arboviroses podem manifestar-se ao mesmo tempo em uma única pessoa, demonstrando que os alunos distinguem que o vetor pode transmitir os vários tipos de vírus.

Sobre a prevenção do vírus 86% dos entrevistados afirmam que existe sim vacinas contra a prevenção de doenças causadas pelo *Aedes Aegypti*, no entanto, ainda não existe de fato vacinas para as arboviroses, como a Zika e Chikungunya, por serem relativamente recentes, contudo pesquisas estão sendo direcionadas para produção de novas vacinas. E em relação vacina de prevenção a dengue já é existente, portanto observa-se a falta de conhecimento quanto a prevenção da Zika e Chikungunya, também transmitidas pelo mosquito (DONALISIO et al., 2017).

Outra vertente relacionada não somente aos tipos de prevenção, mas também ao conhecimento do vetor, diz respeito ao desenvolvimento, ao modo de transmissão, 58,6% dos alunos demonstraram conhecimento sobre o mosquito e as condições ideais para sua proliferação, isso se explica pelo fato das larvas dessas arboviroses não se desenvolverem no solo e em baixas temperaturas, além da espécie do vetor diferir-se.

Grande parte dos estudantes, cerca de 93,1%, demonstraram saber sobre as formas de prevenção para não proliferação do mosquito, como a remoção de recipientes com água parada evitando o desenvolvimento do mosquito, isso pode estar relacionado ao combate as epidemias que os órgãos públicos realizam anualmente por meio de programas socioambientais com o auxílio do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em relação aos tipos de transmissões de vírus 48,3% responderam corretamente acerca da transmissão de doenças, não somente doenças transmitidas pelo vetor *Aedes Aegypti*, mas como H1N1 que diferente dos arbovírus tratados, que pode-se adquirir por meio de secreções.

Ainda relacionada ao vetor *Aedes Aegypti*, sobre quais tipos de vírus o vetor não poderia transmitir, 82,8% dos alunos acertaram, sabendo que além das arboviroses supracitadas ele também pode transmitir a febre amarela (VASCONCELOS, 2015), entretanto a malária não é ocasionada pelo mesmo vetor.

Referente a contaminação apenas 34,6% responderam corretamente, no entanto a maior porcentagem com 53,8% respondeu de forma incorreta, demonstrando a falta de conhecimento do mosquito transmissor do vírus, que possui sua especificidade, pois a transmissão do vírus trata-se de uma fêmea da espécie *Aedes Aegypti*.

Quanto ao desenvolvimento, e fases do ciclo de vida do mosquito os alunos demonstraram não estarem familiarizados acerca do assunto com 58,6% de alternativas erradas, apenas 13,8% souberam responder corretamente, uma porcentagem relativamente elevada, pois pode-se obter estratégias de erradicação de focos dos mosquitos.

Com o resultado de 79,9% os alunos souberam responder quanto ao modo de transmissão de uma pessoa para outra, através do próprio mosquito, no entanto essa pessoa precisaria está infectada com o vírus (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018b).

Além disso, os estudantes ao redigirem o texto ao qual foi proposto, se atentaram mais a questão dos sintomas e criadouros dos focos de *Aedes aegypti*, citando a água parada em pneus, febre e dores no corpo, como principais sintomas e locais de possíveis criadouros do mosquito.

Outro ponto que foi bastante citado pelos alunos, diz respeito a identificação morfológica do mosquito da dengue, onde eles apontaram como características do vetor listras brancas (BRASIL, 2005), outro fator que causa dúvida nos entrevistados quanto a identificação do vetor é a semelhança morfológica com os pernilongos, isso remete que esse tema deve ser abordado com mais ênfase nas escolas, visto que essas arboviroses são estudadas de maneira superficial no atual contexto escolar. Em relação ao tratamento o mais eficaz na opinião dos estudantes é a procura pelo médico aos primeiros sintomas da doença.

Tanto nos testes utilizados pelo software IRAMUTEC, como a similitude e nuvem de palavras (Figura 1 e 2), apresentaram resultados semelhantes no que diz respeito aos sintomas, tratamentos e criadouros.

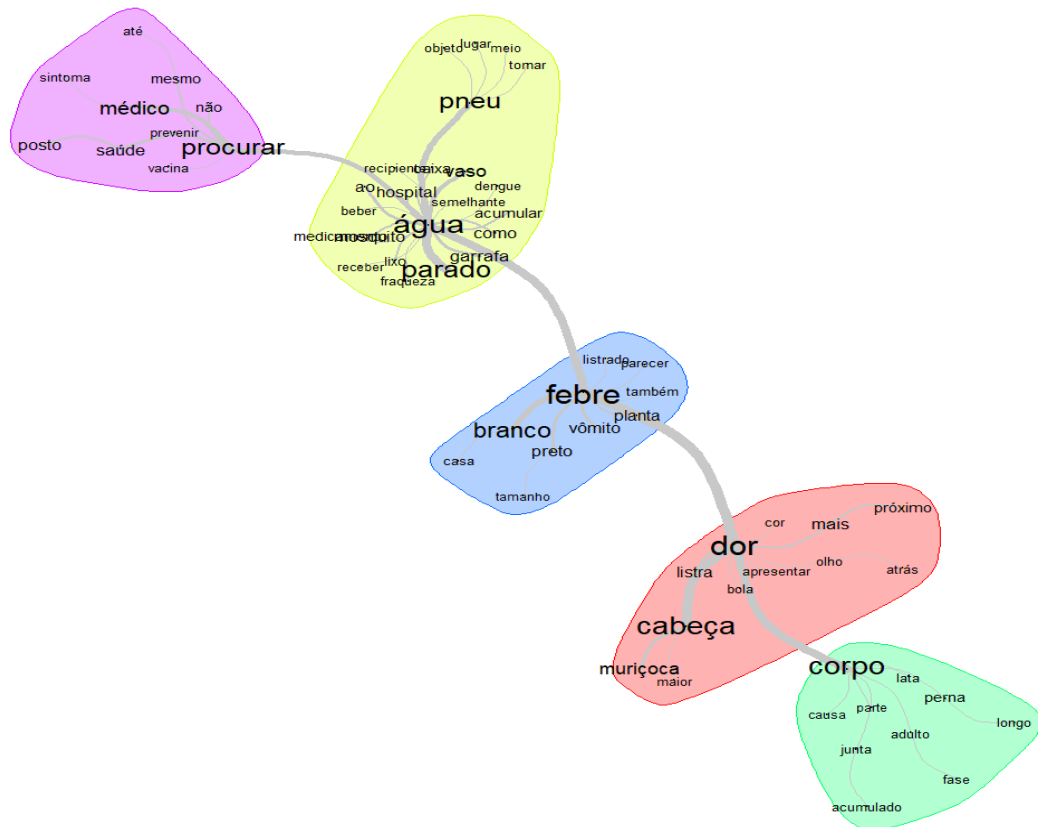


Figura 1. Análise das respostas dos adolescentes com auxílio dos software IRAMUTEQ sobre dengue, zika e chikungunya.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

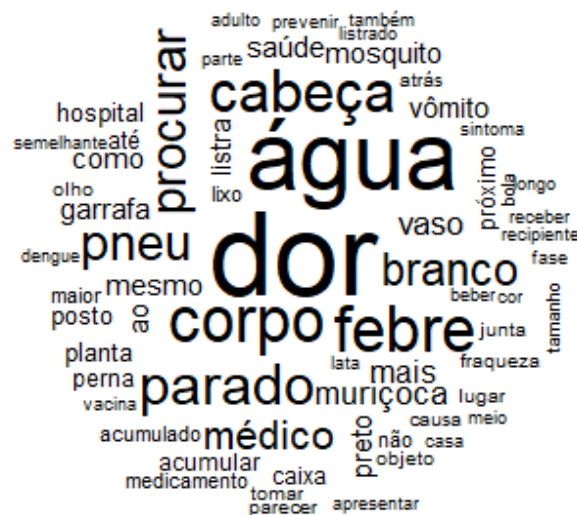


Figura 2. Nuvem de Palavras das respostas dos adolescentes com auxílio dos software IRAMUTEQ sobre dengue, zika e chikungunya.

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Observou-se que alguns adolescentes possuem conhecimento sistemático sobre o mosquito *Aedes aegypti* e as doenças que o mesmo pode transmitir. Discorreram sobre os principais sintomas de dengue, zika e chikungunya. Enfatizaram os lemas: “água parada”, “pneu” e “lixo” como possíveis criadouros do mosquito.

Sobre o contágio, 79% dos adolescente afirmaram que a dengue não é contagiosa, e 97% dizem que o uso de repelentes é eficaz na prevenção à picada do mosquito.

4 | CONCLUSÃO

Embora os adolescentes manifestarem percepção coerente quanto as patologias: dengue, zika e chikungunya, ainda é necessário tornar esse conhecimento consolidado por meio de práticas educativas, que visem sensibilizar a comunidade escolar, de seu papel social, quanto a eliminação dos principais focos do mosquito *Aedes aegypti*.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e combate: Dengue, Chikungunya e Zika**. Disponível em: <http://www.combateaedes.saude.gov.br/pt/prevenção-e-combate#>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: Diagnóstico e Manejo Clínico**. 2. ed. Brasília: Diretoria Técnica de Gestão, 2005. 27 p.

DONALISIO, M. R.; FREITAS, A. R. R.; VON ZUBEN, A. P. B. Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clínica e implicações para a saúde pública. **Rev Saude Publica**. 2017;51:30.

IOC/FIOCRUZ. **Dengue e vírus e vetor**. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>. Acesso em: 20 de março de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Combate ao *Aedes aegypti*: prevenção e controle da Dengue, Chikungunya e Zika. **Ministério da Saúde**, 2019 Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/combate-ao-aedes#combate>. Acesso em: Acesso em 17 mar de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Dengue: causas, sintomas, tratamento e prevenção **Ministério da Saúde**, 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue> Acesso em: Acesso em 20 mar de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde amplia público-alvo para utilização de repelentes. **Ministério da Saúde**, 2018b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42607-saude-amplia-publico-alvo-para-utilizacao-de-repelentes>. Acesso em: Acesso em 20 mar de 2019

PORTAL BRASIL. **Saúde na Escola mobiliza 18 milhões de alunos contra o Aedes**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saúde/2016/03/saúde-na-escola-mobiliza-18milhões-no-combate-ao-aedes>>. Acesso em: 20 de março de 2019.

REBÊLO, J. M. M, et al. Distribuição de *Aedes aegypti* e do dengue no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.477-486, jul/set,1999.

VASCONCELOS, PFC. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 6, n. 2, p. 9-10, 2015.

PESQUISA E INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Márcia Pinheiro Schaefer

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Programa de Pós-Graduação em Psicologia
São Leopoldo – RS

Tagma Marina Schneider Donelli

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Programa de Pós-Graduação em Psicologia
São Leopoldo - RS

Angela Helena Marin

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Programa de Pós-Graduação em Psicologia
São Leopoldo - RS

RESUMO: Este trabalho baseou-se em uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, que objetivou descrever uma intervenção psicoterápica realizada em UTIN, com duplas mãe-bebê prematuro durante a internação, compreendendo sua repercussão na capacidade de mentalização materna e na interação mãe-bebê. Obtiveram-se os dados através da Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos, Entrevista de História de Vida da Mãe, Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê, Entrevista de História da Internação e do registro das intervenções, que foram analisados qualitativamente através de quatro eixos

temáticos: a) *O ambiente das intervenções*; b) *O período inicial, de observação e interação mãe-bebê*; c) *O período final, de comunicação entre mãe e pesquisadora*; e d) *Percepções maternas sobre a intervenção*. Os resultados apontam que a intervenção gerou mudanças na capacidade de mentalização materna, repercutindo na interação mãe-bebê, sendo viável sua aplicação em UTIN. Reflete-se sobre vantagens, limitações metodológicas e desafios encontrados pela pesquisadora durante sua realização.

PALAVRAS-CHAVE: Intervenção; prematuridade; mentalização; interação mãe-bebê; método clínico-qualitativo

ABSTRACT: This study was based on a descriptive and exploratory qualitative research that aimed to describe a psychotherapeutic intervention performed at a NICU with premature mother-infant pairs during hospitalization, including its impacts on the maternal mentalizing capacity and mother-infant interaction. The data were obtained through the Socio-Demographic and Clinical data Sheet, History of Mother Life Interview, Free Interaction Mother-Baby Film, Hospitalization History Interview and record of the interventions that were analyzed qualitatively through four themes: a) *the environment of interventions*; b) *the initial period of observation and mother-infant interaction*; c) *the final period,*

communication between mother and researcher; and d) maternal perceptions of the intervention. The results showed that the intervention provided changes in maternal mentalizing capacity, affecting the mother-baby interaction, being feasible its application in NICU. It reflects on the advantages, methodological limitations and challenges encountered by the researcher during their realization.

KEYWORDS: Intervention; prematurity; mentalizing; mother-infant interaction; clinical-qualitative method.

1 | INTRODUÇÃO

O surgimento de modernas unidades de tratamento geradas pela evolução tecnológica da Neonatologia, observada após os anos 70, vem propiciando a diminuição dos índices de mortalidade de bebês prematuros. (PINTO et al., 2009; SILVA et al., 2011). Porém, esta nova realidade tem dificultado aos pais um contato afetivo inicial com seu bebê por perceberem a Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) como um ambiente assustador, pouco acolhedor e repleto de aparelhos: tais emoções fazem os pais se sentirem excluídos e incapazes de cuidar da criança, delegando ao corpo clínico a produção de saber e poder. (COSTA; PADILHA, 2011).

Em estudo que analisou a instituição do saber em relação à presença da família na UTIN, viu-se que os pais, nesta realidade adversa, têm dificuldades em comunicar-se com a equipe técnica; esta é resistente quanto à presença de familiares na unidade e estabelece uma relação de disputa por espaço, poder sobre o corpo da criança e hegemonia médica (COSTA; PADILHA, 2011), ainda que o Ministério da Saúde brasileiro (2011) preconize em suas políticas de humanização, a necessidade do envolvimento materno nos cuidados com o bebê e a participação da família ampliada como apoio dos mesmos (pais e bebê) durante a internação. Uma inserção maior dos pais nos cuidados de sua criança passa, necessariamente, pela democratização destas relações e pelo fortalecimento da capacidade dos mesmos para analisarem, avaliarem e atuarem junto aos detentores das suas condições de vida e saúde. (COSTA; PADILHA, 2011; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

Por outro lado, é neste contexto que se criará uma interação afetiva entre pais e neonato diferente daquela da gestação, que repercutirá na formação do psiquismo da criança, influenciando na formação da base de sua identidade. (AKHTAR, 2007; CYPRIANO; PINTO, 2011). Para que estas interações obtenham sucesso e se tornem, para a criança, um importante recurso emocional e cognitivo que lhe permitirá explorar diferentes ambientes sociais e físicos, deverá ocorrer: alto grau de sintonia pais-bebê, embora com comportamentos individuais interdependentes; envolvimento mútuo e disponibilidade para responder ao outro; e comunicações do parceiro adulto através de vocalizações, do olhar e de ações. (MCCOLLUM; REE; CHEN, 2000; ZUZARTE; CALHEIROS, 2010).

A partir das evidências de estudos sobre a forte ligação entre as experiências

afetivas dos primeiros anos de vida e distúrbios biopsicossociais (transtornos afetivos, ansiosos, estresse crônico e dificuldades psicossociais), o olhar para as interações iniciais e suas correlações com o psiquismo infantil levaram ao surgimento de intervenções precoces. Estas são importantes estratégias no tratamento destes transtornos, que podem ocorrer desde a gestação até os três anos da criança, intervindo antes mesmo do estabelecimento de patologias e atuando em um período de maior sensibilidade, cessando uma sequência de riscos mentais e sociais transgeracionalmente transmitidos. (FONAGY, 1998; LECANNELIER, 2006).

Objetivando tratar distúrbios das relações pais-filhos, tem-se a Psicoterapia Breve Pais-Bebê que, voltada à interação, um sistema complexo bidirecional constituído por dois parceiros ou dois fenômenos reagindo reciprocamente, que abrange o funcionamento parental, as contribuições do bebê e as do terapeuta. (WENDLAND, 2001). Mais recentemente (nos anos 90), a técnica psicoterápica pais-bebê *Watch, Wait and Wonder (W.W.W.)* propôs que a criança fosse tomada como guia dos pais na sessão, através de sua brincadeira espontânea, enquanto estes a observam e deixam-se conduzir na interação que se estabelece. (COHEN et al., 1999; COHEN; LOJKASEK; MUIR, 2006).

Esta, baseada na Teoria do Apego, divide-se em duas etapas: no primeiro a mãe (presença mais frequente), sentada ao chão, observa o brincar da criança, interage apenas quando a mesma tomar a iniciativa e assim, vai reconhecendo e aceitando o gesto espontâneo do bebê enquanto o terapeuta, menos interativo e também ao chão, reflete sobre o que presencia, suporta e valida a experiência materna; na segunda, mãe e terapeuta, junto à criança, conversam sobre a vivência emocional materna daquele momento, tornando a mãe mais conhecedora sobre seu bebê, mais receptiva e menos intrusiva. (COHEN et al., 2006). Assim, a *W.W.W.* objetiva melhorar a interação pais-bebê, favorecendo um apego seguro na criança; promover a capacidade parental para observar e refletir sobre o significado dos atos do bebê; fornecer à criança uma experiência de auto regulação das emoções; viabilizar à díade novas formas de interação, evitando a repetição transgeracional de padrões de apego inseguro; e ainda, melhorar a sensibilidade e a capacidade de mentalização parental. (FONAGY, 2000; NEWMAN; STEVENSON, 2008).

Ainda pouco explorada, a *W.W.W.* tem sido usada em contextos clínicos, sendo encontrados somente dois estudos que enfocaram distúrbios maternos específicos como depressão pós-parto e transtorno borderline. (CHEN; LEE, 2013; NEWMAN; STEVENSON, 2008). Desta forma, são vitais novas pesquisas em diferentes âmbitos, para explorar o alcance desta técnica, considerando os achados de um estudo com 60 díades atendidas para tratar distúrbios maternos pós-parto, que apontou que a observação direta da mãe sobre os atos do bebê possibilita ao terapeuta criar conexões entre a experiência materna e suas observações, aumentando a reciprocidade e a responsividade diádica. (PARIS; SPIELMAN; BOLTON, 2009).

Assim, entendendo que a interação pais-bebê é a primeira via para as relações de

apego da criança, e a necessidade de favorecer uma aproximação afetiva positiva entre pais e bebês prematuros através de intervenções precoces, este estudo propôs uma intervenção baseada nos princípios da *W.W.W.*, adaptada à UTIN, a fim de favorecer a interação mãe-bebê prematuro. Desta forma, objetivou-se descrever uma intervenção psicoterápica realizada com duplas mãe-bebê prematuro, durante a internação em UTIN, compreendendo sua repercussão na capacidade de mentalização materna e na interação mãe-bebê.

Para tanto, buscou-se responder as seguintes questões norteadoras: Como ocorre a aplicação da intervenção proposta em uma UTIN? Como a intervenção proposta repercute na capacidade de mentalização materna? Como a intervenção proposta repercute na interação mãe-bebê?

2 | MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo qualitativo de intervenção, de caráter exploratório e descritivo, constituído por um estudo de casos múltiplos (GIL, 2010), composto de duas fases, antes e após a intervenção, feito em um hospital de Porto Alegre. Participaram duas díades mãe-bebê prematuro internado na UTIN, eleitas por conveniência e indicadas pelo corpo clínico.

A mãe deveria ser maior de 18 anos; estar de alta hospitalar e ter dificuldades para tocar ou se aproximar do bebê; manifestar irritabilidade ou choro frequente; ser autodeclarada não usuária de drogas; e não possuir transtornos psiquiátricos ou doença mental grave. Já o bebê teria que: ter nascido entre 32 a 36 semanas; não ser de gestação gemelar; estar na UTIN há pelo menos três dias; não estar em respirador artificial; e não ter sequelas neurológicas, más formações, síndromes ou diagnósticos indefinidos.

Optou-se pela abordagem qualitativa visto que se objetivou conhecer e explorar as repercussões da intervenção proposta nos complexos processos de formação da subjetividade através da interação mãe-bebê prematuro. Em última instância, e em consonância com os pressupostos desta metodologia, buscou-se compreender o significado individual da experiência emocional proposta às díades. (HOLANDA, 2006; TURATO, 2005).

Após as indicações, realizou-se o primeiro momento das díades com a pesquisadora, quando se apresentou o estudo, assinou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e preencheu-se junto à mãe, a Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos para confirmar critérios de inclusão e dados sobre a família e a gestação. Em outro encontro realizado somente com a mãe, aplicou-se a Entrevista de História de Vida da Mãe, para conhecer as percepções maternas infantis e atuais; a seguir, realizou-se junto ao bebê, a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê, para análise da interação comportamental e afetiva da díade. No dia seguinte, aplicou-

se a intervenção com a díade até o dia anterior à alta do bebê; após a intervenção, no dia da alta hospitalar, aplicou-se a Entrevista de História de Internação à mãe para conhecer suas percepções sobre a internação e a intervenção e a seguir, reaplicou-se a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê; os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora e as entrevistas, todas semiestruturadas, foram gravadas em áudio, transcritas posteriormente e ocorreram em uma sala reservada.

A análise dos dados da Entrevista de História de Vida da Mãe e da Entrevista de História da Internação foram analisadas através do *Checklist* para Avaliação Clínica da Mentalização, que avalia a capacidade de mentalização, considerando quatro temas: percepção do próprio funcionamento mental, percepção dos pensamentos e sentimentos dos outros, representação do self e valores e atitudes gerais (BATEMAN; FONAGY, 2016); já a Filmagem de Interação Livre Mãe-Bebê foi analisada pelos critérios de avaliação do *Interaction Assessment Procedure* (IAP), que avaliou qualitativamente a interação comportamental e afetiva da díade mãe-criança, através dos comportamentos da mãe considerando a sensibilidade, estruturação, não-intrusividade e não hostilidade; e os do bebê, quanto à responsividade e envolvimento. (PINTO, 2007). As análises efetivaram-se por dois juízes independentes, a fim de assegurar melhor qualidade aos achados e diminuir possível viés; em caso de discordância, foi acionado um terceiro juiz e, após consenso, obtiveram-se os resultados.

2.1 Descrição da intervenção

Visando atenuar o impacto inicial materno diante do ambiente da UTIN que, em geral é visto como desconfortável, frio e hostil à constituição da interação mãe-bebê (CYPRIANO; PINTO, 2011), a intervenção deveria ocorrer fora da unidade de internação, em uma sala restrita, possibilitando à mãe dedicar-se ao seu bebê com pouca interferência externa. Quando as condições clínicas da criança não permitiam seu afastamento da unidade, optou-se por realizá-la junto à incubadora, ainda que à mercê de interrupções de natureza distintas.

A intervenção, com duração de 30 minutos, dividiu-se em duas etapas: na primeira, de 15 minutos, a mãe, acompanhada do olhar atento e interessado da pesquisadora (psicóloga clínica com 25 anos de prática), deveria ficar o mais próxima possível do bebê, observando-o e interagindo quando este a procurasse; e nos 15 minutos finais, ainda junto à criança, mãe e pesquisadora conversariam sobre aquela vivência. A aplicação ocorreu diariamente até um dia anterior à alta do bebê, exceto aos domingos, e o local variou entre uma sala restrita (caso 1) e a unidade de internação (caso 2).

A díade do caso 1 esteve 17 dias na UTIN e as intervenções (quatro ao todo), fluíram sem interrupções em uma sala de entrevistas; em todas elas, o bebê ficou no colo da mãe. A díade do caso 2 esteve 25 dias na UTIN e as intervenções (ao todo oito), ocorreram na unidade de internação: a criança ficou na incubadora a maior parte do tempo e houve várias interrupções do corpo clínico.

A discrepância entre o número de intervenções entre as díades foi determinada pelo período de indicação das mães (caso 1 após cinco dias de internação; caso 2, após três dias), pelo tempo de aplicação dos instrumentos anteriores à intervenção e pela alta das crianças. As intervenções foram registradas e descritas minuciosamente no Diário Pessoal e não foram filmadas devido à impossibilidade de usar tripé devido ao tamanho das salas.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, analisou-se os dados através da construção de uma avaliação individual dos resultados dos casos, utilizando-se o levantamento dos dados obtidos dos instrumentos e dos relatos das intervenções registradas no Diário Pessoal. Visando uma análise de alta qualidade e confiabilidade dos achados deste Estudo de Casos Múltiplos, realizou-se a seguir, o cruzamento dos dados obtidos. (YIN, 2010).

Assim, considerando os dados obtidos, desenvolveu-se uma análise qualitativa através de quatro eixos temáticos constituídos a posteriori, a partir do conteúdo predominante: *a) O ambiente das intervenções; b) O período inicial, de observação e interação mãe-bebê; c) O período final, de comunicação entre mãe e pesquisadora; e d) Percepções maternas sobre a intervenção.*

3.1 Caso 01

A mãe, de 38 anos é casada e além da filha, nascida de 32 semanas de gestação devido à pré-eclâmpsia materna, tem um filho adolescente, que reside com a avó; há um ano e três meses, teve outra menina prematura e natimorta, no mesmo hospital. Sua vida foi marcada pela separação abrupta da mãe por mudança de moradia e por perdas significativas como a do pai, de um irmão e de um namorado; sua indicação ocorreu por não ficar junto à filha na UTIN, lembrando-se do bebê falecido e mantendo-se extremamente ansiosa e chorosa.

As impressões iniciais geradas na pesquisadora foram impactantes devido à extrema ansiedade materna, que falava, gesticulava e sacudia bruscamente a filha, sem perceber sua fragilidade; ainda manifestava labilidade de humor e mexia constantemente no bebê, sem deixá-lo adormecer. A menina, de aparência delicada e corada, mostrou-se calma e tolerante, dormindo e chorando apenas para mamar. Acordada, explorava o ambiente com um olhar vivo e curioso, despertando na pesquisadora sensações agradáveis e um desejo de cuidá-la.

3.2 Caso 02

A mãe, de 21 anos é casada e deu à luz a um menino, nascido com 32 semanas de gestação; dois anos antes, teve outra gravidez, sustada na 27^a semana por uma malformação uterina: uma menina, nascida no mesmo hospital, faleceu por insuficiência renal após 15 dias. A mesma ainda passou pela separação dos pais na adolescência,

quando sua mãe se mudou para outro estado, deixando-a aos cuidados do pai: ambas mantêm restrito contato.

As primeiras impressões da pesquisadora foram de pouca empatia, sendo difícil uma conexão afetiva com a mãe que mantinha uma fala sem afeto e empobrecida, mesmo motivo pelo qual foi indicada ao estudo: não ficava com o filho, mantendo-se distante afetivamente. O bebê, pequeno e magro, mostrou-se tranquilo e pouco exigente, chorando poucas vezes; extremamente sonolento, despertou sentimentos ambíguos na pesquisadora como apatia e preocupação com sua saúde.

3.3 Síntese dos Casos Cruzados

Com a análise individual dos casos, verificaram-se características gerais e individuais das experiências compartilhadas de prematuridade e internação em UTIN. Ambas as mães eram casadas, viviam com os companheiros e perderam um bebê dois anos antes do nascimento atual, demonstrando pouco investimento no autocuidado durante a gestação, sem o tratamento das alterações fisiológicas maternas, culminando em nova prematuridade e refletindo pesquisas que citam que estas mães, quando em nova gravidez, constroem uma relação objetal permeada por insegurança, defesa e medo pela chance de uma nova perda. (FREIRE; CHARTERLARD, 2009).

No eixo temático *o ambiente das intervenções*, houve diferenças entre os locais de aplicação das mesmas: o local restrito utilizado no caso 1 gerou menos interferências externas; e a unidade de internação em que ocorreram as intervenções no caso 2, não foi empecilho ao aproveitamento das mesmas. Tal dado aponta para a importância da postura constante, estável e disponível da pesquisadora como formadora do *setting* da intervenção que expressa tanto um posicionamento técnico (ambiente físico) como uma posição ética, estando mais ligado ao campo teórico que embasa as concepções sobre o ser humano como desejante de se relacionar, do que com o lugar em que o trabalho psicanalítico ocorre. (MAIA; PINHEIRO, 2011).

No eixo temático *o período inicial, de observação e interação mãe-bebê*, ambas as mães tiveram dificuldades interativas iniciais, observadas no caso 1 pelo comportamento ansioso e intrusivo materno (conforme filmagem, a mãe não permitia ao bebê adormecer, mexendo constantemente no mesmo) e no caso 2, pela evitação do contato e da comunicação mãe-filho (a mãe não suportou estar com seu bebê durante os 30 minutos de filmagem antes da intervenção, devolvendo-o à incubadora e retirando-se da sala); ambos resultados pontuados no IAP. Estas evidências podem expressar o luto ainda em curso, ratificando estudo feito com gestantes de alto risco que sofreram aborto espontâneo e perda fetal tardia, que evidenciou a presença de um enlutamento melancólico materno de longa duração que deflagrou o uso de defesas contra o medo de reviver a perda, como fantasias em relação ao bebê e baixa autoestima; estas emoções podem comprometer a capacidade de mentalização materna, repercutindo diretamente na qualidade da interação mãe-bebê que se estabelece (ENSINK et al., 2015; FREIRE; CHARTERLARD, 2009); dificuldade pontuada em ambos os casos no

Checklist, quando a mãe do caso 1 apresentou um escore global para capacidade de mentalização Bom e a mãe do caso 2, Pobre.

Quanto ao eixo temático *O período final, de comunicação entre mãe e pesquisadora*, observou-se diferenças entre o tipo de questões propostas às mães. Diante do afastamento materno e do comprometimento das interações iniciais gerados pelo impacto negativo da prematuridade e da internação, como no caso 2, as perguntas da intervenção (2º momento) buscaram promover a compreensão da vivência materna e estimular a emissão de comportamentos interativos como o olhar. (CAMARNEIRO et al., 2009; TAVARES; QUEIROZ; JORGE, 2006).

Percebe-se que o enfoque predominante das questões propostas estava no estado mental atual das mães e nas experiências vivenciadas junto ao bebê, sem objetivar *insight*. Com uma atitude curiosa e menos sábia sobre os pensamentos maternos, a pesquisadora buscou gerar a experiência mútua de uma mente modificando a outra, fundamento da Terapia da Mentalização. (EIZIRIK; FONAGY, 2015).

No eixo temático *percepções maternas sobre a intervenção*, ambas as mães obtiveram uma visão positiva sobre as repercussões da intervenção na interação mãe-bebê, ressaltando a importância do acompanhamento da pesquisadora durante a internação e da abertura de um espaço voltado à observação e conhecimento sobre as comunicações do bebê, repercutindo na capacidade global de mentalização materna que em ambos os casos, apresentou evolução conforme escores do *Checklist* (no caso 1 passou de Bom para Muito Alto e no caso 2, de Pobre para Moderado). A presença diária da pesquisadora permitiu a redução das ansiedades maternas iniciais, estimulando o contato diádico e potencializando a maternagem mediante o reconhecimento das trocas interativas ocorridas. (CYPRIANO; PINTO, 2011).

Considerando a estrutura metodológica adotada para este estudo, percebeu-se que o mesmo se aproxima da metodologia clínico-qualitativa, uma particularização dos métodos qualitativos aplicada aos *settings* das vivências em saúde, que objetiva compreender e interpretar os significados atribuídos por pacientes e/ou familiares ao binômio saúde-doença. (FONTANELLA; CAMPOS; TURATO, 2006; TURATO, 2005). Ter a UTIN como *setting* para a execução das etapas da pesquisa, propiciou à pesquisadora conhecer as angústias e ansiedades maternas relativas ao ambiente, à internação, à equipe médica e ao bebê, enquanto se constituíam; com uma percepção mais ampla e realista sobre estes fenômenos, surgiu também, uma atitude clínica de maior empatia e acolhimento às díades participantes, elemento fundamental desta metodologia. (BASSORA; CAMPOS, 2010; TURATO, 2010).

Por outro lado, o ambiente da UTIN apresentou-se como uma limitação à aplicação da intervenção enquanto gerador de infinitas formas de interferências que atrapalharam ou interromperam a mesma, gerando na pesquisadora emoções negativas e desviando seu foco de atuação. Embora os resultados apontem para a viabilidade da execução desta proposta em UTIN, ressalta-se que ao optar pelo método clínico-qualitativo, o pesquisador deve estar ciente e preparado para lidar com

diferentes situações e indivíduos que vão além da proposta do estudo.

Os instrumentos adotados para a coleta de dados (entrevistas semiestruturadas e observação), associados ao diário pessoal, possibilitaram à pesquisadora exercer os três pilares de sustentação desta metodologia à medida que colocou-a em: a) uma atitude existencialista de valorização e reflexão acerca das angústias e ansiedades das díades estudadas, buscando uma compreensão profunda sobre suas questões humanas; b) uma atitude clínica acolhedora para com as vivências emocionais das participantes, através da escuta e do olhar atentos; c) uma atitude psicanalítica, usando o referencial teórico e concepções psicodinâmicas para a construção da discussão dos resultados (TURATO, 2010). Assim, a experiência clínica da pesquisadora foi determinante para uma condução mais livre dos instrumentos, gerando a exploração dos temas emergentes, ainda que não estivessem ligados uma questão específica do roteiro previamente estabelecido, gerando novos problemas de pesquisa e hipóteses. (SILVA; HERZBERG; MATOS, 2015).

Contudo, a experiência profissional tornou-se um ponto de apreensão durante a aplicação dos instrumentos iniciais ao gerar na pesquisadora preocupação quanto à condução das entrevistas, para que estas atendessem à cientificidade almejada e não incitassem, demasiadamente, fenômenos transferenciais que não seriam abordados posteriormente. Para amenizar a interferência negativa destas emoções e o uso adequado das habilidades socioculturais, técnicas e psicológicas que a experiência clínica fornece aos pesquisadores, é crucial que este se aproprie da distinção entre o método clínico-qualitativo da pesquisa qualitativa e da pesquisa clínica (BASSORA; CAMPOS, 2010). Neste sentido, o caráter exploratório desta pesquisa, o uso de observações, de entrevistas semiestruturadas e a experiência clínica da pesquisadora, que neste caso também foi um instrumento, constituem propriedades fundamentais deste método e que em conjunto, propiciaram coerência científica quanto aos objetivos iniciais e às análises dos dados. (FONTANELLA et al., 2006).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise da metodologia utilizada, tomando a UTIN como *setting* desta pesquisa, observou-se que a mesma proporcionou um conhecimento mais aprofundado das díades participantes, sobre os significados maternos dados à prematuridade e a este período, favorecendo uma compreensão acerca da forma como estas mães se relacionavam com a doença, aqui atribuída à prematuridade, com o bebê e a equipe, assim como sobre suas dificuldades interativas iniciais. Em última instância, a permanência dos sujeitos no ambiente natural (UTIN) em que as interações iniciais mãe-bebê prematuro hospitalizado ocorrem, sem o controle de variáveis externas, característico de estudos qualitativos, permitiu à pesquisadora obter uma visão ampliada sobre o fenômeno estudado, incluindo em suas análises fatores interpessoais e institucionais.

Por ser um estudo exploratório que propôs a aplicação de uma intervenção precoce, o uso do método clínico-qualitativo foi capaz de abranger os objetivos apresentados inicialmente, permitindo à pesquisadora entrar em contato com o fenômeno investigado em sua origem e vivenciar junto às díades, as repercussões deste modelo. Foi possível à pesquisadora unir a intersubjetividade entre sua opção teórica, a psicanálise, e sua experiência clínica, ao rigor científico que uma pesquisa exige; esta integração foi facilitada pela aplicação desta metodologia que, diferentemente de outras, preconiza que o pesquisador possa utilizar fragmentos de fatos para tecê-los e reconstruí-los, construindo um novo pensamento, mediante o uso de sua experiência e multiplicidade de referenciais teóricos que o embasam.

Mediante a análise dos eixos temáticos propostos, percebeu-se que quando há condições emocionais maternas favoráveis à compreensão das comunicações e necessidades iniciais do bebê, há também a possibilidade da formação de vínculos positivos mãe-bebê, que contribuirão para o desenvolvimento físico e emocional da criança. Sendo a prematuridade e a internação em UTIN fortes fatores estressores maternos que podem gerar emoções ambivalentes e pouca disponibilidade afetiva, interferindo em sua capacidade de mentalização e gerando entraves interativos iniciais, esta proposta de intervenção mostrou-se capaz de favorecer a formação das relações diádicas de apego seguro, abordando a formação do vínculo mãe-bebê em sua origem.

A importância referida por ambas as mães, ao acompanhamento sistemático proporcionado pela intervenção, expressa o anseio materno por suporte emocional e inclusão nos cuidados das crianças; os 30 minutos da intervenção destinados exclusivamente à díade, favoreceu a interação mãe-bebê à medida que diminuiu ansiedades e temores maternos relativos à situação de internação. Por outro lado, as interrupções ocorridas ao longo da aplicação das intervenções expressam dificuldades quanto à implementação das políticas públicas de humanização, sejam relativas à compreensão pessoal ou mesmo de estrutura física da unidade, ainda que se encontrem profissionais sensíveis e empáticos aos anseios maternos.

A atitude ativa, questionadora e curiosa, proposta pela intervenção e adotada pela pesquisadora frente aos estados mentais maternos, viabilizou a vivência de um processo mútuo (mãe- pesquisador; mãe-bebê) de se encontrar, modificar e ser modificado na mente do outro, preceito básico da terapia da mentalização. Já a frequência e o local onde ocorreram as intervenções (UTIN), propiciaram resultados favoráveis ao desenvolvimento da capacidade de mentalização materna e à interação mãe-bebê, opondo-se a estudos sobre intervenções com prematuros que apontaram que quando as intervenções são curtas e restritas à hospitalização, os resultados poderão expressa insucesso.

Assim, esta intervenção psicanalítica estruturada, mostrou-se aplicável a díades mãe-bebê prematuro em uma UTIN, sendo capaz de gerar mudanças na qualidade das relações mãe-bebê iniciais e na capacidade de mentalização materna. Reafirma

ainda, que a etapa neonatal é propícia à aplicação de intervenções que podem gerar ganhos duradouros a curto, médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

AKHTAR, S. Primeiros relacionamentos e suas internalizações. In. COOPER, Arnold M.; GABBARD, Glen O.; PERSON, Ethel S. (Eds.), **Compêndio de psicanálise**. Porto Alegre: Artmed, 2007.p. 54-66.

BASSORA, Jennifer Bazilio; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 753-60, 2010.

BATEMAN, Antoni; FONAGY, Peter. **Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide**. Reino Unido: Oxford University Press, 2016.

CAMARNEIRO, Ana Paula Forte et al. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 40, n. 2, p. 53-57, 2009.

CHEN, Helen; LEE, Theresa. The maternal infant dyadic relationship—looking beyond postpartum depression. **ASEAN Journal of Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 161-169, 2013.

COHEN, Nancy J.; LOJKASEK, M.; MUIR, E. Watch, wait, and wonder: an infant-led approach to infant-parent psychotherapy. **The Signal: Newsletter of the World Association for Infant Mental Health**, v. 14, n. 2, p. 1-4, 2006.

COHEN, Nancy J. et al. Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. **Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health**, v. 20, n. 4, p. 429-451, 1999.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 231-235, 2011.

CYPRIANO, Laiz Moulin; PINTO, Elzimar Evangelista Peixoto. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. **Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 2, p. 02-25, 2011.

EIZIRIK, Cláudio Laks; DE AGUIAR, Rogério Wolf; SCHESTATSKY, Sidnei S. **Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos**. Artmed Editora, 2015.

ENSINK, Karin et al. O papel protetor da mentalização de experiências traumáticas: implicações quando da entrada na parentalidade. **Estilos da Clínica**, v. 20, n. 1, p. 76-91, 2015.

FONAGY, Peter. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. **Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health**, v. 19, n. 2, p. 124-150, 1998.

FONAGY, Peter. Apegos patológicos y acción terapéutica. **Aperturas Psicoanalíticas**, v. 4, 2000.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

FREIRE, Teresa Cristina G.; CHATELARD, Daniela S. O aborto é uma dor narcísica irreparável?. **Revista Subjetividades**, v. 9, n. 3, p. 1007-1022, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. **Análise psicológica**, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2006.

LECANNELIER, Felipe. Estrategias de intervención temprana en salud mental. **Revista Psicología & Psicología**, p. 1-9, 2006.

MAIA, Maria Vitória Campos Mamede; PINHEIRO, Nadja Nara Barbosa. Um psicanalista fazendo outra coisa: reflexões sobre setting na psicanálise extramuros. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 31, n. 3, p. 656-667, 2011.

MCCOLLUM, Jeanette A.; REE, Yon; CHEN, Yu-Jun. Interpreting Parent—Infant Interactions: cross-cultural lessons. **Infants & Young Children**, v. 12, n. 4, p. 22-33, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**, 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

NEWMAN, Louise; STEVENSON, Caroline. Issues in Infant—Parent Psychotherapy for Mothers with Borderline Personality Disorder. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 505-514, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 44-57, 2004.

PARIS, Ruth; SPIELMAN, Eda; BOLTON, Rendelle E. Mother—infant psychotherapy: examining the therapeutic process of change. **Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health**, v. 30, n. 3, p. 301-319, 2009.

PINTO, Elizabeth Batista. A análise das interações pais/bebê em abordagem psicodinâmica: clínica e pesquisa. In PICCININI, Cesar Augusto; de MOURA, Maria Lúcia Seidl (Org.), **Observando a interação pais-bebê-criança: diferentes abordagens teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 37-72.

PINTO, Elizabeth Batista et al. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 76-85, 2009.

SILVA, Naíme Diane Sauaia Holanda et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.

SILVA, Simone Araújo da; HERZBERG, Eliana; MATOS, Luís Alberto Lourenço de. Características da inserção da psicologia nas pesquisas clínico-qualitativas: uma revisão. **Boletim de Psicologia**, v. 65, n. 142, p. 97-111, 2015.

TAVARES, Aurileide Sousa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 193-203, 2006.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2010.

WENDLAND, Jaqueline. A abordagem clínica das interações pais-bebê: perspectivas teóricas e metodológicas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 45-56, 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZUZARTE, M.; CALHEIROS, M. Programa de intervenção nas interações pais-filhos “Desenvolver a Sorrir” - Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v. 28, n. 3, p. 491-504, 2010.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AOS IDOSOS EM HONDURAS

Oscar Fidel Antunez Martínez

Universidade Federal de Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Rio Grande – RS

Daiane Porto Gautério Abreu

Rio Grande – RS

Marlene Teda Pelzer

Universidade Federal de Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Rio Grande – RS

Giovana Calcagno Gomes

Universidade Federal de Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Rio Grande – RS

RESUMO: Honduras tem uma população de aproximadamente 498.303 adultos com idade entre 60 e mais velhos. Isto representa 5,7% da população total, e diferentes fatores não conseguiram ver os problemas dos idosos. Este trabalho é um estudo de análise documental com abordagem qualitativa. O estudo foi elaborado pela necessidade de explorar políticas que estimulem os idosos para garantir que eles sejam cumpridos, ou, em alternativa, sugerem a criação de políticas públicas para diferentes contextos de realidade neste país, porque não é o suficiente para viver mais tempo, é essencial que as condições são humanas e agradável. Ao procurar nas bases de dados com

os descritores políticas públicas, Honduras, políticas públicas de saúde idosos, não foram encontrados artigos científicos em revistas eletrônicas, SciElo, MEDLINE, PUBLIMEDI, LILACS, IBECs, nem na Revista Eletrônica de Enfermagem Trimestrais; Assim, optou-se pela utilização de catálogos: Google e Yahoo. Onde eles conseguiram encontrar a política nacional para os idosos e aposentados, e o Direito do Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões dos Funcionários do Poder Executivo. Encontra-se que é necessário aumentar as políticas expostas para melhorar os sistemas de previdência social, financiamento e recursos humanos devidamente treinados para responder às demandas dos idosos. Como profissionais de saúde, podemos realizar análises das diferentes necessidades que são apresentadas em nossas unidades e a incidência de problemas de saúde nessa população para desenvolver políticas específicas de saúde pública para melhorar o atendimento.

PALAVRAS-CHAVES: Idosos, Políticas Públicas, Honduras, Políticas de Saúde Pública.

POLICIES FOR THE ELDERLY IN HONDURAS

ABSTRACT: Honduras has a population of approximately 498,303 adults between the ages

of 60 and older. This represents 5.7% of the total population, and different factors failed to see the problems of the elderly. This work is a study of documentary analysis with a qualitative approach. The study was drawn up by the need to explore policies that encourage older people to ensure that they are fulfilled or, alternatively, suggest the creation of public policies for different contexts of reality in this country because it is not enough to live longer, it is essential that the conditions are human and enjoyable. When searching the databases with the descriptors Public Policies, Honduras, Elderly, Public Health Policies, no scientific articles were found in electronic journals, SciELO, MEDLINE, PUBLIMEDI, LILACS, IBECs, or the Electronic Journal of Nursing Quarterly; Thus, we chose to use catalogs: Google and Yahoo. Where they managed to find the national policy for the elderly and retired, and the Law of the National Institute of Retirement and Pensions of the Employees of the Executive Branch. It is necessary to increase the policies exposed to improve social security systems, financing and human resources properly trained to respond to the demands of the elderly. As health professionals, we can perform analyzes of the different needs that are presented in our units and the incidence of health problems in this population to develop specific public health policies to improve care.

KEYWORDS: Elderly, Public Policies, Honduras, Public Health Policies

1 | INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser que envelhece constantemente, como parte de um processo físico; O envelhecimento pode ser definido através de várias abordagens, entre elas, biológicas, médicas, científicas, geriátricas, psicológicas, etc. Todas as definições das abordagens acima mencionadas enfocam dois tipos de envelhecimento: o indivíduo e a população (CASTILLO, 2016).

Honduras tem uma população de aproximadamente 7.000.011 pessoas, das quais 498.303 são adultos com 60 anos ou mais. Isso representa 5,7% da população total. A pirâmide populacional é baseada em uma ampla base jovem. Crianças menores de 18 anos representam 47% da população, enquanto os adultos com mais de 60 anos concentram-se em 5,7% (CEPAL, 2018). Esse bônus demográfico gera uma vantagem potencial para o crescimento econômico e para o fortalecimento da previdência social, mas enfrenta uma alta incidência de pobreza que atinge 58,8% dos domicílios e 64,5% da população total (GALLARDO, 2007).

A esperança de vida ao nascer, entretanto, aumentou de 61,6 anos no período de cinco anos, de 1980-1985 para 72,1 anos, no período de 2005-2010 (RNPH, 2018). Em 2016 a expectativa de vida das mulheres é de 76,13 e a dos homens é de 71,04, ou seja, a expectativa de vida do país é de 73,58 anos. Honduras subiu na lista dos 192 países de esperança de vida e passou de ocupar a posição 96 em 2015 para 95 em 2016. Este aumento trouxe consigo um aumento nas necessidades de saúde, sociais, psicológicas e uma visibilidade desta população (EXPANSIÓN, 2018).

Diferentes fatores (históricos, sociais, econômicos, organizacionais) não

permitiram visualizar os problemas dos idosos. No entanto, ao analisar a relação de renda com a idade do chefe de família, os dados da Pesquisa Domiciliar mostram que 55% dos domicílios são geridos por idosos em situação de pobreza; enquanto no caso dos chefes com menos de 20 anos de idade, o percentual chega a 43%. Além disso, há um grande desafio no acesso aos serviços de saúde, com níveis de cobertura dos sistemas previdenciários e insuficiências de renda previdenciária e previdenciária para suprir as necessidades básicas (HERNANDEZ, 2014).

No entanto, este sector da população vai exigir mais atenção, devido ao facto de, devido à transição demográfica, o número de adultos mais velhos aumentar para quase um milhão em 2025. Como resultado, eles estão cada vez mais serviços e políticas públicas mais necessários para esse grupo populacional, incluindo um sistema previdenciário adequado, visando facilitar que na aposentadoria os idosos possam viver de maneira decente e confortável (HERNANDEZ, 2014).

Este segmento da população tem muitas necessidades e requer serviços específicos para tratar doenças degenerativas crônicas; Honduras tem priorizado o cuidado materno-infantil, evitando algumas necessidades que a população idosa tem em seus diferentes estabelecimentos, a demanda por assistência médica e medicamentos que aumentam significativamente o consumo de recursos, sem necessariamente impactar na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. Diante do exposto, este trabalho é elaborado pela necessidade de explorar políticas que favoreçam os idosos de Honduras a garantir que sejam atendidos, ou, na falta deste, sugerir a criação de políticas públicas que se adaptem a diferentes contextos de realidade. Quem mora no referido país, já que não basta viver mais, é essencial que as condições sejam dignas e agradáveis.

Objetivo geral: Discutir aspectos legais das políticas de cuidado ao idoso em Honduras no contexto sociopolítico e de saúde, tendo em vista os aspectos que delineiam o bem-estar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de análise documental de abordagem qualitativa, pois é o delineamento de um estudo feito a partir de material audiovisual, registros em arquivos públicos, documentos preparados por motivos profissionais (artigos científicos, livros, relatores), documentos de grupo, material documentos organizacionais, contemporâneos ou não que tenham relação com o objetivo da investigação.

A coleta de dados ocorrerá nos meses de junho e julho de 2018. Para a análise dos dados, cada peça será estudada em si e sua relação com os demais, agrupando-os por semelhança aos padrões de formulário que serão utilizados para a análise e formando categorias para dar estrutura para o documento.

3 | RESULTADOS

Durante a coleta de dados, foram utilizados os descritores Idosos, Políticas Públicas, Honduras, Políticas Públicas de Saúde, mas não foram encontrados artigos científicos nas revistas eletrônicas SciELO, MEDLINE, PUBLIMEDI, LILACS, IBECS, ou na Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem; Por isso, foi decidido usar catálogos: Google e Yahoo. Onde foi possível encontrar a Política Nacional para idosos e aposentados, publicada pela Gazeta nº 31.361 de 21/07/2007; Lei do Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões dos Empregados do Poder Executivo, publicada pela Gazeta nº 33725 de 15/05/2015.

4 | DISCUSSÃO

A Política Nacional para el Adulto Mayor y Jubilados tem como objetivo garantir os direitos nela indicados. Deve ser de natureza abrangente e intersetorial, em que formas alternativas de participação são alcançadas promovendo sua associação e coexistência intergeracional. De acordo com o Artigo 7 da Lei Integral dos Idosos, qualquer pessoa, grupo social, organizações não governamentais, associações ou sociedades podem reportar aos órgãos competentes qualquer ato, ação ou omissão que produza ou possa causar dano ou prejuízo de direitos. e garantias estabelecidas por esta Lei, ou que contrariem qualquer outra de suas disposições ou de outros regulamentos que regulam assuntos relacionados a idosos e aposentados (HERNANDEZ, 2014).

Direitos dos idosos em Honduras
1) Que a velhice seja reconhecida como um período muito significativo da vida humana por sua experiência e sabedoria; 2) Ter acesso a serviços públicos de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; 3) Ter um trabalho decente que lhes permita alcançar uma melhor qualidade de vida; 4) Desenvolver atividades e ocupações para o benefício de sua saúde integral; 5) Ser sempre tratado com respeito e com a dignidade que merece devido à sua mera condição de pessoa; 6) Não ser discriminado e não ser classificado como doente por causa de sua condição de adulto ou aposentado; 7) Ser respeitado em sua privacidade e preservar a saúde de seu corpo e a atenção de seus medos; 8) Ter uma educação que favoreça o autocuidado e o conhecimento da sua saúde, em benefício da sua auto-estima e pré-afirmação como pessoa; 9) Um ambiente de trabalho e condições de vida que não aumentem sua vulnerabilidade; 10) Que seus conhecimentos, atitudes e práticas culturais são levados em conta, valorizados e respeitados;
Deveres dos Idosos e Aposentados

- 1) Permaneça ativo, capaz e útil na medida em que sua condição física e psicológica permita;
- 2) Praticar princípios de saúde apropriados;
- 3) Planejar e preparar para enfrentar a velhice e a aposentadoria;
- 4) Atualize seus conhecimentos e habilidades;
- 5) Ajuste suas demandas às condições econômicas de sua família;
- 6) Ser tolerante, solidário, compartilhar seus conhecimentos, experiências e valores com as gerações mais jovens;
- 7) Participar activamente na vida cívica e cultural da sua comunidade e do país, na medida das suas possibilidades físicas e psicológicas;
- 8) Desenvolver formas de prestação de serviços à comunidade; e
- 9) Respeitar e compreender as gerações mais jovens em suas opiniões e ações, a fim de alcançar através da reciprocidade, respeito e compreensão iguais.

Tabela – Direitos e deveres dos idosos e aposentados em Honduras

Fonte: SEÇÃO II, Artigo 8. Lei Integral para os Idosos e Aposentados

O casal e parentes, dentro do quarto grau de consanguinidade e segundo de afinidade, terão o dever de velas para a integridade física, emocional e intelectual dos idosos e adultos aposentados. Para este efeito, eles terão os seguintes deveres:

Deveres da Família
<ol style="list-style-type: none"> 1) Evitar qualquer ato que represente discriminação, abuso, isolamento, tratamento cruel, abuso físico, mental e verbal dentro do núcleo familiar; 2) Conceda a comida correspondente de acordo com as disposições da Lei; 3) Evite implorar aos idosos e aposentados; 4) Não explorar a condição do idoso em benefício próprio; 5) Não forçá-los com ameaças ou ilusões a realizar qualquer ato legal em que sua pessoa, sua propriedade e seus direitos sejam colocados em risco; 6) Aceitar incondicionalmente os idosos e aposentados quando estes tiverem algum tipo de limitação ou incapacidade e utilizar, na medida do possível, os meios ao seu alcance para obter sua reabilitação; 7) Não forçá-los a realizar trabalho ou atividades contra a sua vontade ou que impliquem um esforço físico que seja contrário à sua pessoa; e 8) Conhecer os deveres contemplados nesta Lei e assumir sua responsabilidade.

Tabela – Deveres da Família

Fonte: SEÇÃO III, Artigo 9. Lei Integral para os Idosos e Aposentados

4.1 Situação econômica

Toda pessoa em sua vida ativa tem o direito e o dever de aderir a sistemas de seguridade social de natureza pública, privada ou mista, a fim de garantir um apoio econômico que lhes permita atender às necessidades de sua velhice de maneira digna (HONDURAS, 2007). No caso das profissionais de enfermagem que prestou serviços ao Estado, as organizações centralizadas, descentralizadas, e privadas gozarão dos benefícios concedidos pela lei do Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões dos Funcionários do Poder Executivo (INJUPEMP). Eles têm direito a este processo de aposentadoria de acordo com as disposições do sistema, participantes que atingiram 58 anos de idade e trabalharam não menos que dez anos (COPENH, 2009).

O valor da aposentadoria, na modalidade de Renda Vitalícia Ordinária, será o resultado da multiplicação do Salário Base Mensal por uma determinada porcentagem

com base nos anos de serviço devidamente credenciados. O percentual mencionado é calculado considerando uma base de 40% para os primeiros 15 anos de serviço acreditado e dois vírgula setenta e cinco por cento (2,75%) para cada ano adicional aos primeiros quinze 15 anos. A porcentagem total não pode exceder 80% (INJUPEMP, 2014).

A maioria dos idosos participa da economia informal, o que muitas vezes as priva das vantagens do trabalho regular. Atualmente, a posição dos idosos na população ativa inclui salários mais baixos e falta de progressão no trabalho devido a histórias de trabalho interrompidas, obrigações de ajudar a família e maior dificuldade em encontrar trabalho depois de perder o emprego⁶. Em Honduras, o desemprego é uma das tríades que obriga o idoso a permanecer em crise depressiva, considerando-o inútil. (HERNANDEZ, 2014).

Por outro lado, devido à má cobertura das pensões e sistemas de aposentadoria, os idosos recorrem a uma série de estratégias que lhes permitem manter uma fonte de renda e, portanto, ter recursos para satisfazer suas necessidades pessoais. Um deles é permanecer economicamente ativo, o que ajuda a explicar as altas taxas de participação econômica que ocorrem na velhice, principalmente entre os homens, mas em Honduras o desemprego é uma das tríades que obrigam os idosos a permanecerem em crise. depressivo, considerando-os inúteis (CASTILLO, 2013).w

Observa-se que à medida que a idade avança, a inserção no mercado de trabalho diminui. É importante mencionar que, embora a idade de aposentadoria tenha início nessas idades, há pessoas que mantêm sua independência econômica, especialmente entre pessoas na faixa etária de 60 a 74 anos, que podem ser influenciadas pela baixa renda recebida da população idosa. Além disso, como mencionado acima, muitos deles desempenham papéis de líderes de família e, devido à crise econômica em que a maioria da família se encontra, eles veem a necessidade de permanecer ativos e contribuir para atender às necessidades no lar (CASTILLO, 2013).

Manter o idoso ativo é uma vantagem, ele continua mantendo sua autonomia, mantém uma saúde mental saudável, sentindo que participa das decisões importantes da família e que é um elemento útil para mantê-la estável. O que deve ser avaliado é o ônus econômico que podem estar carregando e os dias úteis que realizam. Esta política nos explica que eles são responsáveis por se preparar para sua aposentadoria, continuar ativo deve ser uma escolha, não uma necessidade imposta por outras pessoas.

4.2 Situação de saúde

A Secretaria de Estado do Ministério da Saúde é responsável pela criação de um programa Geronto - Geriátrico para atendimento integral ao idoso e aposentado, por meio de suas redes de serviços de saúde. ⁽⁶⁾ Com base nisso, a Secretaria de Saúde, juntamente com o Diretor Geral do Idoso e o Assessor de Saúde da Família da OPAS/

OMS em 27 de novembro de 2013, inauguram um workshop para revisar a política dos Idosos e Aposentados, em sua saúde (OMS/OPS, 2013).

Ao rever o site oficial da Secretaria de Saúde (SESAL) em Honduras, se encontrará a iniciativa do programa. Ao contrário de outros programas geridos pelo Ministério da Saúde, a única informação disponível são os seus objetivos, eles não apresentam um protocolo de ação, missão ou visão (OMS/OPS, 2013). É necessário abordar a questão e tentar aprofundar o desenvolvimento de políticas nacionais que possam seguir as diferentes estratégias das unidades de saúde em diferentes níveis.

O objetivo geral da política de saúde do idoso é contribuir para manter ou recuperar a autonomia, orientando o cuidado em saúde para promover o desenvolvimento de atividades que o idoso necessita ou deseja realizar. Em termos mais amplos, contribuir para prolongar sua vida, com qualidade.

- Assegurar aos idosos o acesso oportuno a serviços de saúde abrangentes e de qualidade.
- Prevenir ou atenuar episódios de morbidade aguda ou exacerbação de patologias crônicas.
- Promover práticas de cuidado adequadas para os idosos.
- Diminuir a mortalidade devido a causas evitáveis ou evitáveis.
- Ajude bem a morrer.
- Promover estilos de vida saudáveis e autocuidado desde os primeiros estágios da vida e na velhice.
- Promover estratégias para priorizar o atendimento nas unidades de saúde do estado ou aquelas encontradas em outros acordos de assistência.
- Integrar os cuidados aos idosos no esquema de atenção primária à saúde.
- Assegurar aos idosos o acesso oportuno a medicamentos e insumos necessários para o tratamento de suas condições crônicas e degenerativas
- Exercer o papel orientador do Ministério da Saúde nos centros de cuidados a idosos e em centros de longa permanência.
- Promover a formação de recursos humanos em cuidados geriátricos e gerontológicos, bem como a formação de pessoal institucional e não institucional na prestação de cuidados e cuidados aos idosos.
- Fortalecer as ações intersetoriais e o empoderamento dos governos locais para cuidar dos idosos.

Tabela – Objetivos gerais e específicos apresentados pela OPS /OMS 2013

Fonte: Site da OPS/OMS, publicado no 2013

A falta de respeito e sensibilidade para com os possuidores de experiências e conhecimentos faz com que a cada dia aumentem não tanto as rugas de seu rosto, mas o abandono do Estado e de suas famílias. A Lei Geral do Idoso estabelece fortes sanções para os parentes que abandonam os idosos e evitam a responsabilidade de proporcionar abrigo, saúde e alimentação, no entanto, como todas as leis hondurenhas permanecem no papel e do Estado não há políticas públicas para a proteção da vida desses cidadãos (RADIO, 2014).

De acordo com a Ley Integral de Protección al Adulto Mayor, os municípios e instituições de assistência social devem incorporar em seus programas e orçamentos a criação, construção e provisão de Centros Gerontológicos para o atendimento de idosos indigentes (HONDURAS, 2007).

A Lei Geral do Idoso estabelece fortes sanções para os parentes que abandonam os idosos e evitam a responsabilidade de proporcionar abrigo, saúde e alimentação, no entanto, como todas as leis hondurenhas permanecem no papel e do Estado não há políticas públicas para a proteção da vida desses cidadãos (RADIO, 2014). Para gerar uma mudança nesse problema, é necessário realizar campanhas de divulgação das políticas públicas para que a população saiba que tem direito e quais são suas funções para melhorar a qualidade de vida da população idosa no país. Também é necessário fazer acordos com as autoridades das diferentes instituições para realizar atividades sociais de projeção social e educacional. Gerencie com empresas privadas para atender às diferentes necessidades que surgem e que a política não cobre.

Segundo o relatório do Global Index of Aging 2013, o país com as melhores condições de vida para a população idosa do mundo é a Suécia e, no caso da América Latina, o país com melhores condições para o envelhecimento é o Chile, enquanto Honduras está localizado na última posição. O documento também indica que as áreas que têm maior impacto na população de longo prazo do país são a segurança de renda limitada, os poucos ambientes adequados, o estado de saúde, emprego e educação.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo indicou que é necessário aumentar as políticas expostas para melhorar os sistemas de previdência social, financiamento e recursos humanos devidamente treinados para responder às demandas dos idosos. Como profissionais de saúde, podemos realizar análises das diferentes necessidades que são apresentadas em nossas unidades e a incidência de problemas de saúde nessa população para desenvolver políticas específicas de saúde pública para melhorar o atendimento, além que não há documentos claros.

Espera-se que a população e o governo discutam as necessidades dessa população, a integração das redes de atenção aos idosos que ainda expressam falta de conhecimento para a heterogeneidade dessa população. É fundamental que as políticas públicas que beneficiam aos idosos sejam socializadas com a população em geral, porque, de outro modo, é difícil para elas se realizarem.

Dentro das políticas observa-se que há apoio disponível para aqueles que desejam se preparar na área da geriatria, motivo pelo qual encorajo os diferentes profissionais hondurenhos a se candidatarem aos pós-graduados desta especialidade, e que compartilhem os conhecimentos adquiridos em seu treinamento com sua equipe. Criar vínculos com as universidades autônomas e privadas para implementar novos programas de especialização e mestría no país para continuar formando profissionais para atuar nas diferentes instituições do país.

REFERÊNCIAS

CASTILLO BERTRAND, Norma Adriana. **LA SITUACIÓN LABORAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN HONDURAS**. Publicado el 2013. Revista Económica y Administración (E&A), vol 4(1), pp. 47-82, 2013, IIES-UNAH.

CEPAL, CEPALSTAT. Honduras: indicadores de la estructura por sexo y edad de la población, estimados y proyectados 1950-2050. **Estadísticas e indicadores demográficos y sociales**. Disponible en: <http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas>. Acceso em: 16 de Julho del 2018.

COPENH. ART No 16 **Colegio de profesionales de enfermería de Honduras 2002-2004**. Aprobado por la asamblea el 29 de Mayo del 2009. Acceso em: 17 de Julho de 2018.

Expansión. Honduras – Esperanza de vida. **Expansión / Datosmacro**. Disponible en: <https://www.datosmacro.com/demografia/esperanza-vida/honduras>. Acceso em: 16 de Julho de 2018.

GALLARDO, Glenda; SALINAS, Jaime; POSAS, Mario; COSTAS, Patricia; CASTRO, Allan. **Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007**: segundo informe de país. Tegucigalpa: Sistema de las Naciones Unidas en Honduras, 2007. Pag. 107 – 118. ISBN: 978-99926-676-8-2

Global AgeWatch Index 2013, methodology and results. Help Age International, London. November 2013. Registered Charity No. 288180. <https://www.helpage.org/silo/files/global-agewatch-index-2013-purpose-methodology-and-results.pdf>

Human Development Report (HDR) (2013), **Human Development Report 2013**: The Rise of the South Human progress in a Diverse World – Technical Notes, UNDP, New York

HERNANDEZ, Luis. **Situación del adulto mayor en Honduras**: La vejez es el tiempo de practicar la sabiduría. Publicado en Noviembre, 2014. IGlobered – Webs personales! Disponible en línea: <http://jubilados-y-pensionados-catrachos.globered.com/categoria.asp?idcat=397>. Acceso em: 17 de Julho de 2018.

HONDURAS. Decreto-ley 199-2006, **Ley integral de protección al adulto mayor, jubilados y pensionados, Republica de Honduras**. Gaceta No. 31361 publicado el 21/07/2007. Disponible en línea: <http://jubilados-y-pensionados-catrachos.globered.com/categoria.asp?idcat=28>. Acceso em: 16 de Julho de 2018.

OMS/OPS. **Revisión de política de salud integral al adulto mayor**. 27/11/2013. Disponible en: https://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=945:se-revisa-politica-nacional-adulto-mayor-jubilados-componente-salud&Itemid=227. Acceso em: 15 de Julho de 2018.

RADIO DE PROGRESO Y EL ERIC. **Honduras sin políticas públicas efectivas de protección a los adultos mayores**. Publicado el 21/03/2014. Disponible en línea: <HTTP://RADIOPROGRESOHN.NET/INDEX.PHP/COMUNICACIONES/NOTICIAS/ITEM/806-HONDURAS-SIN-POL%C3%ADTICAS-P%C3%BABLICAS-EFECTIVAS-DE-PROTECCI%C3%B3N-A-LOS-ADULTOS-MAYORES>. Acceso em: 15 de Julho de 2018.

RNPH. Registro Nacional de Personas de Honduras. Disponible en: http://www.rnp.hn/index.php?option=com_content&view=article&id=279:brigadas-moviles-en-region-nororiental-del-pais&catid=3:destacamos. Acceso em: 16 de Julho de 2018.

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA E ATIVIDADE FÍSICA EM SAMAMBAIA, DISTRITO FEDERAL - BRASIL

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Carolina Castro Silvestre
Joseane Vasconcelos de Almeida
Bruno Cesar Goulart
Cecile Soriano Rodrigues

RESUMO: Objetivo: analisar a percepção de professores e diretores sobre a implementação de práticas corporais e de atividade física no Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Federal, Brasil. **Metodologia:** pesquisa exploratória de natureza qualitativa do tipo estudo de caso. As técnicas de coleta de dados incluíram a observação participante e o questionário semi-estruturado. Coletaram-se dados de quatro professores e três diretor(e) as das cinco escolas que aderiram ao PSE em Samambaia, DF. O material de pesquisa foi submetido a análise de conteúdo temática. As observações foram realizadas em setembro e outubro de 2015. **Resultado:** identificaram-se limites relativos à infraestrutura da escola que interferem negativamente na realização da atividade física dos estudantes. Entretanto, a atuação dos professores tem minimizado o problema. Os entrevistados apontaram dois aspectos críticos relativos à gestão do PSE: o planejamento das atividades e a ausência de capacitação dos executores do programa. **Conclusão:** existem algumas dificuldades para

a implantação efetiva do PSE local. Grande parte destas dificuldades é ocasionada pela adoção de mecanismos de gestão intersetorial local do programa, que permanece na lógica setorial. Sendo a gestão intersetorial o elemento primordial para a implantação e o desenvolvimento do PSE, este aspecto captado pela pesquisa constitui-se barreira central à sua implementação em Samambaia, DF. Em locais que aderiram ao PSE parece ser um caminho promissor a investigação sobre o que pensam professores, gestores e outros membros da comunidade escolar e do setor saúde. Sua percepção sobre gestão intersetorial participativa pode ser a chave para o entendimento dos problemas identificados.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde; Colaboração intersetorial; Programa Saúde na Escola; Saúde escolar; Tomada de decisão.

SCHOOL HEALTH PROMOTION AND PHYSICAL ACTIVITY IN SAMAMBAIA, DISTRITO FEDERAL - BRAZIL

ABSTRACT: Objective: to analyze the teachers' and directors' perceptions regarding the physical activity implementation in School Health Program (PSE). **Methodology:** qualitative case study type exploratory research. Data collected techniques were participant observation and

semi-structured questionnaire. The data was collected from four teachers and three directors from five schools that participated in PSE at Samambaia, Distrito Federal, Brazil. Research material was subject of thematic content analysis. Observations took place in September and October of 2015. **Results:** limits regarding the school infrastructure interfere negatively in the student's physical activities. However, the teacher's performance reduced the problem. The respondents pointed out critical aspects of the PSE management: unprepared program agents and poor activities planning. **Conclusion:** there are some difficulties in implementing effectively the PSE site. Many of these problems occur because of the program mechanisms choice of the local intersectoral management that remains divided by sector. Intersectoral management is the primordial element of implementing and developing the PSE. That's why this research shows it's the central barriers to the program implementation in Samambaia, DF. In sites that adopt the PSE, investigating what teachers, managers, people school-related and health professionals perception think. Their perception on participating intersectoral management could be the key to understanding the identified problems.

KEYWORDS: Promotion health; Intersectoral collaboration; Health school Program School Health; Decision making.

1 | INTRODUÇÃO

A abordagem contemporânea da promoção da saúde emergiu como conceito associado a movimentos sociais e à necessidade de mudanças em estratégias para alcançar melhor padrão de saúde e reduzir desigualdades neste campo. Essas mudanças têm caminhado na direção de uma compreensão mais ampla da saúde, para além da cura e da prevenção e insere a saúde na agenda política de, praticamente, todos os setores governamentais.

Significativamente, esta abordagem focaliza esforços nos determinantes sociais da saúde, buscando lidar com fatores de proteção e risco comuns ao processo de saúde e adoecimento, especialmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis. Determinados fatores de risco são comuns a diferentes problemas de saúde e a distribuição destes riscos ocorrem de forma desigual na população (Sheiham *et al.*, 2014).

A promoção da saúde é (PS) uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente cujas iniciativas privilegiam a participação social com vistas a construir um futuro com mais saúde. Para isso indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Dentre os campos de atuação da promoção da saúde se encontram a formulação de políticas públicas saudáveis, a construção de ambientes favoráveis à saúde, a participação social, o desenvolvimento de habilidades e a reorientação de serviços (Who, 1986b).

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Who, 1991) “conclama todos os povos nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente

na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde”. A Declaração de Sundsvall, resultante dessa Conferência, reconhece que “ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis”, devendo se tornar “objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais”.

Do ponto de vista da saúde “o termo ‘ambientes favoráveis’ refere-se aos aspectos físico e social do entorno. Este termo abrange os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer”. Nele também estão contidas as “estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão”.

As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Sob esse prisma o ambiente assume uma conotação polissêmica, que inclui o ambiente político e se constitui em “espaço para produzir saúde mediante atuação nos locais onde as pessoas vivem, aprendem, trabalham e se divertem” (Who, 1986a).

Intervenções de saúde pública na escola têm sido registradas desde o início do século XX. Entretanto a Escola Promotora de Saúde (EPS) surge posteriormente, durante a década de 1980, com o apoio da Organização Mundial de Saúde. Esta nova abordagem aplicada ao ambiente educacional parece ter potencial para o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável na infância e na juventude (Barbosa Filho, 2014). A EPS pode ser definida como “uma escola que fortalece continuamente sua capacidade como espaço saudável para se viver, aprender e trabalhar” (Who, 1998). A promoção da saúde no ambiente escolar inclui mecanismos de integração de diferentes elementos combinados para facilitar a obtenção de bons resultados educacionais e de saúde (Moysés e Rodrigues, 2004).

No Brasil, a EPS foi instituída em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 (Brasil, 2007), como Programa de Saúde Escolar (PSE) e tem como característica principal a articulação da escola com a rede de atenção primária à saúde. O pilar fundamental desta política é a gestão intersetorial participativa, um elemento bastante inovador e complexo, a ser vivenciada no âmbito institucional. A intersetorialidade como forma de intervenção na realidade social exige articulação de pessoas e instituições para integrar saberes e vivências, buscando entender e equacionar problemas de maneira compartilhada, constituindo uma rede (Junqueira, 2004). O elemento participativo busca incluir no processo de gestão uma matriz de pensamento progressista e democrática (Barbosa Filho *et al.*, 2015).

A implementação do PSE busca contribuir para o fortalecimento das ações, para o desenvolvimento integral. E, ao mesmo tempo, proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que façam esta articulação entre saúde e educação a fim de reduzir as vulnerabilidades que afetem o desenvolvimento escolar.

O Decreto nº 6.286 (Brasil, 2007) e a legislação correlata contemplam dois destes campos de atuação da PS: a elaboração de política pública saudável e a

reorientação de serviços por meio de ações a serem desenvolvidas conjuntamente pelas escolas e as Equipes de Saúde da Família. Sua implementação corresponde à “prática cotidiana da intersetorialidade” como estabelece o normativo. Essas ações estão consubstanciadas nos Componentes I, II e III. O primeiro destes Componentes se compõe da Avaliação Clínica e Psicossocial, o segundo contempla a Promoção e Prevenção da Saúde e o terceiro engloba a Formação de gestores e profissionais de saúde e educação.

Esse estudo enfoca o disposto no componente II que trata de ações voltadas para a Promoção e Prevenção da Saúde. As linhas de ação que compõem este domínio abrangem: a promoção de alimentação saudável; a promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; a educação para saúde sexual e reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e de hepatites virais (Brasil., 2011). Uma das linhas de ação relacionada ao Componente II consiste em oferecer práticas corporais, atividade física e lazer orientados e relacionados à realidade da comunidade e incluídas no cotidiano escolar. Os resultados esperados consistem no aumento do nível de prática corporal e atividade física do educando na escola (Brasil, 2007).

É importante destacar que inúmeras evidências salientam a magnitude dos problemas que demandam ações urgentes relativas às atividades físicas na escola. Estatísticas indicam que 23% dos estudantes brasileiros apresentam excesso de peso e 7,3% estão obesos (Brasil, 2011). A obesidade é apontada como fator de risco para problemas graves como hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (Burgeson *et al.*, 2001; Pinto *et al.*, 2011). Em seu estudo estes autores evidenciaram que crianças com excesso de peso têm três vezes mais chance de desenvolver hipertensão e pré-hipertensão arterial e, conseqüentemente, doenças cardiovasculares.

Para Calfas e Taylor (1994) a atividade física é um importante meio de manutenção da saúde, especialmente na prevenção da obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Ademais, jovens que praticam atividade física regularmente adquirem benefícios psicológicos como o aumento da autoestima e redução da ansiedade e da depressão. Apesar disso, no Brasil apenas 38,6% dos estudantes participam, dois dias ou mais por semana das aulas de educação física, enquanto 18,3% dos alunos não frequentam nenhuma destas aulas (Ibge, 2012).

A escola se constitui em um espaço destinado ao aprendizado, onde estão reunidos diversos jovens e adolescentes que compartilham experiências e vivências, estabelecendo uma relação entre os educadores, educandos, pais e responsáveis.

Essa é a razão pela qual a escola se torna um espaço propício às relações para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e para adoção de estratégias que promovam mudanças no ambiente para prevenir as doenças associadas à obesidade (Pate *et al.*, 2006).

Nesse sentido, diferentes autores salientam a grande relevância que o ambiente adquire ao se desenvolverem ações voltadas para promover saúde (Burgeson *et al.*, 2001; Pate *et al.*, 2006; Dodson *et al.*, 2008; Albuquerque *et al.*, 2014; Hood *et al.*,

2014)

Levando em conta a tendência de aumento da obesidade infanto-juvenil (Schmidt *et al.*, 2011) faz-se necessário o desenvolvimento de ações voltadas para o ambiente, dado o ambiente é guia de comportamento individual. De forma exploratória, esta pesquisa traça um diagnóstico atual de um caso concreto: como vem ocorrendo a implementação do PSE em escolas que aderiram ao programa em uma Região Administrativa do Distrito Federal. As perguntas condutoras foram: qual a percepção de professores e diretores sobre o PSE em escolas signatárias do programa? Que aspectos facilitam e dificultam sua implementação?

2 | OBJETIVO

Analisar a percepção de professores e diretores sobre a implementação do Programa Saúde na escola no que se refere às práticas corporais e de atividade física, nas escolas da Coordenação Regional de Educação (CRE) em Samambaia, DF.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, desenvolvida em cinco escolas que aderiram ao PSE em Samambaia, Distrito Federal.

Adotou-se o método de investigação do tipo *estudo de caso* onde um fenômeno contemporâneo é estudado dentro de seu contexto da vida real, sendo pouco definidos os limites entre o fenômeno e o contexto (Yin, 2015). Em geral representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que” na problematização do tema de pesquisa.

O trabalho de campo de um estudo de caso é precedido da exposição do problema de pesquisa (questões orientadoras), do enunciado de proposições que compõem a teoria preliminar a ser avaliada a partir dos achados, de uma plataforma teórica, de estratégias de coleta e análise dos dados com possível triangulação de dados e prováveis encadeamentos de evidências e avaliações da teoria previamente admitida, com a finalidade de se construir uma explicação do objeto de estudo: o caso (Martins, 2008).

Esse tipo de investigação consiste em reunir o maior número de informações detalhadas, mediante uso de diferentes técnicas de pesquisa, visando apreender a totalidade de uma situação, descrever a complexidade de um caso concreto e compreendê-lo em seus próprios termos (Goldemberg, 2001).

A coleta de dados foi realizada através de observação participante e de um questionário semi-estruturado. De acordo (Minayo, 2009), a observação participante configura um processo no qual o pesquisador adota uma postura empática na observação de uma realidade do cotidiano orientado por um roteiro condizente com os

objetivos e o plano de pesquisa. Para Junker (Junker, 1960) e Patton (Patton, 1984) as modalidades de observação podem ser: participação total, participação como observador; observador como participante e observação total.

As pesquisadoras-observadoras (CCS e JVA) acompanharam o desenvolvimento das aulas teóricas e práticas de educação física e as atividades desenvolvidas pelos professores de educação física ou de outros professores responsáveis pelas ações nas cinco escolas. As visitas delas tiveram a duração de cinquenta minutos, em dias e horários alternados combinados previamente com os professores nos meses de setembro e outubro de 2015.

As cinco escolas pesquisadas foram aqui denominadas A, B, C, D e E. No sítio do Ministério da Educação disponível no endereço eletrônico simec.mec.gov.br elas constavam como signatárias do termo de compromisso com o PSE no que se refere ao Componente II e às ações voltadas para as Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer no ano de 2014.

O questionário pode ser definido como uma técnica de investigação submetida a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, entre outros (Gil, 2008). Utilizaram-se, predominantemente, questões abertas para possibilitar ampla liberdade aos respondentes quanto ao desempenho de suas atividades no PSE. As perguntas referiam-se exclusivamente à operacionalização do PSE na instituição educacional e às barreiras e facilidades encontradas por eles no desenvolvimento das ações até então realizadas.

Um total de quatro professores e três diretores concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Brasília número 1.176.347.

A avaliação dos questionários ocorreu inicialmente a partir de uma leitura flutuante. Nesse momento podem surgir determinadas intuições a que convém formular hipóteses, ou seja, as informações colhidas podem não apresentar caráter exclusivamente funcional, mas podem carregar consigo fatores simbólicos. Esta análise de conteúdo é uma técnica de investigação que possui a finalidade de descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto da comunicação (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo trabalha tradicionalmente com materiais textuais escritos, mas é possível aplicar o método a imagens ou sons (Bauer e Gaskell, 2017). O material textual pode ser de dois tipos, construídos no processo de pesquisa, tais como transcrições de entrevistas e protocolos de observação e textos que já foram produzidos para outras finalidades, como jornais, relatórios organizacionais. Todos estes textos podem ser trabalhados para fornecer respostas às perguntas do pesquisador. Nesta pesquisa, a análise de conteúdo será aplicada às transcrições de entrevistas em profundidade.

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se, em torno do processo de categorização (Bardin, 2011; Bauer e Gaskell, 2017). Diversas

considerações atuam na construção de um referencial ou sistema de categorias. Um sistema de categorização implica valores teóricos. Coerência e transparência são consideradas bons critérios na construção de um referencial de codificação para a análise de conteúdo.

Para simplificar a tarefa da análise de conteúdo, a identificação de *subcategorias* ou atributos inerentes às categorias, isto é, conceitos de ordem hierarquicamente inferior aos da categoria e que deverão concorrer para caracterizar as categorias, já que estas são conceitos de uma generalidade maior relativamente às subcategorias. Por sua vez as sub-categorias deverão apoiar-se em *unidades de registo*, ou seja o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise, colocando-o numa dada categoria, que serão ‘palavras’, ‘expressões’ ou ‘frases’ a partir das quais se faça a inferência do atributo a que essa unidade de registo se encontre associadas.

A categorização foi estabelecida a partir da exploração do material de pesquisa. Desse modo vieram em relevo categorias relacionadas à gestão do PSE e à infraestrutura para desenvolvimento das ações do PSE.

4 | RESULTADO

Após leitura e exploração de todo material transcrito a partir do processo de coleta de dados, foi possível agrupar o conteúdo de acordo com seu sentido. Assim, algumas categorias temáticas emergiram para análise. Estas categorias foram: gestão do PSE e infraestrutura para desenvolvimento das ações do PSE.

4.1 Gestão do Programa Saúde na Escola

A gestão criteriosa de uma política ou programa de saúde é um dos pontos cruciais para determinar o seu sucesso. No caso da gestão intersetorial, como é o caso do PSE, (envolve pelo menos dois setores, saúde e educação) isso se torna ainda mais desafiador. Os atores pesquisados apontaram dois aspectos críticos relativos a gestão do PSE: o planejamento das atividades e capacitação dos executores do programa.

Os professores foram selecionados para responder ao questionário por estarem em contato direto com os alunos e serem os responsáveis pelo planejamento das ações desenvolvidas nas aulas. Essa responsabilidade individual contrasta com a lógica da decisão compartilhada típica da gestão intersetorial.

Quanto ao planejamento das ações, os professores entrevistados nas escolas B, C e E afirmaram desconhecer plano de aula para o desenvolvimento das atividades do PSE. Apenas o entrevistado da escola D teve acesso a um plano de aula. Nessa mesma direção, três dos professores reconheceram que os objetivos do PSE foram atingidos, apesar de não especificarem quais.

Todos os entrevistados mencionaram a falta de capacitação direcionada às

pessoas envolvidas nas atividades propostas pelo PSE. Essa dificuldade relativa à formação da equipe gestora/executora do PSE também foi identificada no trabalho de Budd *et al.* (2012) e Chiari *et al.* (2018). Entretanto esta etapa constitui o Componente III do PSE e é determinante para sua adequada implantação (Brasil, 2011).

O arcabouço legal estabelece a constituição de Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) nas diferentes esferas de governo e suas competências. Cabe ao GTI Federal garantir o acompanhamento da execução do PSE mediante a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE); ao GTI Estadual realizar apoio institucional e mobilização do PSE nos municípios de seu território e ao GTI Municipal assegurar que os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão dos recursos de maneira integrada entre as equipes da escola e da Unidade Básica de Saúde/Saúde da Família.

Quanto à CIESE é de sua responsabilidade: apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica; propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas de governo; acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do programa (Brasil, 2007; Brasil, 2011).

Os três diretor(a)s que responderam ao questionário foram unânimes em reconhecer a importância do PSE como meio de acesso dos escolares à saúde. Mas, aguardavam orientações da Coordenação Regional de Ensino ou do PSE para procederem à renovação do termo de compromisso da escola com o PSE. Apesar de considerarem relevante e de manifestarem “total interesse em aderir ao PSE”, ao ser questionado sobre os eixos a serem trabalhados, o(a) diretor(a) responde: “Sinceramente desconheço o PSE” e acrescenta que a escola “não renovou o termo de compromisso”. A centralização para a tomada de decisão e o desconhecimento sobre o PSE desvelados nas falas do(a)s diretor(a)s foram evidenciados também no estudo de Chiari *et al.*, (2018).

Um dos diretores reconhece que a única ação do PSE desenvolvida se refere à educação em saúde bucal. Em outro momento, comentando sobre o assunto, este fato que foi ressaltado espontaneamente por um dos professores de educação física. As respostas dos diretor(e)s sugerem a falta de informação acerca do PSE, ao passo que o normativo legal determina que o fornecimento de material para implementação das ações é tarefa do Ministério da Educação. Os resultados indicam, ao mesmo tempo, a ausência do monitoramento e de avaliação permanentes previstos nas diretrizes para implantação do arcabouço legal vigente (Brasil, 2007).

Nos Estados Unidos da América (EUA) algumas ações influenciaram a implementação da política de bem-estar na escola: a informação da equipe quanto às exigências da política; o estabelecimento de uma força-tarefa; o desenvolvimento de procedimentos administrativos para orientar a implementação da política; a capacitação do pessoal para implementar a política. Enquanto que os principais desafios foram: a

falta de coordenação da equipe da política, de recursos financeiros, de prioridade, de cooperação e de apoio do pessoal, de aceitação dos estudantes, de formação, de assistência técnica, de conhecimento e de liderança (Budd *et al.*, 2012).

Nos EUA um projeto conjunto entre o Instituto de Pesquisa Social da Michigan University e o Instituto para a Pesquisa em Saúde e Política da Universidade de Illinois elaborou um documento denominado “Bridging the Gap”. Seu objetivo era melhorar a compreensão de como as políticas e os fatores ambientais afetam a dieta e a atividade física na juventude. O programa identifica e rastreia informações nos níveis nacional, estadual, comunidade e escola; sugere mudanças ao longo do tempo; disponibiliza ações que representam um avanço efetivo para reverter a epidemia de obesidade infantil.

Algumas iniciativas indicadas no “Bridging the Gap” incluem: maximizar as oportunidades de inclusão de escolares por meio da divulgação da política para os pais e a comunidade; incrementar medidas de avaliação dessas políticas; fornecer os recursos necessários para capacitar e elucidar a concepção, a implementação, a promoção, a difusão e a avaliação das políticas (Hood *et al.*, 2014).

4.2 Infraestrutura para Desenvolvimento das ações do PSE

Ambiente Físico: Nas escolas A, B, C, D e E a atividade física se desenvolvia na quadra cujo elemento em comum é a ausência de cobertura, excessão feita à escola A. No Distrito Federal nos meses de setembro e outubro o calor é intenso. Em alguns momentos a umidade relativa do ar cai para 20%, muito abaixo do limite de 60% considerado confortável para a saúde humana (Oms, 2014). Assim sendo, a inexistência de teto nas quadras compromete a implementação das ações, expõe o corpo docente e discente aos efeitos do sol e torna-se motivo de queixa dos estudantes. Em face do clima e das más condições do ambiente a duração média das aulas nas escolas de Samambaia era de trinta minutos, próximo aos 35,6 minutos reportados na pesquisa de (Kremer *et al.*, 2012). Segundo os resultados encontrados por estes autores “parte do tempo das aulas não tem a duração aproveitada por completo”. Entretanto a recomendação é de sessenta minutos diários de exercício físico de moderado a vigoroso em atividade prazerosa individual ou em grupo (Biddle S, 1998; Strong *et al.*, 2005).

A despeito de apresentarem condições precárias e em quantidade insuficiente os bebedouros estavam situados nas proximidades das quadras para os estudantes tomarem água após os exercícios, exceto na escola C, na qual os educandos precisavam se deslocar para o interior da escola. Nela a área destinada à recreação é bem ampla, tem um parque com balanço e escorregador, além de bancos de madeira e pneus dispostos ao ar livre. Os educandos ocupavam essa área e desempenhavam a atividade que escolhiam livremente sob a supervisão da professora.

Na escola E, apesar da precariedade das condições da quadra o espaço destinado à prática da recreação é amplo, arejado, gramado, com algumas árvores. Ali

há também um parque de madeira e brinquedos de metal. Na escola A a quadra tem cobertura e dispõe de equipamentos em boas condições para a prática de esportes. Nos dias da observação, após o aquecimento o professor começava a ensinar voleibol. O material necessário para a realização da aula estava em ótimas condições.

Na escola B a atividade física era desenvolvida na quadra, mas o recinto era compartilhado com outra turma de estudantes. Então, para conciliar tempo e espaço os professores utilizavam um largo corredor com sombra que se situa perto dali. Esse local era utilizado como forma de acomodar as muitas turmas nos horários disponíveis. No que se refere à adequação do espaço físico para os exercícios os professores das escolas B, D e E consideraram adequado, enquanto os professores das escolas C e A discordaram.

O estudo de Burgeson *et al.* (2001) resumizou os principais obstáculos à implementação adequada de educação física nas escolas que são compatíveis com os achados dessa investigação: a educação física não constitui prioridade para a escola nem para os estudantes; a insuficiência de recursos financeiros para manutenção de quadras e de equipamentos; o despreparo de profissionais. Acrescente-se a isso a dispensa injustificada de estudantes e o cancelamento das aulas de educação física em detrimento de outras atividades (Damazio e Silva, 2008).

Essa falta de interesse dos escolares foi identificada na pesquisa de Burgeson *et al.* (2001). Apenas o professor da escola D afirma a participação plena dos educandos nas atividades propostas, os outros professores reconhecem que não há participação da totalidade dos estudantes. A justificativa que apontaram para isso foi a precariedade das instalações ou a reduzida afinidade dos escolares às práticas corporais e de atividade física. Isso corrobora a observação realizada em Samambaia que detectou grupos de escolares distanciados do local da aula conversando entre si ou com o próprio professor. Essa indiferença em relação às aulas de educação física foram salientadas no estudo de (Kremer *et al.*, 2012). O único professor que identificou aumento do interesse dos estudantes pelas práticas corporais e de atividade física desenvolvidas depois da adesão da escola ao PSE acrescenta não ter sido informado acerca do PSE. Isso reforça a observação que nenhum dos professores associava o desenvolvimento dessas práticas ao PSE.

Recursos Humanos - A observação das escolas evidenciou que apenas as escolas A, B, D e E dispunham de professor de educação física. Enquanto que na escola C a ausência deste profissional, outros professores desenvolviam atividade física e se responsabilizavam pelo desenvolvimento das ações do PSE. Nesse caso havia predomínio das atividades recreativas, cuja importância é possibilitar aos educandos desenvolverem a psicomotricidade e participarem de jogos ativos. No que se refere à frequência das aulas verificou-se que nas escolas C, D e E ocorrem uma vez por semana, enquanto que nas escolas A e B ocorrem duas vezes.

Apesar da dedicação dos professores, alguns dos estudantes preferiam ter o tempo livre, mesmo sabendo que perderiam ponto na matéria. Outros priorizavam a

conversa com os colegas ou com o próprio professor enquanto seus companheiros demonstravam entusiasmo completando com êxito as atividades propostas.

Alguns materiais usados pelos professores nas escolas: bola, 2 cordas, 1 colchonete, bambolê, pneus sobrepostos com umas tábuas fixas, provavelmente para prática de atividade com obstáculos. O conjunto de atividades observadas permite afirmar que entre professores e estudantes prevalecia a interação e a atitude inclusiva sem qualquer tipo de restrição relacionada à roupa usada pelos escolares, adequada ou não à prática de esportes, ao uso de tênis ou de sapatilhas. Nas escolas B, C, D e E as aulas aconteciam em clima de descontração, de respeito e amizade. Os educadores utilizavam uma linguagem adequada ao grupo com o qual trabalhava e propunham atividades bem elaboradas que exigiam atenção e coordenação motora.

Enquanto a escola B dispunha de cinco professores de educação física e trinta e quatro turmas, a escola D tem apenas um para atender quarenta e oito turmas, as escolas E e A tinham três para quinze turmas e quatro professores para quarenta turmas respectivamente. A avaliação que eles fizeram do quantitativo de professores de educação física relacionado ao número de turmas é de insuficiência. Na escola C não havia professor de educação física, as atividades recreativas eram acompanhadas por uma professora da escola.

Ao responderem ao questionário os professores das escolas C, D e E consideraram satisfatória a duração da aula de cinquenta minutos, mas para o professor da escola B os cento e vinte minutos de recreação são insuficientes. Confirmando a observação efetuada o conjunto dos professores mencionaram a quadra como local onde ocorrem as atividades físicas.

Ratificando as observadoras os respondentes consideram ótima a relação com os estudantes, que classificam como descontraída, amistosa, informal e com maior liberdade. Um aspecto interessante a ser citado é a flexibilidade dos professores ao propor diferentes atividades e, dentre estas, os estudantes aderem àquelas que mais lhes agradam. Nesse ínterim o restante da turma joga futebol ou queimado, revelando uma característica inerente ao professor de educação física, a criatividade. À exceção da escola B todos os professores confirmaram a existência de atividades extracurriculares com foco na prática da atividade física. Nesse sentido mencionam os jogos interclasses, os jogos de integração com outras escolas, os jogos escolares de Samambaia, além de outras modalidades como dança, relaxamento e gincanas.

5 | CONCLUSÕES

No período dessa pesquisa observaram-se inúmeras dificuldades para a implantação efetiva do PSE local. Constatou-se que a maior parte destas dificuldades são decorrentes de deficiências na gestão intersetorial do programa. Este estudo mostrou que investigar o que pensam os professores e gestores da educação sobre

aspectos específicos do PSE é um caminho promissor para o entendimento dos problemas.

Sob o ângulo da operacionalização do PSE as principais fragilidades se referem ao planejamento das atividades e à capacitação dos executores do programa. Assim sendo, recomenda-se antepor a etapa de formação dos gestores com ênfase na colaboração intersetorial. É importante destacar que não existe um modelo único de gestão intersetorial. Cada experiência tem suas peculiaridades que devem ser conhecidas, analisadas e, só então, equacionadas em um plano de trabalho e avaliação. Os dois ou mais setores envolvidos devem encontrar formas de atuação conjunta.

Aspectos de infraestrutura também foram mencionados e constituem algumas das barreiras importantes à implementação de políticas como o PSE.

A implantação e implementação efetiva do PSE irá requerer compromisso de todos os níveis de governo. As políticas e as práticas de promoção da saúde adotadas nas escolas impactam a vida de milhões de crianças e adolescentes em todo país. Por essa razão sugere-se a aceleração da mudança no ambiente escolar com vistas a incrementar a participação dos estudantes na prática de atividades físicas. Isso constitui importante meta para melhorar saúde de crianças e jovens e enfrentar com êxito o excesso de peso, obesidade e outros problemas de saúde que afetam esse segmento populacional.

Diante do reconhecimento da importância do papel que as escolas podem desempenhar na promoção da saúde de crianças e jovens e da existência de arcabouço legal favorável à implementação do PSE questiona-se: o que impede os gestores, nas diferentes esferas, operacionalizarem a gestão intersetorial local do programa.

Uma fragilidade dessa investigação consistiu na ausência da percepção de outros atores do processo. Pesquisar o que pensam professores, gestores e outros membros da comunidade escolar e do setor saúde local, onde houve adesão ao PSE, para compreender o que pensam sobre gestão intersetorial participativa, parece ser um caminho promissor para o entendimento dos problemas apontados.

O delineamento desse estudo circunscreve às práticas corporais e da atividade física nas escolas como ação de promoção da saúde, excluindo outros aspectos recomendados no PSE. Com relação a esses dois limites da pesquisa sugerem-se novas investigações, com desenhos voltados a ampliar o escopo e o foco com vistas a contemplar tais objetos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. M. R. et al. Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória1. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 604-615, 2014. ISSN 0104-1290.

BARBOSA FILHO, E. A. et al. **Territorialização e gerencialismo: configurações das políticas**

sociais no estado neoliberal. 2015. Disponível em <http://www.madres.org/documentos/doc20130123131103.pdf>

BARDIN, L. Análise de conteúdo 70. ed. **São Paulo: Almedina Brasil,** 2011.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Editora Vozes Limitada, 2017. ISBN 8532656196.

BIDDLE S, S. J., CAVIL N. . **Policy framework for young people and health-enhancing physical activity.** Young and active? Young people and health enhancing physical activity: evidence an implications. : P. 3-16. p. 1998.

BRASIL. DECRETO Nº 6.286. **Diário Oficial da União,** v. Seção 1, p. 2, 6 DE DEZEMBRO DE 2007 2007. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm >.

BRASIL. PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Tecendo caminhos da intersetorialidade., 2011. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passos_a_passo_pse.pdf >.

BUDD, E. L. et al. Factors influencing the implementation of school wellness policies in the United States, 2009. **Preventing chronic disease,** v. 9, 2012.

BURGESSON, C. R. et al. Physical Education and Activity: Results from the School Health Policies and Programs Study 2000. **Journal of School Health,** v. 71, n. 7, p. 279-293, 2001. Disponível em: < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1746-1561.2001.tb03505.x> >.

CALFAS, K. J.; TAYLOR, W. C. Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. **Pediatric exercise science,** v. 6, n. 4, p. 406-423, 1994. ISSN 0899-8493.

CHIARI, A. P. G. et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, p. e00104217, 2018. ISSN 0102-311X.

DAMAZIO, M. S.; SILVA, M. F. P. O ensino da educação física e o espaço físico em questão. **Pensar a prática,** v. 11, n. 2, p. 189-196, 2008. ISSN 1980-6183.

DODSON, E. A. et al. Worksite policies and environments supporting physical activity in midwestern communities. **American Journal of Health Promotion,** v. 23, n. 1, p. 51-55, 2008. ISSN 0890-1171.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** 6a. Ed. 2008.

GOLDEMBERG, M. **A arte de pesquisar** In: ED., R. (Ed.). . 5ª ed. , 2001. p.107 p.

HOOD, N. E. et al. Physical activity breaks and facilities in US secondary schools. **Journal of School Health,** v. 84, n. 11, p. 697-705, 2014. ISSN 0022-4391.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar** 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

JUNKER, B. **Field work: An introduction to the social sciences.** 1960.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade,** v. 13, p. 25-36, 2004. ISSN 0104-1290.

KREMER, M. M.; REICHERT, F. F.; HALLAL, P. C. Intensidade e duração dos esforços físicos em aulas de Educação Física. **Revista de Saúde Pública,** v. 46, p. 320-326, 2012. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102012000200014&nrm=iso >.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisa no Brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v. 2, n. 2, p. 9-18, 2008. ISSN 1982-6486.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social Teoria, Método e Criatividade**. 29 ed. 2009.

MOYSÉS, S.; RODRIGUES, C. Ambientes saudáveis: uma estratégia de promoção da saúde bucal de crianças.. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Editora Santos, p. 81-96, 2004.

OMS. Qualidade do ar e saúde. In: **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** 2014.

PATE, R. R. et al. Promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Physical Activity Committee) in collaboration with the Councils on Cardiovascular Disease in the Young and Cardiovascular Nursing. **Circulation**, v. 114, n. 11, p. 1214-1224, 2006. ISSN 0009-7322.

PATTON, M. **Qualitative Evaluation Methods**. 6a. Ed. 1984.

PINTO, S. L. et al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1065-1075, 2011. ISSN 0102-311X.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. 2011.

SHEIHAM, A. et al. **Promoting the Oral Health of Children: Theory & Practice**. Quintessence Editora, 2014. ISBN 857889037X.

STRONG, W. B. et al. Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. **The Journal of Pediatrics**, v. 146, n. 6, p. 732-737, 2005. ISSN 0022-3476. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.055> >. Acesso em: 2016/03/05.

WHO. First International Conference on Health Promotion, Ottawa. 21 November 1986a. Disponível em: < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> >.

First International Conference on Health Promotion. The Ottawa Charter on Health Promotion. 1: 1-2 p. 1986b.

Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden., 9-15 June 1991. Disponível em: < <http://www.cabdirect.org/abstracts/19971412661.html> >.

WHO's global school health initiative: Health promoting schools. **Geneva: World Health Organization**, 1998.

YIN, R. K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015. ISBN 8582602324.

PRÁTICAS EDUCATIVAS DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA ENFERMARIA NEUROCIRÚRGICA

Lorena Cavalcante Lobo

Enfermeira Residente no Hospital Universitário Getúlio Vargas. E-mail: lorena.cavalcante.lobo@gmail.com

Suellen Moura Rocha Ferezin

Enfermeira Residente no Hospital Universitário Getúlio Vargas. E-mail: suellenmrf@gmail.com

Andreza Marreira de Lima Pinto

Enfermeira EBSEERH HUGV; Enfermeira do HPS Dr. João Lúcio Pereira Machado - COOPENURE. Enfermeira Preceptora da Residência Multidisciplinar HUGV. E-mail: andrezamarreiro@hotmail.com

Grety Price Vieira

Enfermeira EBSEERH HUGV. Preceptora da Residência Multidisciplinar HUGV. E-mail: gretypricev@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A educação em saúde é mencionada como um processo contínuo de construção e de reconstrução acerca do conhecimento, com o enfoque em ações que auxiliem na cidadania, na autonomia do cuidado de pessoas, grupos e comunidades¹. Para isto, as práticas educativas em saúde são recomendadas numa vertente dialógica, emancipadora, participativa, criativa e ancorada na subjetividade dos sujeitos do processo. Objetivo: Relatar a experiência dos residentes da equipe multiprofissional em saúde funcional,

frente às práticas educativas desenvolvidas na enfermaria de neurocirurgia de um hospital universitário. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência da atividade de educação em saúde, realizada pela equipe de residentes do programa de Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas, nos meses de agosto a novembro 2017. As temáticas abordadas foram selecionadas a partir de problemas mais emergentes no período citado, a saber: segurança do paciente, higienização das mãos, normas e rotinas do hospital, segregação do lixo e educação postural com enfoque no acompanhante. **DISCUSSÃO:** O desenvolvimento das ações de educação em saúde nas enfermarias da clínica neurocirúrgica possui como pilar as ideias de Freire. Dessa forma, estimula-se a apresentação dos sujeitos (pacientes/ acompanhantes), o diálogo, a troca de ideias e espaços para a reflexão. Os materiais utilizados foram: aparelho eletrônico como o tablet e folders elaborados pela equipe de residentes, com a finalidade de utilizar algo visual e simples de compreender, para o despertar da problemática e ao fim, deixar a informação com os mesmos através dos folders. O primeiro tema a ser trabalhado foi sobre a segurança do paciente, explicar as cinco etapas adotadas pelo hospital. O segundo

encontro foi sobre a lavagem das mãos, quando realizar e o passo a passo para a realização correta. O terceiro encontro foi sobre as normas e rotinas do hospital, com enfoque sobre o excedente de materiais que os pacientes estavam nas enfermarias, o penúltimo encontro foi sobre a segregação do lixo, visto que em todas as enfermarias possuem dois tipos de lixeiras uma para lixo comum e outra de lixo infectante, o foco foi sensibilizar sobre a utilização adequada destas. O último encontro foi sobre educação postural, orientação sobre como realizar as atividades de vida diária instrumental, enfatizando a importância dos exercícios de alongamento. O objetivo proposto para a atividade de educação em saúde foi alcançado, visto que todas as informações pertinentes dentro do prazo estabelecido, foi realizada, com participação ativa dos sujeitos e acompanhantes. **CONCLUSÃO:** A troca de conhecimento, processo de escuta ativa e a sensibilização dos pacientes e acompanhantes para a conscientização da problemática apresentada, consolida-se como um exercício de empoderamento do indivíduo, da família e comunidade, para estes serem o protagonista do seu autocuidado.

REFERÊNCIAS

Gazzinelli, Maria Flavia et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 jul. 15] ; 49(2): 0284-0291. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200284&lng=pt.

RIR É O MELHOR REMÉDIO

Caroline Link

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Leandra Schneider

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Ana Flávia Botelho

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Therency Kamila dos Santos

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Fabiana Postiglione Mansani

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

RESUMO: O ambiente hospitalar busca restabelecer o estado de saúde de um indivíduo frente às suas necessidades biológicas. No entanto, durante a internação, também ocorre intensificação de suas necessidades sociais e psíquicas, em razão de fatores como a mudança na rotina social, profissional, além dos efeitos causados diretamente pela enfermidade ou suas incertezas e que culminam em estresse. A

atuação de palhaços no hospital visa contribuir para a redução do estresse e promoção, ao menos do ponto de vista psíquico, do bem estar dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, estes últimos, cujo contexto e rotina de trabalho, pode ocasionar exaustão física e emocional. O aparecimento do palhaço no ambiente hospitalar está relacionado a transfusões de milk-shake e transplante de nariz vermelho, como também e principalmente, a sua capacidade de inovar e desafiar paradigmas. Dentro disso, o projeto de extensão Palhaçoterapia, desenvolvido por acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), tem por objetivo, através da intervenção com os palhaços, promover um momento de alegria, risos e distração para o paciente durante a internação, assim como, propiciar aos integrantes a oportunidade de aprimorar sua empatia, compaixão e habilidades comunicativas. Assim sendo, buscou-se, através de busca ativa na literatura científica, encontrar embasamento para justificar os objetivos propostos pelo projeto de extensão.

PALAVRAS-CHAVE: Palhaçoterapia. Humanização. Hospitalização.

ABSTRACT: The hospital environment seeks to restore the state of health of an individual facing their biological urges. However, during

hospitalization, there is also an intensification of their social and psychic needs, due to factors such as changes in social and professional routine, as well as the effects have caused directly by the illness or its uncertainties, which culminate in stress. The performance of clowns in the hospital aims to contribute to the reduction of stress and promotion, at least from the psychic point of view, of the welfare of patients, caregivers and health professionals, the latter whose context and work routine can cause physical exhaustion and emotional. The appearance of the clown in the hospital environment is related to milk shake transfusions and red nose transplantation, but also, mainly, its capacity to innovate and challenge paradigms. Within this, the Palhaçoterapia extension project, developed by academics of the Medicine and Nursing courses of the Ponta Grossa State University (UEPG), aims, through intervention with the clowns, to promote a moment of joy, laughter and distraction for the during hospitalization, as well as providing members with the opportunity to improve their empathy, compassion and communicative skills. Therefore, we seek, through an active search in the scientific literature, to find a basis to justify the objectives proposed by the extension project.

KEYWORDS: Clown therapy. Humanization. Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Antropologia, existem certas necessidades humanas tidas como universais, as quais podem ser divididas em biológicas, sociais e psíquicas. As necessidades biológicas estão relacionadas à sobrevivência e perpetuação da espécie, envolvendo desde alimentação e abrigo até eventos biologicamente adversos, tais como doenças. As necessidades sociais, por sua vez, derivam da tendência inata do homem à convivência em grupo. Por fim, as necessidades psíquicas, de difícil definição, objetivam a felicidade e satisfação humanas, seja através da obtenção de reação favorável por parte de terceiros, ou desabafos psicológicos (LINTON, 1962).

No ambiente hospitalar, há uma busca por restabelecer o estado de saúde frente às necessidades biológicas, como também há uma intensificação das necessidades sociais e psíquicas. Esse reforço de necessidades psíquicas e sociais ocorre em um momento em que o paciente encontra-se exposto a diversos fatores estressantes que a internação envolve, como, por exemplo, a mudança na rotina social e familiar, questões profissionais, além das perspectivas negativas intrínsecas de uma enfermidade ou suas incertezas (CASTRO; PERUCH; FERREIRA, 2014).

Partindo do pressuposto de que o riso é um notório sintoma de saúde física e mental, individual e coletiva (MENEZES, 1974), a terapia do riso por meio da atuação de palhaços no hospital pode contribuir de forma significativa para reduzir o estresse e promover, ao menos do ponto de vista psíquico, o bem estar dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde, que, constantemente, pelo contexto e rotina de trabalho, podem se encontrar em estado de exaustão física e emocional (CASTRO; PERUCH; FERREIRA, 2014).

A origem dos elementos que caracterizam os palhaços como conhecemos

hoje remontam à antiguidade, em que máscaras eram usadas em ritos tribais e procedimentos de cura (SATO et al, 2016). A delimitação das características do palhaço como um personagem cômico ocorreu na Europa da Idade Média, com a figura do bobo da corte, cuja função era entreter a nobreza com suas palhaçadas para provocar o riso, mas além de caracteres pitorescos, possuíam um espírito rebelde e anárquico, que os possibilitava de fazer críticas que as demais pessoas não ousariam por temor a prisão ou condenação à morte (RODRIGUES; FILHO, 2013).

Na contemporaneidade, o humor foi universalizado, entretanto o palhaço não perdeu sua capacidade de promover o riso, inovar e desafiar paradigmas. Assim foi sua inserção em ambiente hospitalar. Quando em 1986, o diretor do Big Apple Circus de Nova York, Michael Christensen, após receber um convite para se apresentar em uma comemoração ao dia das crianças no Columbia Presbyterian Babies Hospital, decidiu realizar uma sátira ao dia-a dia hospitalar, com direito a transfusões de milk-shake e transplantes de nariz vermelho (CASTRO; PERUCH; FERREIRA, 2014).

Após o resultado positivo do trabalho e autorização do hospital, Michael passou a visitar frequentemente as crianças enfermas. Modificando a rotina do hospital, o internamento passou a ser uma ocorrência menos angustiante, monótona e, na medida do possível, mais alegre. A partir disso, o hospital resolveu dar continuidade a este trabalho, e a partir do investimento, surgiu a Clown Care Unit, da qual se originaram diversas iniciativas semelhantes (CASTRO; PERUCH; FERREIRA, 2014).

Motivados por essas experiências e tendo a alegria como instrumento, e o acadêmico universitário como mediador, estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG desenvolveram o projeto de extensão Palhaçoterapia. A fim de que durante a internação, geralmente caracterizada pelo medo, estresse e incertezas do paciente, a interação com os palhaços possa promover um momento de alegria, risos e distração para o paciente, minimizando suas angústias e aliviando a tensão em que pode estar. Além das contribuições feitas à comunidade, os integrantes do projeto tem oportunidade de aprimorar sua empatia, compaixão e habilidades comunicativas.

2 | OBJETIVOS

O propósito do Projeto de Extensão Palhaçoterapia é possibilitar a redução do estresse e a melhora do bem estar do paciente internado, acompanhantes e profissionais de saúde, assim como, propiciar aos acadêmicos participantes melhora de suas habilidades comunicativas e maior desenvolvimento da sensibilidade e empatia ante um paciente como um todo e não apenas como a enfermidade que o acomete. Dessa forma, promovendo a ressignificação do ambiente hospitalar com conseqüente melhora no bem-estar emocional de pacientes, acompanhantes e funcionários.

De acordo com o que foi acima explanado, o presente resumo buscou encontrar na literatura científica embasamento que justifique os objetivos propostos pelo projeto

de extensão.

3 | METODOLOGIA

Evidencia-se que a opinião existente no senso comum de que o palhaço consiste em colocar uma “roupa engraçada” e digirir-se ao nosocômio é completamente errônea. Em palavras simples, não é porque está sendo desenvolvido um trabalho de forma voluntária que deve ser de má qualidade. Com isso e por motivos já descritos, o palhaço, a nível hospitalar, encontra-se em ambiente que não é o seu “habitat natural”, logo é necessário certa adaptação e que certos cuidados sejam tomados. Logo, trata-se de uma atividade que requer extensa aprendizagem e capacitação para que possa produzir benefício ao paciente, ou ao menos não prejudicá-lo, como por exemplo, no que diz respeito aos riscos de contaminação, a qual pode ocorrer até mesmo pelo uso de matérias impróprios para o ambiente e que não possam ser esterilizados e/ou desinfetados.

Durante o primeiro semestre do projeto de extensão, os acadêmicos participaram de oficinas realizadas em parceria com a ONG Doutores Palhaços SOS Alegria. A partir de reuniões quinzenais, de aproximadamente duas horas, os integrantes, 14 discentes e um docente (Figura 1), foram expostos a metodologias de abordagem direcionadas ao auto-conhecimento, desenvolvimento do trabalho em coletivo, relação com o paciente e com as situações adversas relacionadas ao psicológico humano. Os acadêmicos aprenderam a trabalhar com questões particulares e relacionadas à convivência em grupo (Figura 2), aludindo ao trabalho em hospitais, a aceitação e a rejeição por parte do paciente, e a respeitar o medo e a aflição que este pode vir a apresentar, contando com auxílio para desmistificação de paradigmas relacionados ao contexto saúde-doença e até mesmo vivência humana.



Figura 1. Participantes do Projeto de Extensão Palhaçoterapia em parceria com a ONG Doutores Palhaços SOS Alegria.



Figura 2. Oficina abordando a temática da convivência em grupo.

A partir da experiência proporcionada pela extensão, os estudantes buscaram conhecer mais acerca da arte do palhaço, bem como encontrar na literatura estudos que tratassem sobre a terapia do riso em instituições de saúde, a fim de adquirir maior conhecimento e fundamentar cientificamente as intervenções que virão a ocorrer em ambiente hospitalar.

4 | RESULTADOS

No ambiente hospitalar, há uma condição em que o paciente está deslocado de sua rotina social, suas atividades diárias como, por exemplo, trabalho e família e, no caso das crianças, também a falta de estímulos lúdicos, somados à presença da enfermidade e angústia, além de sofrimento que esta pode provocar no paciente. A soma de todos estes fatores culmina em estresse.

Diante disso, o humor é uma ferramenta que pode ser utilizada para proporcionar distração ao indivíduo, funcionando como coadjuvante à terapia, mas com ênfase às necessidades sociais e psíquicas, propiciando um cuidado menos traumático, principalmente no que diz respeito às crianças (LIMA et al., 2009).

Segundo Garcia et al (2009), o riso e o bom humor podem atuar no sistema imunológico, atuando como liberadores de serotonina, a qual, através de sua ação no sistema nervoso central, age como inibidor das vias da dor na medula.

No momento em que o paciente é submetido a uma situação estressante, como, por exemplo, a internação hospitalar, ocorre a liberação de cortisol e catecolaminas, cuja ação pode provocar ansiedade, perda de apetite, aumento da resposta a alérgenos e piora de comorbidades como hipertensão e diabetes. Justificando, assim, as intervenções que visam a redução dos níveis de estresse provocados pela doença e pela internação, mesmo que ainda exista uma escassez de evidências científicas

que legitimem o efeito fisiológico causado pelas intervenções (SATO et al, 2016).

Garcia et al (2009), em seu estudo “A Influência Da Terapia Do Riso No Tratamento Do Paciente Pediátrico”, avaliou através da coleta de dados fornecidos pelas mães ou responsáveis pelas crianças o impacto causado pela terapia do riso nestas. Entre os resultados foi citado que a intervenção proporcionava mais alegria e tranquilidade à criança, ajudava na distração e, em alguns casos, contribuía para a alimentação desta. Através de questionário adaptado à criança em que esta avaliava a dor antes e após a visita do palhaço, foi constatada redução expressiva na intensidade da dor.

Assim sendo, com base científica confirmada pela literatura, conclui-se que ações proporcionadas pelo projeto de extensão, promovendo a introspecção e reflexão sobre temas existenciais e com avaliação promovida pelo feedback oral e relato de experiências ao fim de cada reunião, contribuem para uma melhor relação entre profissionais da saúde e pacientes, culminando não só em benefício do ponto de vista saúde-doença, mas também de uma perspectiva humana.

Os acadêmicos participantes ainda não tiveram oportunidade de interagir de fato com a comunidade, o que será propiciado em breve com a população atendida pelo Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista todo o contexto envolvido pelas necessidades intrínsecas ao ser humano, abaladas em um momento de doença, bem como suas consequências, vê-se a importância de um tratamento que priorize a melhora do paciente em todos os aspectos, que além de curá-lo biologicamente, possa reconfortá-lo trazendo, na medida do possível, alegria e distração em um momento em que predominam medo, estresse e incertezas. Não só beneficiando emotivamente pacientes, mas também acompanhantes e profissionais da saúde, a atuação do palhaço amenizaria com sua figura pitoresca e com suas brincadeiras, uma carga emocional muitas vezes negativa presente em ambiente hospitalar.

Além das contribuições feitas à comunidade, o estudo da arte do palhaço e a sua prática tornam os acadêmicos mais observadores e, conseqüentemente, mais sensíveis às anseios, angústias e incertezas alheias, desenvolvendo, assim, empatia, habilidades comunicativas, culminando em maior humanização.

O objetivo vai mais além e é mais profundo do que um mero sorriso.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Elizabeth; PERUCH, Cecília; FERREIRA, Natália. **Doutores palhaços em ambiente hospitalar: O uso do riso como instrumento terapêutico**. IN: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO SUL, 31, 2014, Florianópolis. Anais do 31º SEURS. Florianópolis: UFSC, 2014.

GARCIA, D. T. R.; SILVA, J. G. et al. **A influência da terapia do riso no tratamento do paciente pediátrico.** São José dos Campos, SP, Universidade do Vale do Paraíba – Faculdade de ciências e saúde, 2009.

LIMA, R. A. G. De; AZEVEDO, E. F.; NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M. **A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas.** Rev Esc USP. v. 43, n. 1, p. 178-85. 2009.

LINTON, R. **O Homem: uma introdução à Antropologia.** 7ª Ed. São Paulo: Martins. v. 1, p. 394-395, 1962.

MENEZES, E. D. B. **O riso, o cômico e o lúdico.** Revista de Cultura, v. 68, n.1, p. 5-15, 1974.

RODRIGUES, A. F. A.; FILHO, W. J. N. **A utilização do palhaço no ambiente hospitalar.** Uberlândia, v. 9, n. 1, p. 72-81. Jun, 2013.

SATO, M.; RAMOS, A.; SILVA, C. C.; GAMEIRO, G. R.; SCATENA C. M. D. C. **Clowns: A review about using this mask in the hospital environment.** Interface: Comunicacao, Saude, Educacao. v. 20, n. 56, p. 123-134. 2016.

SHOW AEDES: INFORMAR E AGIR NA PREVENÇÃO E COMBATE AOS FOCOS DO MOSQUITO TRANSMISSOR DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA EM SÃO FRANCISCO DO CONDE NA BAHIA

Emo Monteiro

Discente do Curso de História e Bacharel em Humanidades pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no Campus dos Malês na Bahia, e-mail: monteiroe931@gmail.com, São Francisco do Conde/BA

Géssica dos Santos

Discente do Curso de Letras – Português pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Humanidades e Letras, no Campus dos Malês na Bahia e-mail: gessicasantos4545@gmail.com, São Francisco do Conde/BA

Maiane Oliveira Silva Magalhães

Discente do Curso de Letras – Português pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Humanidades e Letras, no Campus dos Malês na Bahia e-mail: magalhaesmaiane@gmail.com, Santo Amaro/BA

William dos Santos Nascimento

Discente do Curso de História e Bacharel em Humanidades pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no Campus dos Malês na Bahia e-mail: williannascimento387@gmail.com, São Francisco do Conde/BA

Reinaldo Pereira de Aguiar

Licenciado em Letras pela FTC/BA, Bacharel em Direito pelo CESAMA/AL, Especialista em Docência no Ensino Superior pela UNIASSELVI/SC, Mestre em Ensino pela UNIVATES/RS e Doutorando em Políticas Sociais e Cidadania pela

Universidade Católica do Salvador/BA. Secretário Executivo e Chefe do Setor de Extensão, Arte e Cultura da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, no Campus dos Malês em São Francisco do Conde/BA. e-mail: reinaldo.p.aguiar@unilab.edu.br, São Francisco do Conde/BA

RESUMO: Este trabalho é uma ampliação do resumo expandido da V Semana Universitária da Unilab que foi um resultado da ação de extensão em prevenção e combate ao mosquito *Aedes* que foi desenvolvida no período de abril de 2016 a março de 2017 no Município de São Francisco do Conde, em parceria com 9 escolas, sendo públicas e apenas uma privada. Teve como público-alvo: a comunidade escolar (professores, técnicos, gestores e discentes), a comunidade dos pais e vizinhos às escolas direcionadas com a execução do projeto promovido pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab), sob responsabilidade do edital da Pró-reitoria de Extensão, Arte e Cultura que resolve executar e desenvolver o projeto em parceria com a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde tornando-se produtiva a ação extensionista. Informar e Agir é o objetivo da ação, relatando a consequência que a picada do mosquito pode ocasionar. Portanto, o

projeto teve alguns resultados como: a formação de professores com uso de recursos tecnológicos para o desenvolver das ações do projeto, produção de roteiro de dramatização, produção de *jingle* e monólogo, com apresentações para a comunidade. **PALAVRAS-CHAVE:** Ação de extensão da Unilab. Prevenção e combate ao *Aedes*. São Francisco do Conde/BA.

SHOW AEDES: INFORM AND ACT IN THE PREVENTION AND COMBATING THE MOSQUITO FOCUSES DENGUE, ZIKA AND CHIKUNGUNYA TRANSMITTER IN SÃO FRANCISCO DO CONDE IN BAHIA

ABSTRACT: This work is an extension of the expanded summary of the 5th University Week of Unilab that was a result of the extension action in prevention and control of the *Aedes* mosquito that was developed from April 2016 to March 2017 in the Municipality of São Francisco do Conde, in partnership with 9 schools, being public and only one private. The target group was the school community (teachers, technicians, managers and students), the community of parents and neighbors to schools directed by the implementation of the project promoted by the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony (Unilab), under the responsibility of the Proclamation of Extension, Art and Culture that decides to execute and develop the project in partnership with the Municipal Government of São Francisco do Conde, making the extensionist action productive. Informing and acting is the purpose of the action, reporting the consequence that the mosquito bite can cause. Therefore, the project had some results such as: the training of teachers with the use of technological resources to develop the project's actions, production of dramatization script, jingle production and monologue, with presentations to the community.

KEYWORDS: Unilab extension action. Prevention and control of *Aedes*. São Francisco do Conde / BA.

INTRODUÇÃO

O *Aedes aegypti* é a temática abordada pelo Projeto de Extensão “Informação e ação: caminhos para prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti* e o perigo que ele causa à sociedade” desenvolvido pela equipe da Unilab no Campus dos Malês em São Francisco do Conde no Estado da Bahia, sendo que este projeto teve sua origem a partir da proposta do projeto do Governo Federal (Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* e a microcefalia), conforme Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015 em parceria com as Universidades.

O mosquito *Aedes* de subgênero *Stegomyia* (*Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* e *Aedes polynesiensis*), desenvolve-se em locais de possíveis criadouros como ambientes naturais apropriados para seu desenvolvimento (buracos nos troncos das árvores, nas axilas das folhas/flores e nos cortes de bambus, e artificiais construídos

pelo ser humano (pneus, lixo doméstico e reservatórios de águas), sendo que o mosquito *Aedes aegypti* desenvolve mais em ambientes artificiais, enquanto o *Aedes albopictus* reproduz mais em ambientes naturais conforme expõe Consolini e Oliveira (1994) e afirma Braga e Valle (2007). O *Aedes albopictus* também transmite o vírus da dengue, no entanto o principal vetor de dengue é o *Aedes aegypti*.

Ao decorrer deste projeto obtivemos dados estatísticos deste município em parceria com a Secretaria de Saúde entre os anos de 2014 e 2016 que serão descritos nos resultados e discussões também no âmbito nacional, neste caso, expondo números sobre as doenças: Dengue, Zika e Chikungunya (SÃO FRANCISCO DO CONDE, Secretaria de Saúde, 2016). O planejamento e execução desta ação em nível nacional pelo Ministério da Saúde objetivava reduzir o índice de infestação nos municípios brasileiros para menos de 1% até o final de junho de 2016 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A prevenção e combate ao mosquito *Aedes* tem bastante relevância e como mencionado pelo público-alvo do projeto “É um trabalho de bastante pertinência e necessidade para toda a sociedade deve ser feito de forma contínua, permanente, sem lapso temporal, pois o mosquito está aí próximo” (GEANE, 2016). Assim, objetiva este trabalho informar e conhecer um pouco mais, conscientizando o público-alvo sobre a importância e formas de trabalhar nessa parceria na prevenção e combate ao mosquito utilizando ferramentas diversas, principalmente inovando a metodologia por ser a temática uma prática repetitiva, mas com o mesmo objetivo de somar forças na prevenção e combate ao mosquito *Aedes*. A seguir será abordado um pouco mais sobre o *Aedes aegypti*.

O *Aedes aegypti*

Na demonstração da evolução do mosquito *Aedes*, descobre-se que o transmissor da Dengue é o mesmo que transmite os vírus da Chikungunya e Zika (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O *Aedes* tem sua origem no Velho Mundo, especificamente do país da Etiópia e acompanha o movimento migratório permanecendo em regiões que possibilitam a proliferação, como regiões tropicais e subtropicais. É considerado um mosquito cosmopolita dos grandes centros urbanos. No Brasil, o inseto foi advindo no período colonial, sendo um vetor da febre amarela, contudo foi erradicado em 1955. Outros países não erradicaram como: Estados Unidos, Cuba, as Guianas, Venezuela e outros países do centro da América. Com isso, houve a reinvasão no Brasil pelos estados do Pará (1967), Rio de Janeiro (provável em 1977) e em Roraima (início da década 1980) (CONSOLINI; OLIVEIRA, 1994).

Necessário enfatizar algumas semelhanças e consequências entre os sintomas das três doenças: **1. Quanto a febre:** 1.1 Na *Dengue*: a primeira manifestação é a febre alta (39° a 40°C), de início abrupto, que normalmente dura de 2 a 7 dias. 1.2. Na *Chikungunya*: Tem a febre alta de início rápido (39°C a 40°C). 1.3. Na *Zika* a Febre

é baixa. Outro sintoma são: **2. As dores.** 2.1. Na *Dengue*: Há dor de cabeça, dor no corpo, articulações, fraqueza e dor atrás dos olhos. 2.2 Na *Chikungunya*: Há dores intensas nas articulações dos pés e mãos, além dedos, tornozelos e pulsos. 2.3 Na *Zika*: Dor de cabeça e dores leves nas musculações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Na seção a seguir será tratada a metodologia desse trabalho e logo depois a análise dos resultados e discussões tratadas na ação de extensão.

METODOLOGIA

Inicialmente pensávamos como realizar um trabalho que chamasse a atenção e interesse do público-alvo, então pensamos o desenvolver da ação de extensão em 9 escolas (sendo 2 escolas estaduais de ensino médio, 6 escolas de ensino fundamental I e II, além de 1 escola privada) do Município de São Francisco do Conde no período de abril de 2016 a março de 2017 com o público-alvo de: servidores, professores, gestores, discentes, comunidade de pais e circunvizinha às escolas, utilizamos na metodologia para este trabalho as pesquisas: qualitativa e quantitativa para obtenção de dados durante o período de execução das atividades. Na pesquisa qualitativa o ambiente natural é a fonte de informação, e na pesquisa quantitativa tendo como foco o levantamento de dados estatísticos de transmissão do mosquito no município de São Francisco do Conde (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Também foi realizado pesquisas *on-line* acessando a rede mundial de computadores, através de sites, como afirma Severino (2017, p. 137) “A Internet [...] [permite] o acesso dos interessados a milhões de informações que estão armazenadas em seus Web Sites”. Desta forma, a obtenção de dados foi coletado através dos sites da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Organização Mundial de Saúde (OMS) através da análise documental.

Foram realizados encontros de formação com professores do Município de São Francisco do Conde instruindo no uso de recursos tecnológicos para prevenção e combate ao mosquito *Aedes*. Fizemos parcerias com as Secretarias: de Saúde (SESAU), de Meio Ambiente (SEMA) e Secretaria de Educação (SEDUC) deste município. Com êxito, essas parcerias foram essenciais para o desenvolvimento eficaz do projeto, com auxílio profissional em algumas atividades como: seminários e palestras. Além de distribuir panfletagens e folders produzidos pela Universidade, pela Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde.

A discussão sobre a temática do *Aedes* tem bastante importância para os dias atuais, pois considera-se uma epidemia que poderá acontecer em todo o mundo, e principalmente se a sociedade civil não colaborar e abraçar essa causa de combate e prevenção ao mosquito, assim na próxima sessão será abordado os resultados e discussões sobre alguns dos trabalhos do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apesar de trabalhar com uma temática considerada repetitiva, os resultados obtidos com a realização do projeto possibilitaram à equipe do projeto a constatação de hipóteses. Isso oportunizou aos membros da equipe uma opinião sobre o determinado trabalho analisando e qualificando os resultados obtidos (PRODANOV, 2013).

No desenvolver do projeto realizamos: a) apresentação do projeto de extensão nas escolas, comunidade circunvizinha e instituições parceiras; b) encontro de formação com manuseio do recurso tecnológico do celular; c) seminário sobre o *Aedes* e visita *in locu*, além, de produção de jingle (disponível no youtube); d) elaboração com roteiro de monólogo (disponível aqui) e dramatização (disponível aqui) com respectivas apresentações; e) reunião com a Secretaria de Saúde para obtenção de dados sobre o mosquito *aedes* e as doenças no município. E aproveitando a oportunidade, na apresentação do projeto aos gestores das instituições parceiras e escolas, expusemos a importância e objetivo da integração entre a Universidade e Comunidade, trabalhando de forma interdisciplinar com ações extensionistas universitárias (GOMES e DESLANDES, 1994). No decorrer do projeto uma coordenadora pedagógica realiza o depoimento:

As atividades de combate ao *Aedes aegypti* nas escolas precisam ser contínuas, pois desta forma, as crianças e adolescentes ficam mais engajados nessa causa. Minha filha, por exemplo, já está colocando em prática tudo que aprende na escola principalmente sobre esta temática de combate e prevenção ao mosquito *Aedes* (GEANE, Coordenadora Pedagógica da Escola Arlete Magalhães, 2016).

Na fala de Geane observa-se que o tema de Saúde Pública, em especificamente combate e prevenção às doenças, neste caso, a Dengue, Zika e Chikungunya ao qual é desenvolvido este projeto, enfatiza a mesma que estes projetos devem ser realizados de forma contínua. Vale demonstrar também o depoimento do Supervisor de Área de Agente de Endemias, Carlos Augusto (2016) que “A parceria entre a Unilab e o Município de São Francisco do Conde neste objetivo de prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti* é muito importante somar novas parcerias e execução de ações”. Portanto, como afirma o supervisor, é necessário firmar parcerias para execução das ações, essa fala complementa a fala do trabalho em equipe, ampliando para a equipe, não apenas num mesmo ambiente, mas ambiente de instituições diversas com mesmos objetivos, complementando habilidades com um plano de trabalho bem definido (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000).

E ao decorrer do projeto quando apresentamos o projeto da Escola Juvenal Eugênio de Queiroz na Baixa Fria em São Francisco do Conde, então a escola disse que o projeto seria bem-vindo e a Unilab iria de imediato ser parceira na submissão na proposta de prevenção e combate ao mosquito *Aedes* com a colaboração na montagem e produção do vídeo para concorrer a um concurso do Ministério da Educação.



FIGURA 1: Forma inclusiva de ensinar e aprender a combater e prevenir o mosquito

Fonte: São Francisco do Conde (2016).

A escola recebeu a nossa parceria e colaboração¹ na formação de professores, atividade que e obteve como resultado uma premiação vice-campeã na sua categoria em nível nacional e campeã na Bahia para a discente Vitória, deficiente auditiva, do Concurso do Ministério da Educação Pesquisar e Conhecer para combater o *Aedes aegypti*. Sendo não apenas este um o único resultado, mas a guerreira equipe do projeto resolveu apresentar trabalhos na Semana Universitária da Unilab, proporcionando inúmeros comentários pelos visitantes e avaliadores do evento sobre o projeto, informando a relevância e sempre enfatizando a inovação realizada pela equipe com a produção de novas metodologias de como aprender e agir.



FIGURA 2: Apresentação de trabalhos na modalidade pôster na Semana Universitária

FONTE: Próprio autor (2016).

A equipe do projeto, nomeadamente da esquerda para a direita (Mayanne Magalhães; Emo Monteiro, Guineense; Géssica dos Santos; Prof. Rafael Palermo Buti, avaliador e; Reinaldo Aguiar, o Coordenador do projeto de extensão). O avaliador do banner observou atentamente a explicação da equipe e elogiou bastante a ação

1. Colaboração da Unilab no resultado do Concurso, disponível em: <http://saofranciscoconde.ba.gov.br/24112-2/>. Acesso em fev. 2017.

extensionista, inclusive informando que esse projeto deveria estar presente em outras cidades, e principalmente ser uma ação contínua.

No entanto, para que a ação surtisse resultados ainda maiores necessitamos capacitar profissionais para executarem as ações e multiplicadas pelos profissionais da educação, principalmente, então resolvemos, e em planejamento trabalhar questões de acesso à informação disponíveis na internet, utilizando aplicativos e preparando para publicação de vídeos elaborados, inclusive pelos próprios discentes.



FIGURA 3: Formação de professores com recursos tecnológicos

FONTE: Próprio autor (2016).

A importância de estarem conscientes fizeram o porquê da equipe pensar formas de metodologias inovadoras para realizar as ações do projeto de extensão como a criação de um *jingle*, a produção e execução de um monólogo e a produção e execução de uma dramatização com foco na prevenção e combate ao mosquito e possíveis locais apropriados para a proliferação do mosquito.

O projeto num curto período de tempo ainda proporcionou a obtenção de dados em parceria com a Secretaria de Saúde sobre o mosquito *Aedes* e as doenças provocadas pela picada do mosquito transmissor, informando locais propícios e focos no município.

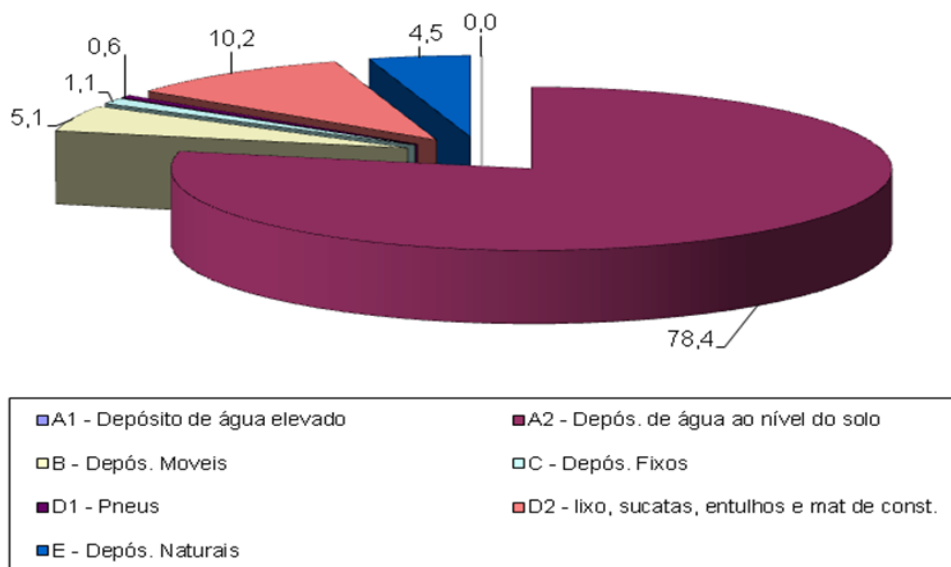


GRÁFICO 1: Locais propícios para proliferação do mosquito *Aedes* pesquisados e constatados em 2015 (%) - 5º ciclo

FONTE: São Francisco do Conde, SESAU (2016).

Observa-se que são vários os locais apropriados para que o mosquito reproduza e tenha a expansão dos focos e conseqüentemente uma possível epidemia das doenças Dengue, Zika e Chikungunya.

A parceria do Município foi fundamental para a realização do projeto de extensão, e a Secretaria de Saúde proporcionou verificar os casos notificados, ou seja, aqueles que foram registrados e detectados em laboratório conclusivo como pessoas infectadas pela picada do mosquito *Aedes* e que resultaram na presença do vírus naquela respectiva pessoa. Então aqui propusemos os casos notificados.

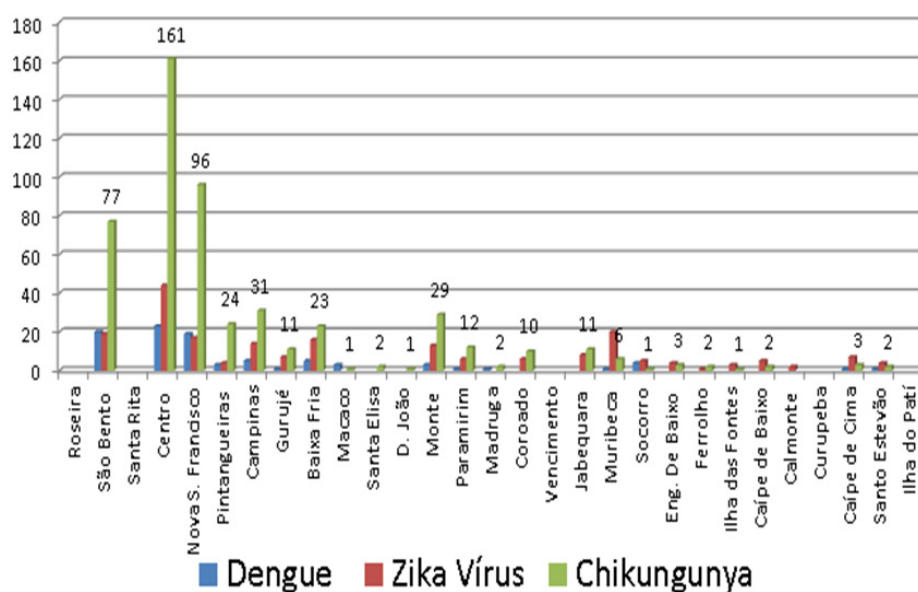


GRÁFICO 2: Casos notificados de Dengue, Chikungunya e Zika em São Francisco do Conde por locais (zona urbana e rural) da 1ª a 31ª semana do ano de 2016

FONTE: São Francisco do Conde, SESAU (2016)

Esse quantitativo refere-se à casos notificados pela Secretaria de Saúde do município, no entanto, como é sabido, muitas pessoas não aparecem nos atendimentos da Secretaria de Saúde, e sequer procuram um atendimento médico, pois comparam esses casos com outros semelhantes devido as características repetidas por pessoas infectadas e que foram detectadas a presença da doença, assim tomam remédios idênticos às pessoas infectadas, descaracterizando um pouco o quantitativo informado.

Os resultados e discussões propuseram uma direção no sentido de que o trabalho em equipe e acesso à informação possibilita um maior cuidado na prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, ao qual nossa equipe do projeto de extensão teve acessibilidade de informações com a Secretaria de Saúde de São Francisco do Conde, no entanto deveriam estarem todas publicizadas, inclusive divulgadas no Portal do Município de São Francisco do Conde, como constitui um princípio fundamental na Administração Pública previsto da Constituição Federal (1988) no Artigo 37 que é a **Publicidade**. Abaixo encerraremos este trabalho com a exposição das considerações finais desse valioso trabalho e proveitoso para toda a sociedade civil sem distinção de qualquer forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de extensão de área interdisciplinar desenvolvido no período de abril de 2016 a março de 2017 com a equipe do projeto e as parcerias firmadas como demonstrada teve inúmeros resultados, dificuldades e êxitos proveitosos: adesão de especialistas, criatividade de discentes e da equipe com a criação de jingle, roteiro de dramatização e monólogo. Aquém, obtivemos dados referentes às doenças: Dengue, Zika e Chikungunya do município que se tornam públicos com a autorização da Secretaria. Em uma das parcerias, ficamos lisonjeados pelo resultado obtido no Concurso Nacional do MEC 2016 da Escola Juvenal Eugênio de Queiroz no Bairro Baixa Fria ao qual auxiliamos na criação e envio do vídeo na submissão para o concurso, além da apresentação de trabalhos em eventos.

Assim, o projeto obteve êxito em seu resultado, relevante à Saúde Pública no Combate e Prevenção ao Mosquito *Aedes aegypti* contra as doenças: dengue, Zika e Chikungunya. Contudo esse projeto deveria ter ações contínuas nos órgãos públicos e comunidade no sentido de minimizar, quiçá erradicar os criadouros do mosquito e aos membros da equipe oportunizaram aprendizagem acadêmica, pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS

AUGUSTO, Carlos (Supervisor de Agente de Endemias). ***Aedes aegypti***: combate e prevenção ao mosquito. Setor de Endemias, São Francisco do Conde, 2016.

BOGDAN, R; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos

métodos. Portugal: Porto Editora, 1994.

BRAGA, Ima Aparecida e VALLE, Denise. ***Aedes aegypti***: histórico do controle no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [online], vol.16, n.2, 2007. <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006>

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

CONSOLI, RAGB., and OLIVEIRA, RL. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 228 p. ISBN 85-85676-03-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

GEANE (Coordenadora Pedagógica). ***Aedes aegypti***: combate e prevenção ao mosquito. Escola Arlete Magalhães, São Francisco do Conde, 2016.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. **Interdisciplinaridade na Saúde Pública**: um campo em construção (artigo).V. 2. n. 2. São Paulo: USP/Revista Latino-Americana de Enfermagem, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e combate**: Dengue, Chikungunya e Zika. Brasília: combateaedes (portal eletrônico) 2016. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas>>, Acesso em: 10 set. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César. **Metodologia do Trabalho Científico** (recurso eletrônico): métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. **Dados estatísticos sobre a Dengue, Zika e Chikungunya**. São Francisco do Conde, BA: SESAU (Secretaria de Saúde), 2016.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. **Estudante franciscana é premiada pelo MEC em concurso estadual**, 2016. Disponível em: <<http://saofranciscodoconde.ba.gov.br/24112-2/>>, Acesso em: dez. 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2017.

TRABALHANDO AS EMOÇÕES BÁSICAS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS NO ABRIGO RAI O DE LUZ NA CIDADE DE RIO GRANDE/RS

Alice Monte Negro de Paiva

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Caroline Sebage Pereira

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Paula Hermann do Amaral

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Isadora Deamici da Silveira

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Letícia Ferreira Coutinho

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Diênifer Kaus da Silveira

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

Marilene Zimmer

Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Rio Grande - RS

RESUMO: Este artigo busca apresentar um relato de uma intervenção realizada pelo grupo do Programa de Educação Tutorial – PET do curso de Psicologia com crianças acolhidas no abrigo Raio de Luz na cidade de Rio Grande, RS. A atividade foi desenvolvida através de uma oficina com conteúdo lúdico, que tinha

como objetivo apresentar as emoções para as crianças e propor que elas se familiarizassem com o reconhecimento das mesmas. Percebeu-se a relevância de trabalhar a temática dentro do ambiente da instituição, já que as habilidades ligadas ao estímulo e reconhecimento das emoções, através de atividades que contemplem especificidades do local, podem contribuir para a saúde mental de crianças e jovens institucionalizados. O entendimento das crianças e adolescentes de seus sentimentos e pensamentos em relação as suas emoções apresentam um desafio no cotidiano dos abrigados, assim como de seus cuidadores. A experiência de trabalhar com atividades como essa sobre a temática das emoções em abrigos, pode auxiliar também na abertura de espaços para discussões de estratégias de prevenção de sofrimento psicológico para um desenvolvimento emocional mais saudável.

PALAVRAS-CHAVE: educação-emocional, crianças, institucionalização, extensão.

ABSTRACT: This article aims to present a report of an intervention executed by the Programa de Educação Tutorial - PET group of psychology course with childrens cared in the children's home Raio de Luz in the city of Rio Grande, RS. The activity was developed through a workshop with playful content which aimed to present the emotions to the children and to propose that they

be empowered by this content. The relevance of working thematic within the institution was perceived, since the skills linked to the stimulation and recognition of emotions contributes to mental health of institutionalized children and youth, with activities that cover the specifics of the environment. The understanding of children and adolescents of their feelings and thoughts about their emotions present a challenge in the daily lives of the housed kids, as well as their caregivers. Demonstrating the relevance of activities like this, since working on the theme of emotions and emotional education can help in the prevention of situations of psychological suffering throughout life and for a healthier overall development.

KEYWORDS: emotional education, children, institutionalisation, extension

1 | INTRODUÇÃO

As emoções podem ser consideradas um conjunto de reações fisiológicas e psicológicas observáveis, desencadeadas a partir de estímulos externos. Essas reações podem ser percebidas através do movimento, da voz e das expressões do sujeito. A educação emocional é um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida que previne ou minimiza a vulnerabilidade em situações desfavoráveis, o que leva ao desenvolvimento integral da pessoa, enquanto ser individual e social (CARDEIRA, 2012 apud ALZIRA, 2000). As emoções desempenham uma função central na maneira como os indivíduos se comportam e se relacionam. Compreender as reações e as respostas emocionais do outro melhora consideravelmente as interações sociais. Dessa forma, crianças mais sensíveis aos sentimentos e aspirações dos seus pares tendem a ter um desempenho social mais adequado (PAVARINIA et.al, 2011).

O presente estudo tem como objetivo apresentar um relato de experiência de uma intervenção com os moradores da casa de acolhimento Raio de Luz no município de Rio Grande/RS sobre o conceito e identificação das emoções. O foco da atividade foi observar e proporcionar um espaço para trabalhar a identificação das emoções básicas pelas crianças institucionalizadas. As emoções trabalhadas foram: alegria, amor, medo, raiva, tristeza e nojo (CAMINHA; CAMINHA, 2011). Justifica-se este trabalho pela importância de se compreender algumas possibilidades de reflexões acerca da temática voltada às crianças que vivem em abrigos, e de se trabalhar o reconhecimento das emoções para viabilizar o convívio social.

2 | METODOLOGIA

As atividades lúdicas foram realizadas pelos bolsistas do Programa de Educação Tutorial - PET Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) na casa de acolhimento Raio de Luz na cidade de Rio Grande. A oficina teve a duração de 1h30min. Iniciaram-se as atividades, com cada ministrante apresentando-se e relatando como estava se sentindo naquele momento, instigando as crianças a fazerem o mesmo.

Na sequência, as emoções básicas foram apresentadas e conceitualizadas por meio de conteúdo lúdico e com a utilização do termômetro das emoções, confeccionado pelos petianos, inspirado nas imagens dos *Emoticon*. Para elucidar os conceitos básicos das emoções utilizou-se uma história criada a partir do livro “O cérebro e seus moradores” (TISSER; CARTAXO, 2017). A atividade seguinte chamou-se *Nomeando emoções* e objetivou a identificação das emoções básicas. Após isso, os integrantes participaram do jogo *Como estou me sentindo?*, em que foram lidas frases com situações cotidianas, adequadas ao seu contexto, e solicitado que eles indicassem a emoção que consideravam mais apropriadas. No terceiro momento, foi realizado um jogo elaborado com o “*Dado das Emoções*” em que as crianças deveriam jogar o dado e dar um exemplo de uma situação de quando sentiram a emoção sorteada e após, corriam até uma cadeira para estourar um balão. Por fim, propôs-se a atividade de pintura com a utilização de desenhos impressos. Para as crianças, utilizaram-se desenhos com a temática dos personagens do filme “*Divertidamente*” e para os adolescentes, foram entregues desenhos de rostos em que deveriam identificar as emoções correspondentes. Para a confecção e desenvolvimento das atividades, o grupo baseou-se nas emoções básicas propostas pelo “Baralho das Emoções” (CAMINHA; CAMINHA, 2011).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção contou com a participação de 12 crianças e 01 adolescente com idade entre 7 e 16 anos, moradores da instituição. As atividades da oficina relacionavam exemplos e situações que contemplassem a realidade dos participantes da casa de acolhimento, visto que a intervenção já havia sido realizada em outros grupos escolares. A experiência obtida neste ambiente demonstrou à equipe organizadora a necessidade de elaborar práticas que considerassem as diferentes faixas etárias dos moradores da casa de acolhimento. Por ser um ambiente relacionado à residência, muitos participantes relacionaram situações familiares como exemplo de suas emoções. Ao longo da intervenção as crianças, inicialmente mais envergonhadas, foram envolvendo-se e participando da oficina das emoções.

No início da intervenção, as crianças demonstraram familiaridade com os personagens utilizados para ilustrar as emoções, pois o conteúdo trabalhado eram imagens que estão ligadas ao cotidiano e fazem parte do dia a dia de quem usa a internet: os *emoticons*. As ilustrações foram utilizadas para motivar os participantes a sentarem em roda e a conversarem sobre como se sentiam em determinadas situações. Muitos demonstravam sentir mais de uma emoção primária para determinada situação e os petianos explicavam sobre as possibilidades e complexidades de interpretá-las. A alegria e o amor, a tristeza e a raiva, para alguns participantes estavam juntas em determinados acontecimentos.

Na segunda atividade um adolescente cadeirante pediu para participar da intervenção junto com a cuidadora. Demonstrou interesse em integrar-se ao grupo, e dentro das suas limitações contribuiu para o desenvolvimento dos trabalhos propostos, dando um feedback para os bolsistas. Com a experiência, percebe-se a necessidade de elaborar atividades que contemplem pessoas com deficiência física e estimulem a sua inclusão.

Outro ponto importante da oficina foi um menino que não estava se comunicando com o grupo e através da pintura dos desenhos ele começou a expressar e a imitar as emoções apresentadas nos desenhos.

Assim como em experiências positivas obtidas com a intervenção no ambiente escolar, o abrigo se mostrou um local relevante e importante para o desenvolvimento de atividades de extensão e pesquisa com essa temática, pois trabalhar as emoções neste contexto contribui para o desenvolvimento da inteligência emocional e saúde mental das crianças e jovens institucionalizados.

A institucionalização total e prolongada cria na criança um quadro de referências que permeia toda a sua vida cognitiva, afetiva e emocional, podendo tornar-se referência para as suas relações e suas respostas comportamentais (SANTOS et al, 2010). A educação emocional é uma das alternativas para o desenvolvimento das habilidades sociais dessas crianças.

No decorrer da atividade, algumas crianças trouxeram relatos pessoais relacionados ao seu sofrimento familiar, demonstrando dificuldade em elaborar e lidar com sentimentos como raiva e tristeza.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se, com essa atividade, criar um espaço de contextualização dos pensamentos, sentimentos e entendimentos das crianças e adolescentes em relação às emoções.

As crianças em situação de abrigamento podem apresentar certa privação emocional, baseando-se nas suas experiências anteriores, e com isso podem surgir dificuldades em se relacionar com seus pares, bem como estratégias de enfrentamento desadaptativas diante de situações que desregulam as emoções.

Ainda assim, os participantes demonstram interesse em compreender as sensações e efeitos das suas emoções em relação a sua estrutura psíquica e ao contexto em que está inserida. Atividades como estas podem proporcionar aos participantes o conhecimento acerca de suas emoções, colaborando para o desenvolvimento de estratégias de autorregulação adaptativas diante de situações de raiva ou tristeza, por exemplo. Bem como auxiliar na prevenção de situações de sofrimento psicológico, que podem ocorrer ao longo da vida, pois a educação emocional contribui para o equilíbrio interno e externo e para um desenvolvimento biopsicossocial saudável.

REFERÊNCIAS

CAMINHA, R.M.; CAMINHA, M.G. **Baralho das Emoções: Acessando a criança no trabalho clínico**. 4ª ed. Sinopsys: Porto Alegre, 2011.

CARDEIRA, A.R. **Educação emocional em contexto escolar**. O portal dos psicólogos, jun. 2012. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0296.pdf>

PAVARINI, G.; LOUREIRO, C.P. SOUZA, D.H. **Compreensão de Emoções, Aceitação Social e Avaliação de Atributos Comportamentais em Crianças Escolares**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.24, n.1, p.135-143, 2011.

SANTOS, Benedito Carlos Alves dos et al . **Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas**. *Boletim de Psicologia*, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 139-152, dez. 2010.

TISSER, L., CARTAXO, V. **O cérebro e seus moradores**. Sinopsys: Novo Hamburgo, 2017.

UMA LUTA ENTRE O BEM E O MAL: A EXPERIÊNCIA DA CRIANÇA COM DERMATITE ATÓPICA EXPRESSA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, Brasil.

Isabelline Freitas Dantas Paiva de Almeida

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE. Rio Grande do Norte, Brasil.

Circea Amália Ribeiro

Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

*Extraído da Dissertação de Mestrado Profissional intitulada: “Vivendo uma luta entre o bem e o mal: o impacto da dermatite atópica nas interações da criança revelado por meio do brinquedo terapêutico”

RESUMO: Objetivos: Compreender, por meio do brinquedo terapêutico (BT), a experiência vivenciada pela criança com Dermatite Atópica (DA) e seu impacto nas relações sociais e na interação dela com o ambiente à sua volta. Método: Estudo exploratório, qualitativo, realizado com nove crianças com DA, entre quatro e seis anos. Os dados foram coletados durante uma sessão de BT e analisados a partir do Interacionismo Simbólico e da Análise Qualitativa do Conteúdo. Resultados: Foram identificadas seis categorias: Convivendo com o desconforto físico causado pela doença; Preocupando-se com a aparência física; Lidando com a rotina de cuidados de saúde;

Vivendo a limitação de não poder conviver com animais; Percebendo-se como um heróis na luta contra a doença; O brincar como aliado no enfrentamento da doença. Considerações finais: A criança com DA enfrenta desafios, lidando com desconfortos e limitações, mas percebe-se como heróis na luta contra a doença, tendo o brincar como aliado.

PALAVRAS-CHAVE: Jogos e brinquedos; Enfermagem Pediátrica; Dermatite Atópica; Humanização da Assistência

A STRUGGLE BETWEEN GOOD AND EVIL: THE CHILD'S EXPERIENCE WITH ATOPIC DERMATITIS THROUGH THE THERAPEUTIC PLAY

ABSTRACT: Objectives: To understand, by means of TP, the experiences of AD-afflicted toddlers and the resulting impact on their interactions with the world around them. Method: Qualitative scoping study, carried out with nine children suffering from atopic dermatitis, between the ages of 3 and 6 years old. Data were collected during a BT session. In order to analyze the data, we elected to utilize Symbolic Interactionism combined with a qualitative approach to the content. Six categories were identified: Living with the physical discomfort caused by the disease; Worrying about physical

appearance; Dealing with the health care routine; Living the limitation of not being able to live with animals; Perceiving himself as a hero in the fight against disease; Play as an ally in coping with the disease. Final considerations: Children with AD face daily challenges in their lives, as they must struggle with discomfort and limitations, while also seeing themselves as heroes battling their own affliction. Playing is therefore verified as a major ally in overcoming their hardships.

KEYWORDS: Play and playthings; Pediatric Nursing; Atopic Dermatitis; Humanization of Care.

1 | INTRODUÇÃO

A pele tem extrema importância para a sobrevivência do ser humano e possui inúmeras funções. Está frequentemente associada a conotações sociais, raciais e sexuais, bem como manifestações decorrentes de uma determinada condição psicológica (AZULAY; AZULAY; ABULAFIA, 2013). Ressalta-se que o estresse emocional pode agravar a intensidade desta condição (HOCKENBERRY; BAKER; MANDOZZI, 2014).

Nesse sentido, desperta grande inquietação as condições vividas pelas crianças com Dermatite Atópica (DA). Esta doença crônica da pele, de caráter inflamatório, caracteriza-se pela presença de lesões eczematosas com distribuição característica e recidivante, associada a intenso prurido e pele seca (RIVITTI et al, 2011).

Mundialmente comum, a DA ocorre em todas as faixas etárias, predominando em crianças menores de cinco anos de idade e acometendo, em média, 10 a 30% delas (KLIEGMAN et al, 2014).

Sua etiologia é multifatorial, estando relacionada a aspectos imunológicos, familiares e ambientais. (RIVITTI et al, 2011). As manifestações clínicas da doença apresentam grande impacto na qualidade de vida do indivíduo e seus familiares, podendo interferir significativamente nos aspectos comportamentais, comprometendo as atividades de lazer, o rendimento escolar e o padrão do sono, entre outros (AMARAL; SANT'ANNA; MARCH, 2012).

O prurido, condição marcante da doença, que se exacerba à noite, é o grande responsável pelo desencadeamento das repercussões na vida da criança e de sua família (WATSON et al, 2012).

Além do mais, crianças com DA tendem a brincar e praticar atividades físicas menos intensamente que as demais crianças (WEBER et al, 2012). Essa situação requer abordagens multidisciplinares, a fim de promover a adesão ao tratamento e controle dos sintomas (AMARAL; SANT'ANNA; MARCH, 2012).

O brincar constitui-se em importante intervenção para alívio do estresse, além de ser um meio de comunicação efetivo para ela expressar os seus sentimentos, ansiedades e frustrações (LIMA et al, 2014).

No contexto do brincar, destaca-se o Brinquedo Terapêutico (BT), um brinquedo

estruturado que possibilita a criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas à idade e que costumam ser ameaçadoras, necessitando mais do que uma brincadeira recreacional para amenizar a angústia a elas associadas (GREEN, 1974).

O BT contribui para aliviar o medo e a ansiedade, além de melhorar a adesão ao tratamento, auxiliando as crianças no enfrentamento de situações de crise ao vivenciarem os seus conflitos de forma mais tranquila (LIMA et al, 2014).

O BT também pode ser muito útil no preparo de crianças para procedimentos nos diferentes serviços de saúde, como ambulatorios, de forma que ao compreenderem o que será feito com elas, tornam-se mais colaborativas (PONTES et al, 2015).

Crianças pré-escolares beneficiam-se de modo especial do uso do BT, tendo em vista que a brincadeira simbólica se torna mais evidente nesta fase, em função do pensamento mágico (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

A partir da reflexão da situação vivenciada pela criança com DA, alguns questionamentos emergiram, levando ao desenvolvimento deste estudo: O que significa para a criança pré-escolar viver com DA? Qual impacto dessa doença no seu cotidiano? Como esse agravo de saúde pode influenciar nas suas relações sociais e na sua interação com o ambiente em que está inserido?

2 | OBJETIVOS

Compreender, por meio do uso do Brinquedo Terapêutico, a vivência da criança pré-escolar com dermatite atópica e o impacto desse agravo de saúde nas suas relações sociais e na interação com o ambiente à sua volta.

3 | MÉTODO

Este estudo exploratório, de abordagem qualitativa, foi realizado no Ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis (PECP), na cidade de São Paulo, Brasil.

Participaram do estudo nove crianças pré-escolares com DA, entre quatro e seis anos de idade, atendidas no referido ambulatório. A inclusão de participantes encerrou-se quando os dados se mostraram suficientes para a compreensão da situação estudada.

A coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE: 51514115.5.0000.0071, número do parecer: 1.403.716), por meio de entrevista mediada por uma sessão de BT Dramático com a criança, além de entrevista com a família, a fim de dar subsídios para a condução do BT.

A pesquisadora apresentava-se à criança e seu responsável legal, explicando sobre as finalidades, riscos e benefícios da pesquisa. Caso concordassem em participar do estudo, era solicitado ao responsável legal a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de autorização de filmagem. Para a criança, era apresentado o Termo de Assentimento do menor, elaborado com figuras e conteúdos adequados à sua compreensão, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 2013).

Em seguida, a criança era convidada para brincar, com a seguinte pergunta: “Vamos brincar sobre uma criança que tem dermatite atópica?”. O termo “Dermatite atópica” era substituído pela designação utilizada rotineiramente pela criança e sua família para denominar a doença.

As sessões de BT foram gravadas em vídeo e, posteriormente, transcritas na íntegra, sendo que as crianças foram apresentadas à câmera de vídeo antes de iniciar a sessão, para que se familiarizassem com esta.

Os brinquedos foram oferecidos em uma sacola à criança, que não foi interrompida durante a brincadeira. A pesquisadora manteve uma atitude aceitadora e só participava quando solicitada pela criança (RIBEIRO et al, 2002).

Os materiais utilizados na sessão de BT seguiram a recomendação da literatura (RIBEIRO et al, 2002), incluindo bonecos representando a família e os profissionais de saúde, brinquedos representando objetos de uso hospitalar e do cotidiano da criança, materiais de pintura e blocos geométricos. Alguns itens específicos foram acrescentados, como o espaçador (“Bombinha”) e um boneco com manchas pelo corpo, simulando as lesões de DA.

O referencial teórico adotado foi o Interacionismo Simbólico (IS), segundo o qual a sociedade é um processo em que o indivíduo e a sociedade estão estreitamente inter-relacionados. Essa teoria trata da interação social das pessoas e dos sentimentos e atitudes construídas a partir dos significados atribuídos pelos indivíduos aos objetos e símbolos (HAGUETTE, 2010).

O IS fundamenta-se em três ideias principais: o ser humano age em relação ao mundo baseando-se nos significados que ele oferece; os significados são provenientes da interação social que o indivíduo mantém com as demais pessoas; e os significados são decorrentes de um processo interpretativo, utilizado pelo indivíduo ao se relacionar com coisas ou objetos (BLUMER, 1969).

Como referencial metodológico, utilizou-se a Análise Qualitativa do Conteúdo, que possibilita descrever um determinado fenômeno, ampliando o conhecimento a seu respeito sem que o rigor científico seja comprometido. Propõe a interpretação subjetiva do conteúdo, a partir de uma classificação sistemática de codificação dos discursos, com identificação de temas ou padrões (HSIEH; SHANNON, 2005).

Os códigos utilizados para análise dos dados emergiram do próprio discurso, sendo agrupados em categorias. Para cada fala e/ou expressão não verbal da criança foi criado um código. Posteriormente, todos os códigos foram agrupados em categorias, de acordo com suas similaridades.

4 | RESULTADOS

Do conteúdo verbal e não verbal expresso pela criança durante a brincadeira emergiram seis categorias temáticas, apresentada a seguir, junto a trechos de transcrição das sessões de BT.

As verbalizações dos discursos serão identificadas com as letras “C” (criança), “P” (pesquisadora) e “M” (mãe). Para manter o sigilo, atribuiu-se nomes de personagens de desenho animado às crianças participantes.

4.1 Convivendo com o desconforto físico causado pela doença

Na brincadeira, a criança dramatiza como convive com situações relacionadas à doença, que geram desconforto e incômodo, como o prurido e a interrupção do sono. Em relação ao prurido, consegue identificar os fatores que exacerbam a doença, como a alergia alimentar e as picadas de inseto. O incômodo causado pela doença parece ser tão significativo, que só o fato de lembrar do episódio de crise, pode desencadear a sensação de desconforto na criança.

“C: ... tem picada de pernilongo – faz de conta que é o médico examinando o boneco. P: Picada de pernilongo? E o que a picada de pernilongo faz? C: Ué, não sei. (...) Baixa cabeça, volta para a maca e diz: Vou mostrar (...) O joelho fica macio, por isso que tem que tomar injeção. (...) por que o pernilongo pica no joelho.” (Homem Aranha)

“P: Você já ficou dodói? C: Já. P: De que? C: De salsicha! P: Como você ficou dodói de salsicha? C: Eu comi ... de linguiça. Eu comi...eu não podia comer. Eu não sabia ... Eu pensei que era de frango. (...) Eu fiquei mal. Eu fiquei mal ... com ... e depois teve diarreia. P: E coçou? C: Muito – e acena afirmativamente com a cabeça. P: Coçou aonde? C: Na barriga. Só de falar, minha barriga já tá indo pra trás. Tá doendo.” (Homem de Ferro)

Às vezes, a criança mudava de assunto, quando questionada sobre os sintomas da doença, como se não se sentisse vontade para falar a respeito.

“P: Você tem alergia? C: Não responde e volta a explorar os brinquedos.” (Capitão América)

“C: Começa a se coçar toda. P: Tá coçando? C: Não, é cosquinha. (...) Eu sinto cosquinha, depois não sinto mais cosquinha. A cosquinha dá dentro do meu corpo. C: Continua se coçando.” (Branca de Neve)

A interrupção do sono devido aos sintomas da DA foi abordado pela criança na brincadeira que dramatizava repetidamente situações relacionadas ao dormir. Familiares relataram que algumas crianças apresentavam prurido à noite e, para conseguirem dormir, tomavam medicamentos para aliviá-lo e conseguir dormir. Entretanto, estas medicações também costumam causar sonolência.

“C: ...Agora ele vai nanar. O nenenzinho vai dormir” (Branca de Neve)

“C: Pega peças de montar. P: Vai montar o que? C: Uma escada. P: E vai pra onde, essa escada? C: Pro meu quarto. P: E o que tem no seu quarto? C: Vídeo game e

brinquedo (...) um guarda-roupa... e uma cama também” (Homem de Ferro)

Preocupando-se com a aparência física

A preocupação com a aparência física, evidenciou-se por meio de manifestações simbólicas da criança sobre o cuidado com os cabelos e a pele, como se tentassem compensar a presença das lesões cutâneas, a fim de melhorar seu aspecto físico.

“C: Pega a tesoura e finge cortar o próprio cabelo. P: O que você tá fazendo? C: Cortando meu cabelo, por que vai ficar bonito! (...) P: O que você tá fazendo? C: Penteadando meu cabelo. P: Pra que? C: Pra ficar bonito. P: Pra ficar bonito? Você tá bonito! C: Ri e esconde o rosto com a escova.” (Homem de Ferro)

“C: Continua brincando e logo fala que a boneca está doente. C: Por que sim... por que ela tá mal. P: E o que é que ela tem? C: Um negócio muito feio ...E eu vou pentear o cabelo dela.” (Jasmine)

Ainda relacionada a aparência física, a questão da segregação, tão comum entre os pacientes com doença de pele, também emergiu nas dramatizações.

“C: É Maria, Mateus (...) Não, não ... é Julia , Mateus e Arthur.- arruma vários bonecos em torno da mesa, dando nomes a cada um deles. P: E o Homem de Ferro, tá aí? C: Não. Não tem espaço. C: Continua brincando com os bonecos. P: Quem são esses? C: A Júlia e o Romeu? P: Eles têm alergia também? C: Não. Só o Homem de Ferro.” (Homem de Ferro)

Lidando com a rotina constante de cuidados com a saúde

Diversos aspectos relacionados à rotina de cuidados de saúde vivida pela criança foram identificados na brincadeira, como as consultas médicas e o uso de medicações parenterais ou inalatórias.

“C: Tá ótimo. Examina o boneco e olha para ele e o boneco durante algum tempo. C: Eita! De novo?! P: O que é que ele tem? C: Tá com fimose.” (Homem Aranha)

“C: Então vamos lá, tomar injeção... E já! E onde que ela vai tomar injeção, é no braço. C: É esse braço aqui que tá doendo - E mostra o local que tem hiperemia no braço do boneco. (...) Vamos lá, você tá mal, você tem que sair daqui. C: Dá injeção várias vezes na criança.” (Jasmine)

“C: Oh, aqui tem bombinha! Fala enquanto explora todos os brinquedos. P: E o que é essa bombinha? C: É pra fazer. P: Pra fazer ? Por que? C: Por que eu tenho alergia.” (Capitão América)

A manutenção das unhas sempre curtas é mais um cuidado que faz parte do cotidiano da criança, e se evidenciou nas dramatizações, envolvendo o uso da tesoura.

“C: A tesoura ... de cortar unha! Fala empolgada.” (Branca de Neve)

“C: Isso (tesoura) corta de verdade? P: Não. C: Vou cortar mais as minhas unhas. P: Você gosta de cortar as unhas? C: Ham ham ... pra ficar mais pra baixo. Fala mostrando-as a pesquisadora.” (Homem de Ferro)

Vivendo a limitação de não poder conviver com animais

As brincadeiras com animais dramatizadas pela criança possibilitam-lhe manifestar diversos sentimentos a respeito dessas vivências. Algumas demonstraram grande interesse pelo gato e cachorro e prazer em brincar com eles, como se desejassem muito conviver com esses animais. Em outros momentos, contudo, demonstravam tristeza ou raiva em relação a eles, pelo fato de reconhecer que eles podem desencadear a doença.

C: Tia, um gatinho. Miau! Fala empolgada ao retirar o gato de dentro da sacola de brinquedos.” (Branca de Neve)

C: Não dá... precisa de alguém pequeno aqui ... Vou ser o cachorro.- fala, enquanto manuseia a mesa e as cadeiras. **P:** Pra sentar aí (na cadeira)? **C:** Hum hum...- E arruma os bonecos sentados nas cadeiras ao redor da mesa. (...) Depois, ele coloca o cachorro na mesa, junto com os demais bonecos da família que ele já tinha criado.” (Homem de Ferro)

C: Retira o pote de pomada da sacola, balança, abre e fecha. **P:** - O que é isso? (...) **C:** - É ração de cachorro... e de gato. **P:** - E a Elza gosta de gato? **C:** - Mas eu sou alérgica de gato... Eu tô doente de gato e de cachorro - Fala em voz triste. **P:** - E o que acontece? **C:** Não responde e pega o boneco bebê.” (Elza)

Percebendo-se como um herói na luta contra a doença

Uma das crianças dramatizou repetidamente situações de luta, construindo dois personagens com peças de um jogo de montar, um representando a criança, que assumia o papel de herói, e outro representando a doença ou os fatores que a desencadeiam (pó e frio). Através desse confronto, ela parecia representar a sua luta frente às restrições e desconfortos impostos pela doença.

Coloca as peças do jogo de montar umas sobre as outras, encaixa as peças e a pesquisadora pergunta o que ele está fazendo. **C:** Um negócio...é um robô... (...) Ele é coberto de força (...) O mal é estranho, sabia? **P:** - Quem é o mal? **C:** As sombras... e o pó! **P:** - O pó? **C:** - É, o pó é rui(m). **P:** - O pó é mau? Por que? **C:** Por que ele não gosta! Ele não gosta do robô (...). - **P:** - E o que é que o mal faz com o robô? **C:** - O pó vai destruir o robô. O pó! ... **P:** E esse robô, é o que? – aponta para o outro personagem. **C:** - É o bem... o bem tem uma espada de fogo! **P:** - Aí, o pó faz o que com ele? **C:** - Tenta matar ele... Por que o pó mora lá na escuridão ... Ele demora pra chegar aqui, ele mora lá na escuridão. **P:** - Hum... e quando ele chega ele faz o que? **C:** - Eles lutam! (...) **P:** - E quem mais é do mal? **C:** - O fri (o) **P:** - Quem é o fri? **C:** - Ele também... ele mora com o pó... na escuridão! **C:** Volta a encaixar as peças enquanto fala que está montando as espadas. (...) **P:** - E de quem são essas espadas? **C:** - É do bem! (...) O bem é uma cobra (...) A cobra é do bem! **P:** - E que é do mal? **C:** - Os robôs (Fri e pó). **C:** O robô não gosta da cobra e vai matar a cobra- e dramatiza a luta entre o boneco do bem e do mal, enquanto fala. Brinca durante todo o tempo representando uma luta entre os dois robôs. (Capitão América)

O brincar como aliado no processo de enfrentamento da doença

Nas sessões, observava-se o prazer da criança em brincar, mostrando-se sorridente e alegre nesse momento, principalmente quando dominavam a situação, fazendo escolhas, parecendo estar fortalecida emocionalmente neste momento.

“C: Ahh... cadê o enfermeiro? ...Esse que é o enfermeiro? – Pega o boneco de branco. (...) P: Como é o nome dele? C: Stevam. Só que não precisa de doutor, já tem um doutor (Ele próprio).” (Homem Aranha)

O prazer e a satisfação em brincar, também ficou evidente, quando a criança recusava-se a parar de brincar, querendo continuar, ainda que um pouco mais, como se desejasse um tempo adicional para encerrar seu raciocínio na dramatização e finalizar a brincadeira.

“P: Branca de Neve, daqui a pouco, vai parar o nosso tempo de brincar, viu?! A criança finge que não escuta continua a brincadeira.” (Branca de Neve)

5 | DISCUSSÃO

Enquanto brincava, a criança atribuiu significados aos objetos e ações e rememorava suas experiências. Suas expressões verbais e não verbais na brincadeira evidenciavam como ela interage consigo mesmo, com o ambiente e as pessoas que as cercam e o que pensam sobre sua condição de saúde.

Para o Interacionismo Simbólico, o indivíduo não pode ser compreendido isoladamente e constrói o seu “*Self*” a partir da interação com outros indivíduos, assim como ocorre com a criança no presente estudo. Essa interação é guiada por símbolos, que norteiam a interpretação de uma situação vivenciada (BLUMER, 1969).

Questões relacionadas ao tratamento foram abordadas repetidamente pelas crianças enquanto brincavam, muitas vezes de maneira simbólica. O tratamento da DA fundamenta-se em quatro pilares, que são o autocuidado, a hidratação cutânea adequada, a adesão à terapia medicamentosa e a abstenção de fatores capazes de exacerbar a doença (SIMÃO, 2014).

Para a criança do presente estudo, o prurido parece ser uma condição muito marcante na sua vida, constantemente presente no seu dia-a-dia. Ela também se mostra capaz de associar os aspectos da vida cotidiana que desencadeiam as crises de agudização do quadro, como a alergia alimentar.

Achados de outro estudo com crianças com DA corroboram estes resultados, apontando que, comumente a exacerbação da doença ocorre simultaneamente à alergia alimentar (ALANNE et al 2011).

Percebeu-se, também, que ao indagar sobre alguns aspectos da doença, como o prurido, elas costumavam mudar de assunto em algumas vezes, não respondendo ao adulto ou direcionando a brincadeira para outra temática. Crianças com DA têm dificuldade para verbalizar o que as incomoda, principalmente na fase pré-escolar,

manifestando tensão, com mudanças repentinas de humor (FONTES NETO et al, 2005).

O prurido é capaz de desencadear irritabilidade na criança, além de transtorno no seu padrão de sono. Essa interferência no sono da criança impacta, também, no padrão de sono de seus familiares (HOCKENBERRY; BAKER; MONDOZZI; 2014; SIMÃO, 2014). E isso se evidenciou nas dramatizações de situações envolvendo o ato de dormir nas sessões de BT.

Outro aspecto que emergiu no brincar é a preocupação da criança com aparência física. As crianças com DA são mais vaidosas quando comparadas às crianças que não têm a doença, além de expressarem maior necessidade por atenção e cuidados por parte dos adultos que as cercam (FONTES NETO et al, 2005). No presente estudo, observou-se a ocorrência de dramatizações envolvendo o cuidado com a aparência.

Remetendo-se, ainda, ao fato da doença de pele comprometer a aparência física, o preconceito e a exclusão emergem nas construções simbólicas da criança no presente estudo. Uma delas verbalizou que não havia espaço para a boneca com doença de pele, na situação de brincadeira, afastando-a dos outros bonecos. A literatura aponta que a DA é uma doença que está associada a sentimentos de vergonha, ansiedade e baixa-autoestima (COGUI, 2005).

Foram comuns as brincadeiras envolvendo o uso de medicação endovenosa e inalatória, com o uso do espaçador e a realização de curativo. Essa repetição de atribuição de papéis por parte das crianças pode ser explicada, segundo o Interacionismo Simbólico, pela necessidade que o indivíduo tem de entender o outro e de se fazer entendido por ele (BLUMER, 1969).

Algo semelhante ocorreu em um estudo já citado, desenvolvido com crianças hospitalizadas, evidenciando-se o seu interesse em manipular materiais hospitalares, quando esclarecia suas dúvidas, diminuindo, conseqüentemente, seus medos. Os resultados ainda reforçam, mais uma vez, a idéia de que, brincando, ela se comunica com maior facilidade (CALEFFI et al, 2016).

No que se refere às ações voltadas para a prevenção de complicações na DA, a tesoura foi utilizada com frequência nas brincadeiras das crianças do presente estudo, dramatizando o corte de unhas, cuidado rotineiro em seu cotidiano. Crianças com DA precisam manter as unhas sempre curtas, limpas e lixadas a fim de evitar arranhaduras decorrentes do prurido, minimizando os riscos de infecção, devido ao ato de coçar (HOCKENBERRY; BAKER; MONDOZZI, 2014; SIMÃO, 2014).

Outro fator significativo na vida dessas crianças consiste na restrição em conviver com animais. Como a etiologia da DA é multifatorial, sua exacerbação está associada a diversos eventos, incluindo a poeira doméstica ou pelo de animais (AZULAY, 2013). Evitar o contato com esses alérgenos constitui-se, portanto, em uma das medidas de cuidados rotineiros para essas, a fim de minimizar as crises (HOCKENBERRY; BAKER; MONDOZZI, 2014; SIMÃO 2014; SILVA, 2016).

Considerando o fato da DA ser uma doença crônica, os resultados do estudo

mostraram que a criança tem que lidar constantemente com as suas repercussões, seja em relação ao agravamento das manifestações, ao tratamento ou às limitações no estilo de vida.

Diante desse contexto, a criança precisa sentir-se fortalecida para enfrentar a situação e vencer as adversidades, expressando isso simbolicamente por meio da brincadeira, como se assumisse o papel de herói na luta entre o bem, no caso, a criança, e o mal (a doença).

Ao dramatizar uma luta durante a sessão de BT, a criança expressa simbolicamente o seu esforço para enfrentar os fatores desencadeantes da doença. A literatura aponta que o brincar permite a resolução de conflitos, aliviando a ansiedade e favorecendo a criatividade (KLIEGMAN et al, 2014).

O brincar, portanto, constitui-se em uma ferramenta de melhoria de qualidade de vida para a criança, uma vez que possibilita a ela exteriorizar seus sentimentos, minimizar o estresse emocional. Muitas vezes, esse estresse está associado ao agravamento da sua condição de saúde (HOCKENBERR; BAKER; MONDOZZI, 2014; AZULAY, 2013).

Nesse sentido, o brincar deve ser incentivado, pois enquanto brinca, a criança torna-se livre para expressar o seu ser e se encontrar. É algo prazeroso, que leva a criança a se sentir confiante e capaz de dominar o ambiente, precisando também de um tempo para finalizar a brincadeira iniciada (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014). Desta forma, entende-se o interesse pela brincadeira expresso pela criança no presente estudo, bem como o fato de resistir ao seu término da sessão.

O BT permite à criança um comportamento autêntico e encerrar a brincadeira antes do tempo necessário para que ela consiga expressar tudo o que deseja traz sofrimento, fazendo com que ela sinta falta desse momento lúdico (MATOS et al, 2014). O brincar, portanto, além de favorecer a expressão de desejos por parte da criança, traz alívio ao sofrimento vivenciado por ela diante de uma situação atípica em sua vida.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possibilitou compreender que a DA, por se tratar de uma doença crônica, impõe alguns desafios à criança, como o desconforto físico decorrente pelo prurido e, conseqüentemente, a interrupção do sono. Ela também enfrenta mudanças significativas no seu cotidiano, devido à rotina de cuidados específicos relacionados à doença e seu tratamento, a fim de estabilizá-la e prevenir complicações.

Tal como ocorre em pessoas com outras dermatoses, a criança com DA preocupa-se com sua aparência física em função das lesões cutâneas. Ela percebe-se diferente das outras crianças, acreditando não ser uma pessoa “bonita” e que, por isso, deve ser excluída do grupo.

Outra questão significativa é a limitação imposta para algumas atividades, como a impossibilidade de conviver com animais de estimação.

O brinquedo mostrou-se um aliado da criança no enfrentamento da doença, pois além de dar prazer, satisfação e favorecer a liberdade para se expressar, promoveu a catarse em vários momentos, aliviando a tensão e dando-lhe coragem para lidar com a situação. Para o profissional, possibilitou-lhe a reflexão sobre a experiência desta criança, e de que forma pode cuidar dela de maneira mais efetiva.

A respeito do papel do BT na promoção do equilíbrio emocional da criança com doenças crônicas como a DA, recomenda-se mais uma vez, que seja utilizado rotineiramente nos serviços de saúde, especialmente em ambulatórios, onde ocorre a maioria dos atendimentos médicos para esta criança.

A realização de um estudo qualitativo na perspectiva do Interacionismo Simbólico, possibilitou conhecer as nuances e particularidades das interações da criança com DA. Evidenciou-se, neste contexto, a importância da realização de pesquisas que contemplem os indivíduos em seu todo, possibilitando analisar os aspectos que permeiam suas vivências, com ênfase para suas interações consigo mesmo e com a sociedade em que está inserido.

O estudo também revelou a contribuição do uso do brinquedo terapêutico como importante estratégia de coleta de dados em pesquisas desenvolvidas com crianças.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais do Ambulatório do Programa Einstein na Comunidade de Paraisópolis - PECP e a Sra Denise Campos, bibliotecária da Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein.

REFERÊNCIAS

ALANNE, S. et al. Quality of life in infants with atopic dermatitis and healthy infants: follow-up from birth to 24 months. *Acta Pediatrica*, p.65-70, 2011.

AMARAL, C.S.; SANT'ANNA, C.C.; MARCH, M.F. Quality of life in children and teenagers with atopic dermatitis. *An Bras Dermatol*, v.87, n.5, p.717-23, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23044564>. Acesso em: 18 jun. 2017

AZULAY, R.D.; AZULAY, D.R.; ABULAFIA, L.A. *Dermatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BLUMER, H. The methodological position of symbolic interactionism. In: *SYMBOLIC interactionism: perspective e method*. Berkeley: University of California, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2017

CALEFFI, C.C.F. et al. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v.37, n.2, p.1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160258131.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017

COGUI, S.L. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes adultos com dermatite atópica. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, 2005.**

FONTES NETO, P.T. et al. Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.27, n.3, p.279-91, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70152/000531256.pdf?sequence=1>. Acesso em: 18 jun. 2017

GREEN, C.S. Understanding children's needs through therapeutic play. **Nursing**, v.4, n.10, p. 31-2, 1974.

HAGUETTE, T.M. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HOCKENBERRY, M.J.; BAKER, R.U.; MONDOZZI, M.A. A criança com disfunção tegumentar. In: HOCKENBERRY MJ, Wilson D, editores. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

KLIEGMAN, R.M. et al. **Nelson Tratado de Pediatria**. 19. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. v. 1

LIMA, K.Y. et al. Atividade lúdica como ferramenta para o cuidado de enfermagem às crianças hospitalizadas. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.3, p. 741-6, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/959> Acesso em: 18 jun. 2017

MATOS, A.P.K. et al. Revelações manifestadas por crianças pré-escolares portadoras de doenças crônicas em tratamento ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.27, n.2, p.126-32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0126.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017

PALADINO, C.M.; CARVALHO, R.; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.3, p. 423-9, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-423.pdf. Acesso em: 18 jun. 2017

PONTES, J.E. et al. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. **Einstein**, v.13, n.2, p.238-42, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0238.pdf. Acesso em: 18 jun. 2017

RIBEIRO, C.A. et al. Mesa redonda: o brinquedo e a assistência de enfermagem à criança. **Enfermagem Atual**, v.2, n.24, p.6-17, 2002.

RIVITTI, M.C. et al. **Recomendações: atualização de condutas em pediatria: dermatite atópica**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2011.

SILVA, C.M.R. **Dermatite Atópica. Sociedade Brasileira de Dermatologia**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.sbdmg.org.br/dicas-de-saude/dermatite-atopica>. Acesso em: 18 jun. 2017

SIMÃO, H.M. Dermatite atópica. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Alergia e imunologia**. 2014. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/daportal-sbp-helio2014.pdf>. Acesso em: 18 jun.2017

WATSON, W.; KAPUR, S. Atopic dermatitis. **Allergy Asthma Clinical Immunology**, v.7, n.1,p.1-7, 2011. Disponível em: <http://www.aacjjournal.com/content/7/S1/S4>. Acesso em: 18 jan. 2017.

WEBER, M.B. et al. Assessment of the quality of life of pediatric patients at a center of excellence in dermatology in southern Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.87, n.5, p.697-702, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n5/v87n5a04.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017

VIVÊNCIAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEONATOLOGIA NO BLOCO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Danara Alves Otaviano

Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. . Sobral-CE

Antonia Rodrigues Santana

Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

Layanne Maria Araújo Farias

Enfermeira do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

James Banner de Vasconcelos Oliveira

Farmacêutico do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

Carina dos Santos Fernandes

Fisioterapeuta do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

Ana Roberta Araújo da Silva

Nutricionista do Programa de Residência Multiprofissional de Neonatologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE/Centro Universitário INTA-UNINTA. Sobral-CE

RESUMO: O Sistema Único de Saúde (SUS), através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação desenvolveu os programas de Residência Multiprofissional e em área profissional em saúde cujo objetivo é possibilitar a formação de profissionais e também contribuir com a mudança técnica assistencial do SUS (BRASIL, 2006). Buscou-se relatar a vivência de residência multiprofissional em neonatologia no bloco obstétrico. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido com base na experiência multiprofissional nos meses de Abril à Junho num bloco obstétrico. Os saberes das diferentes categorias também agregaram melhorias na resolução de casos clínicos de puérperas o que possibilitou uma assistência à saúde compartilhada e o aprendizado do trabalho em equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Educação de Pós- Graduação; Serviços de Saúde Materna.

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE LIVING IN NEONATOLOGY IN THE OBSTETRIC BLOCK OF A TEACHING HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The Unified Health System (SUS), through the Ministry of Health and the Ministry of Education, has developed multiprofessional residency programs in a professional health area whose objective is to enable the training of professionals and also contribute to the technical assistance SUS (BRAZIL, 2006). We attempted to report the experience of multiprofessional residency in neonatology in the obstetric block. This is a descriptive study of the type of experience report, developed based on multiprofessional experience from April to June in an obstetric block. The knowledge of the different categories also added improvements in the resolution of clinical cases of puerperas, which enabled a shared health care and the learning of teamwork.

KEYWORDS: Unified Health System; Postgraduate Education; Maternal Health Services.

1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação desenvolveu os programas de Residência Multiprofissional e em área profissional em saúde cujo objetivo é possibilitar a formação de profissionais e também contribuir com a mudança técnica assistencial do SUS (BRASIL, 2006). O Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia (REMUNE) de um hospital de ensino do semiárido cearense constitui-se numa pós-graduação lato sensu com a carga horária total de 5.760 horas que subdivide-se em 520 horas de atividades teórico-práticas, 765 horas teóricas e 4.475 horas práticas. Articulado entre as categorias Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Farmácia em que estas categorias vivenciam setores tais como maternidade, uti neonatal, uti pediátrica e serviços da atenção básica e secundária. Possibilitando a especialização de profissionais pra excelência no cuidado integral a saúde materno-infantil. Deste modo o objetivo do estudo é relatar a vivência de residência multiprofissional em neonatologia no bloco obstétrico.

2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido com base na experiência multiprofissional nos meses de Abril à Junho num bloco obstétrico que atente mulheres no período de trabalho de parto, parto e puerpério, sendo referência na região para receber gestantes de alto risco o qual é regulamentado como hospital escola.

3 | RESULTADOS

Durante as práticas assistenciais pode-se desenvolver a construção coletiva do conhecimento, uma vez que em momentos tais como o trabalho de parto ocorreu a interação de propostas de intervenção que envolvia habilidades por exemplo: técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, orientações relacionadas a amamentação o que possibilitava a ampliação da atuação multiprofissional. Os saberes das diferentes categorias também agregaram melhorias na resolução de casos clínicos de puérperas o que possibilitou uma assistência à saúde compartilhada e o aprendizado do trabalho em equipe. O reconhecimento profissional se deu por meio do vínculo com os clientes e equipe da maternidade, favorecendo a autonomia do grupo, uma vez conquistada à confiança dos usuários e seus familiares.

4 | CONCLUSÃO

Desta forma, a REMUNE possibilitou além do conhecimento técnico científico o desenvolvimento de habilidades por meio da troca de condutas das diferentes categorias profissionais no qual o usuário foi favorecido com um cuidado humanizado e abrangente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Brasília, DF, v.1, p. 6-434, 2006. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.>. Acesso em: 22 fev. 2019.

VIVENDO EM UM ABRIGO: AS SITUAÇÕES DE PERDA CONTADAS PELA CRIANÇA POR MEIO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO

Fabiane de Amorim Almeida

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

São Paulo, Brasil.

Deborah Ferreira Souza

Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

São Paulo, Brasil.

RESUMO: Objetivo: compreender as situações de perda vivenciadas por crianças institucionalizadas em abrigo, por meio do brinquedo terapêutico. Método: pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com cinco crianças de uma instituição de abrigo situada no município de Santos – Brasil, com idade entre quatro e 11 anos. Os dados foram coletados durante uma sessão de Brinquedo Terapêutico e analisados por meio da técnica de conteúdo de Bardin. Resultados: a criança que mora em um abrigo vivencia muitas situações de perda real e simbólica. Dentre elas, uma das mais significativas que emergiram durante a brincadeira, é a perda do contato com sua família. Considerações finais: o Brinquedo Terapêutico evidenciou-se como estratégia efetiva que favorece a reflexão da criança sobre suas vivências no abrigo, além de valioso instrumento de pesquisa quando se deseja ouvir a criança.

PALAVRAS-CHAVE: Orfanato; Jogos e brinquedos; Criança; Enfermagem pediátrica.

LIVING IN A SHELTER: THE LOSS SITUATIONS TOLD BY THE CHILD THROUGH THERAPEUTIC PLAY

ABSTRACT: Objective: Understand the loss situations experienced by children who live in a shelter, through the therapeutic play. Method: Exploratory, qualitative descriptive study with five children between four and 11 years old, from a shelter institution located in the city of Santos - Brazil. Data were collected during a therapeutic play session and analyzed using the Bardin content technique. Results: Children living in a shelter experience many situations of real and symbolic losses. Among them, one of the most significant that emerged during the session is the loss of contact with their family. Final considerations: therapeutic play has been proved as an effective strategy that benefits children's thinking about their experiences in the shelter, as well as a valuable research tool when the intention is to hear what the children have to say.

KEYWORDS: Orphanages; Play and Playthings; Child; Pediatric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A infância é uma fase determinante na vida adulta do ser humano, pois, enquanto cresce, a criança desenvolve-se nos aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais (NOGUEIRA, 2016).

Mudanças significativas no ambiente em que vive podem interferir na saúde psíquica da criança e em sua personalidade. Por isso, é importante para ela a companhia de seus pais e familiares, principalmente no início da vida (SCOPEL; SOUZA; LEMOS, 2011).

Nem todas as crianças contam com um sistema familiar estruturado e, por diversos fatores, necessitam viver em abrigos ou lares substitutos, como no caso de história familiar de violência doméstica, abandono ou morte dos pais, dependência química dos pais, vivência nas ruas e pobreza (FREITAS; OLIVEIRA, 2016).

Neste contexto, acredita-se ser complexo para uma criança que foi desintegrada de seu lar, viver em um abrigo, com pessoas que lhe são estranhas, em local desconhecido, não sendo tratada com individualidade e tendo que conviver em grupo a todo tempo (BRASIL; 2011; SILVA; CABRAL; CHRISTOFFEL, 2008).

Estratégias lúdicas podem auxiliar a criança a expressar o que sente e pensa sobre suas experiências de vida, permitindo conhecê-las melhor. O Brinquedo Terapêutico (BT), técnica baseada nos princípios da ludoterapia, diminui a ansiedade da criança, gerada por situações atípicas da sua idade. Possibilita a ela expressar seus sentimentos, refletir sobre suas vivências, lidar com as diferenças e adquirir autoconfiança, facilitando sua aproximação com os adultos, especialmente os profissionais que a cercam (RIBEIRO; ALMEIDA; BORBA, 2008).

2 | OBJETIVO

Compreender as situações de perda vivenciadas por crianças institucionalizadas em abrigo, por meio do brinquedo terapêutico.

3 | MÉTODO

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, foi realizada em uma instituição de abrigo não governamental filantrópica, do município de Santos/SP, com cinco crianças entre quatro e 11 anos, que concordaram em participar da pesquisa e cujo responsável legal autorizou a sua participação no estudo (Quadro 1).

Nome fictício	Idade (anos)	Sexo	Há quanto tempo reside na instituição	Residiu em outra instituição
Cinderela	10	Feminino	Desde dezembro de 2016 da última vez (já passou três vezes)	Não
Hulk	4	Masculino	Desde julho de 2017	Não
Mulher Maravilha	11	Feminino	Desde julho 2017	Sim
Princesa Elsa	6	Feminino	Desde janeiro de 2017	Não
Homem Aranha	8	Masculino	Desde janeiro de 2017	Não

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa

O número de participantes foi definido no decorrer da coleta de dados, que se encerrou quando os dados foram suficientes para que as autoras compreendessem as experiências de perda vivenciadas pelas crianças.

Os dados foram coletados em 2017, após a aprovação do projeto pelo CEP do Hospital Israelita Albert Einstein (CAAE: 63248216.3.0000.0071) e autorização do responsável pela instituição onde foi realizada a coleta. Foi obtido o assentimento das crianças para a participação da pesquisa, por meio do Termo de Assentimento do menor, elaborado conforme a capacidade de compreensão da criança, como preconiza a Resolução 466, de 2012 (BRASIL, 2013).

Para garantir o sigilo da identidade das crianças utilizou-se nomes de personagens de desenhos infantis, escolhidos por elas.

A coleta de dados realizou-se por meio da observação da criança, em uma sessão de Brinquedo Terapêutico dramático, que possibilita à criança expressar livremente o que sente e pensa, além de diminuir sua ansiedade, sempre que ela tem dificuldade em lidar e compreender sua experiência (RIBEIRO; ALMEIDA; BORBA, 2008).

O brinquedo terapêutico é bastante empregado na área da saúde, com crianças hospitalizadas ou atendidas em qualquer instituição de assistência à saúde, como ambulatórios ou clínicas de vacina (SANTOS; SANTANA; SANTANA; OLIVEIRA; LOPES, 2013; PONTES; TABET; FOLKMANN; CUNHA; ALMEIDA, 2015; JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010).

Inicialmente as sessões seriam conduzidas individualmente, no entanto algumas crianças que possuíam irmãos na mesma instituição, resistindo à brincadeira individual, insistindo para permanecer junto de seu irmão ou irmã.

Observações realizadas pela pesquisadora antes e após a sessão de Brinquedo Terapêutico foram registradas em um diário de campo, para auxiliarem na análise posterior dos dados.

O material utilizado nas sessões de Brinquedo Terapêutico incluiu: bonecos representando os familiares, profissionais da instituição e outras crianças do abrigo, além de objetos de seu cotidiano, como telefones, painéis, comida, banheira, massinha

de modelar, jogos de montar, lápis e papel para desenho (RIBEIRO; ALMEIDA; BORBA, 2008).

A sessão de Brinquedo Terapêutico durou, em média, 30 minutos, sendo registrada em vídeo para possibilitar a transcrição das observações na íntegra. Antes de iniciar a brincadeira, a pesquisadora interagia com as crianças, a fim de estabelecer vínculo de confiança com elas. Então, convidava a criança para brincar, dizendo: “Vamos brincar de uma criança que mora em um abrigo”?

As sessões foram realizadas individualmente, no caso das crianças que não possuíam irmãos, ou em dupla, para aquelas que tinham irmãos na mesma instituição. Escolheu-se uma sala reservada, para que não houvesse interrupções, onde foram oferecidos os brinquedos em uma sacola.

A pesquisadora explicava a elas que poderiam brincar como desejassem e que, um pouco antes do término, ela seria avisada, para que a criança tivesse tempo de encerrar a brincadeira. Entretanto, todas as crianças pararam a brincadeira por iniciativa própria.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Esta técnica caracteriza-se por um conjunto de estratégias de análise de comunicação, que visa identificar, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos, o que é dito acerca de determinado tema (BARDIN, 2011).

Inicialmente, realizou-se uma primeira leitura mais abrangente das transcrições das sessões de BT, a fim de se obter uma percepção inicial do conteúdo. Leituras sucessivas foram realizadas posteriormente, possibilitando destacar as frases significativas que foram grifadas no texto.

Os trechos destacados receberam códigos, sendo essenciais para o processo de categorização. Inicialmente, os trechos selecionados foram agrupados considerando as diferenças temáticas que emergiram.

Numa segunda etapa, os trechos selecionados foram agrupados por similaridade de conteúdo. A partir de então, considerando a aproximação dos pressupostos teóricos com os dados empíricos da realidade, elaborou-se a síntese dos discursos.

4 | RESULTADOS

A análise dos dados sobre as situações de perda vivenciadas pela criança será apresentada a seguir, acompanhada de trechos da transcrição das sessões de BT, sendo que as verbalizações da criança estão identificadas com a letra “C”, e as da pesquisadora, com a letra “P”.

A criança que vive em um abrigo vivencia muitas situações de perda real e simbólica. Dentre elas, uma das mais significativas relatadas pela criança ou dramatizadas durante a brincadeira, é a perda do contato com sua família, muitas vezes, não compreendendo o motivo pelo qual foram levadas para o abrigo.

C: Tia posso contar um segredo? Meus pais não vem me visitar, mas..... não sei porque sinto saudades deles. **(Mulher Maravilha)**

C: Minha mãe não pode me visitar... Ela está na clínica, **P:** Porque ela está lá? **C:** Porque eu via ela usá droga... Aí, todo mundo falava que não podia. Depois, ela foi para a clínica... quando eu vim de novo morar aqui... **(Cinderela)**

C: Olha, tia, ela (a boneca) já está de fralda bem pequenininha. Sabia que o bebe da minha mãe, a tia (funcionária do abrigo) falou que vai usar fralda pequenininha? **P:** Nossa, não sabia!. **C:** É...ele tá na barriga dela (...). Eu tô com saudade da minha mãe – falou baixinho abotoando a roupa da boneca(...). Eu sou mãe do bebê que tá na barriga da minha mãe. **(Princesa Elsa)**

Pegou um telefone que estava do seu lado e apertou as teclas, **C:** Vou ligar pra eles dois, meus irmãos... Eles estão na escola, sabia? **(Hulk)**

A saudade de casa e a lembrança dos bons momento vividos em família evidenciam claramente a falta que as crianças sentem do seu lar.

C: Vou fazer brigadeiro agora, não eu prefiro bolinho de chuva – falou, enrolando a massinha na mão, **C:** Eu quero comer de novo, eu comi só uma vez na minha casa. **C:** Eu gosto muito de fazer comida, lá em casa eu fazia com minha irmã. **(Cinderela)**

Colocou as bonecas sentadas no chão ao seu lado, achou um pacote de bala e misturou à massinha, **C:** Elas vão comer bolo de aniversário – disse, misturando tudo com a mão. **C:** Eu vou fazer arroz, feijão, ovo e tomate para guardar para outro dia – falou colocando tudo dentro das panelas (em casa, a mãe preparava a comida para o dia seguinte, quando saía para trabalhar). **(Cinderela)**

C: Vou fazer comida como minha mãe, a comida dela é mais gostosa do que a daqui – disse mexendo tudo na panelinha com a colher. **(Princesa Elsa)**

Uma das crianças demonstrou irritação, parando de brincar, quando a pesquisadora se referiu às pessoas da instituição, como sendo da sua “nova” família no abrigo.

P: Você gosta da família do abrigo? **C:** As pessoas daqui não são minha família, tá? Só minha mãe que está no médico pra tirar o bebê da barriga e o Homem Aranha (seu irmão) (...). **C:** Tia, vou desenhar minha família pra você – falou colocando os brinquedos de lado. **P:** Você vai parar de brincar? **C:** É... eu vou desenhar agora **(Princesa Elsa)**

A mudança da sua rotina diária quando está no abrigo, leva a criança, muitas vezes a se sentir insegura, diante da perda do porto seguro que era seu lar.

C: Tenho uma irmã bem grande que mora aqui comigo – falou mexendo com a massinha. **C:** Sabe, eu tenho medo, porque as tias não deixam eu dormir na cama com minha irmã. (...).

Uma das crianças também relatou sobre a perda de seu animal de estimação, sendo que a lembrança deste momento levou- a parar de brincar.

C: Essa (cadela) latindo é a Xuxa, a cachorrinha daqui do abrigo. Ela veio da rua, por isso que está aqui...Ela lembra o Baby, meu cachorro... Ele se perdeu na praia, um dia, e eu nunca mais achei. Enquanto falava, guardava os brinquedos na sacola. **C:** Tia, eu quero pará de brincar. Pegou os papeis e o lápis para desenhar **(Cinderela)**

Percebe-se que as crianças não querem ficar distante dos irmãos que estão com ela no abrigo, evidenciando-se claramente, quando resistem em participar da sessão de BT sozinha. Às vezes, demonstram preocupação constante com o irmão ou irmã, enquanto brincam, tendo dificuldade para se concentrar na brincadeira quando ele não está por perto.

C: Tia eu vou chamar o Homem Aranha (irmão) ...eles (outras crianças) vão mexer (referindo-se ao brinquedo do irmão). Vem logo brincar! E não é para sair de novo – falou para o irmão (...). Levantou-se e sentou ao lado dos brinquedos que o irmão estava brincando, ao perceber que ele havia saído novamente. C: Tia, nós duas vamos olhar, porque alguém pode pegar – falou olhando para mim. (Princesa Elsa)

5 | DISCUSSÃO

As crianças abrigadas têm sua rotina diferenciada das demais crianças de sua idade, pois não estão mais sobre o poder legal de seus pais, mas sobre a guarda do Estado. Essa realidade não pode ser ignorada, pelo fato de ser uma situação potencialmente traumática para elas (VECTORE; CARVALHO, 2008).

Além das experiências dolorosas vivenciadas pela criança antes de ser encaminhada à instituição de abrigamento, ela dispõe, neste novo contexto, de um espaço restrito para manifestar os seus desejos e necessidades, de ser ouvida e compreendida, sujeitando-se continuamente a rotinas diferentes das que vivia em casa (VECTORE; CARVALHO, 2008).

A literatura aponta que a família tem grande peso na vida da criança e, mesmo não sendo estruturada, é reconhecida por ela, como um sistema de apoio. Por isso, a instituição de abrigo enfatiza a importância da reinserção dela em sua família biológica ou extensa. Entretanto, quando isso não é possível, ela é direcionada a uma família substituta. Assim, durante o período de institucionalização, a criança é preparada e incentivada a fortalecer novos laços familiares (HUEB, 2016).

Estudando crianças vítimas de violência por meio do Brinquedo Terapêutico, constatou-se que elas demonstraram grande interesse em participar, sendo que todos aceitaram o convite para brincar, mostrando-se criativos na elaboração dos conteúdos da dramatização e dominando a situação na brincadeira, ao tomar decisões, dando ordens, inclusive, ao adulto (ROCHA, PRADO; KUSAHARA, 2005).

Outro estudo realizado com crianças internadas em uma Unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) de um hospital público universitário também evidencia o interesse da criança em participar da sessão de BT. Elas mostravam-se tranquilas e seguras, tendo prazer e satisfação e não querendo parar de brincar, apesar de estar em um ambiente estressante, sendo submetida a procedimentos invasivos e dolorosos (FONTES; OLIVEIRA; TOSO, 2017).

Enquanto brinca, a criança está livre de cobranças, criando um momento em que elas, descobrem um novo mundo e avançam em seus conhecimentos. Sente-se

capazes e mais confiantes em si mesmas, dramatizando com maior intensidade de que forma a quebra de vínculo, com a família e com seus animaizinhos, afeta suas vidas (ROCHA; PRADO; KUSAHARA, 2005).

O brincar, para a criança, faz parte da formação de seu caráter, sendo um importante meio de comunicação e por meio do qual ela extravasa seus sentimentos de uma forma natural. Utiliza-se da fantasia e da imaginação para reinventar o mundo, como uma “faz de conta”. Além disso, a brincadeira favorece a aprendizagem, promovendo a construção de sua autonomia e criatividade, o que lhe permite explorar e refletir sobre seu cotidiano e a realidade em que vive (FANTACHOLI, 2011).

A dramatização na brincadeira reduz a ansiedade, ao promover a catarse que, segundo a psicanálise, é um processo filosófico de purificação, permitindo penetrar nos recantos mais íntimos da pessoa, alcançados por meio da expressão verbal. Como a criança não consegue expressar verbalmente suas experiências, a catarse é alcançada durante a brincadeira. Ela promove a descoberta das experiências traumáticas vividas pela criança trazendo, à luz de sua consciência, o que está oculto ou o que evita, desvendando o que sente a partir de seu entendimento (BATISTA, 2003).

Durante a brincadeira, as crianças relataram e dramatizaram repetidamente sobre as mudanças que a nova rotina acarreta. Percebe-se, frequentemente, o receio de serem separados dos irmãos e, em alguns casos, não poderem dormir juntos na mesma cama, como acontecia em casa. No entanto segundo a literatura, a instituição acolhedora deve possibilitar à criança participar de algumas decisões, como forma de diminuir o impacto da mudança de rotina, fazendo com que ela se sinta em casa, mesmo que provisoriamente (BARTH; MROGINSK; REZENDE; CERVIERI; DAMASCENO; PIRES, 2012).

Essas crianças são expostas a intensas cargas de ansiedade, provenientes de situações como a separação dos pais, que deixa marcas em seu desenvolvimento. O medo de vivenciar novas perdas, ao conhecer pessoas com quem desenvolvem um vínculo, pode ser entendido por elas como uma cicatriz dolorosa e pronta para se abrir a qualquer momento (ROTONDARO, 2002).

A morte de animais de estimação foi outra situação de perda vivenciada pela criança e relatada durante a brincadeira. O processo de luto para a criança é diferente do adulto, pois é construído a partir do desenvolvimento cognitivo de cada uma. No entanto, independente no nível de concepção da morte, esta perda constitui-se num modo de reconstrução e reorganização, que gera um desafio emocional, com o qual ela tem que lidar (PEDRO; CATARINO; VENTURA; SALSINHA; TABORDA; GARNEIRO, 2010).

As crianças que participaram do presente estudo possuem uma história marcada pelo abandono, sendo que, desde o início de suas vidas, transitam entre abrigos ou, ainda, em situação de rua. Passam parte da vida vivenciando uma realidade permeada pela carência de afeto e de recursos financeiros, marcada pela violência, incluindo

agressões físicas e psicológicas. Isso gera uma insegurança emocional que, no futuro transforma-se em crônica, podendo leva-las a se tornarem agressivas, indecisas e vulneráveis na adolescência (ROCHA; PRADO; KUSAHARA, 2005).

Quase todas as crianças tomaram a iniciativa de encerrar a brincadeira. Algumas vezes, tornavam-se inquietas, tristes ou agressivas, como se o conteúdo da situação dramatizada tivesse gerado desconforto.

Embora brincar seja prazeroso, como foi evidenciado em vários momentos da sessão de Brinquedo Terapêutico, às vezes, a criança não conseguia continuar a brincar, ao reviverem situações estressantes como ao relembra-rem dos pais ou da perda de animais de estimação. Elas param de brincar porque a ansiedade gerada durante a brincadeira foi grande o bastante, a ponto de as impedir de controlar seus sentimentos (ALMEIDA, 2003).

Uma das dificuldades enfrentadas durante a coleta de dados foi a resistência por parte das crianças de participarem sozinhas da sessão de BT, insistindo em participar desta atividade na companhia dos irmãos. Percebe-se uma preocupação constante das crianças que estão em abrigos em serem separados dos seus irmãos.

Ressalta-se, por fim, o valor do brinquedo na realização de pesquisas com crianças, de modo especial, quando se encontram em situação de vulnerabilidade, como aquelas que vivem em abrigo.

Um estudo qualitativo, desenvolvido com crianças de uma unidade de abrigamento em Feira de Santana, Bahia, também utilizou atividades como desenho e história para coleta de dados, a fim de explorar como elas significavam as experiências vivenciadas em relação à violência familiar e o acolhimento institucional (TRINDADE, 2017). Destaca-se a importância de dar “voz” à criança, propiciando-lhe condições para refletir sobre vivências permeadas por sofrimento e expressar seus sentimentos, que de outra forma, talvez não fosse possível.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dramatização de momentos do seu cotidiano na brincadeira permitiu entender o contexto de vida destas crianças no abrigo, bem como seus sentimentos, com destaque para as situações de perda e a saudade de seus familiares e do seu lar.

A brincadeira favoreceu, também, a formação de um vínculo de confiança entre a criança e o adulto, evidenciando-se, ainda, o prazer que o brincar lhe proporcionava.

O estudo mostrou a importância de instituir o Brinquedo Terapêutico rotineiramente para crianças acolhidas, dando oportunidade aos profissionais que atuam em abrigos estabelecerem uma interação mais efetiva com elas, além de utilizá-lo para diminuir a tensão e a ansiedade dessas crianças, geradas pela institucionalização.

O Brinquedo Terapêutico vislumbra-se como uma excelente proposta para abordar crianças no contexto da pesquisa. Para tanto, faz-se necessário capacitar os

profissionais para o uso do BT na prática, desde o início da sua formação. A literatura reforça a importância de se abordar esta temática desde o curso de graduação (BARRETO; MAIA; DEPIANTI; MELO; OHARA; RIBEIRO, 2017; LEMOS; OLIVEIRA; GOMES; SILVA; SILVA; FERNANDES, 2016).

AGRADECIMENTOS

À Sra Denise de Moura, bibliotecária da FICSAE, pela inestimável contribuição na revisão das referências bibliográficas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; BOMTEMPO, Edda. O brinquedo terapêutico como apoio emocional a cirurgia cardíaca em crianças pequenas. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 1, n. 4, p.35-40, 2004.

ALMEIDA, Fabiane de Amorim; SABATES, Ana Llonch. **Enfermagem pediátrica: a criança o adolescente e sua família no hospital. 1 ed. São Paulo:** Manole, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 6 ed. São Paulo: Almedina, 2011. 280 p.

BARRETO, L.M.S.C. et al. Giving meaning to the teaching of therapeutic play: the experience of nursing students. **Escola Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 21, n. 2, e-20170038, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170038.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2018.

BARTH, L. F. B. et al. **O brincar como espaço de prevenção e intervenção psicológicas em crianças e adolescentes.** 2012.16 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Barbaroi, Santa Cruz do Sul, 2012.

BATISTA, Cleide Vitor Mussini. **Brincadeira: a criança enferma e o jogo simbólico. Estudo de caso.** 2003. 251 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Desenvolvimento Humano e Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BRASIL. Resolução nº 71, de 15 de junho de 2011. Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público na defesa do direito fundamental à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes em acolhimento e dá outras providências. **Resolução do Conselho Nacional do Ministério Público.** Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.cnmpp.mp.br/portal/atos-e-normas/norma/723>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

BRASIL. **Resolução N°466:** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 26 abr. 2018.

CONCEIÇÃO, Bruno Ricardo Trindade. **As significações de si das crianças abrigadas: um estudo de caso com crianças que passaram por reinserção familiar.** 2017. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2017.

DIGITAIS PUC CAMPINAS. **A maioria das crianças e adolescentes em abrigos não são órfãos.** Disponível em: <<https://digitaispuccampinas.wordpress.com/2016/05/19/a-maioria-das-criancas-e-adolescentes-em-abrigos-nao-sao-orfaos/>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

FANTACHOLI, Fabiane das Neves. O Brincar na Educação Infantil: Jogos, Brinquedos e Brincadeiras: Um Olhar Psicopedagógico. **Revista Científica Aprender**, São Paulo, v. 0, n. 5, p.0-0, 2011. Disponível em: <revista.fundacaoaprender.org.br/?p=78>. Acesso em: 26 abr. 2018.

FONTES, Cassiana Mendes Bertocello; OLIVEIRA, Ananda Stéfani Silva de; TOSO, Lis Amanda. Therapeutic toy in pediatric intensive therapy unit. **Revista Enfermagem Ufpe**, Recife, v. 11 (Supl.7), n. 7, p. 2907-2915, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9518>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

HUEB, Martha Franco Diniz. Acolhimento institucional e adoção: uma interlocução necessária. **Revista da Spagesp**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.28-38, 2015.

JANSEN, Michele Ferraz; SANTOS, Rosane Maria dos; FAVERO, Luciane. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.247-253, 2010.

KUSAHARA, Denise Miyuki; PRADO, Marta Lenise do; ROCHA, Patrícia Kuerten. O brinquedo terapêutico como um modo de cuidar de crianças vítimas de violência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 2, p.171-176, 2005.

LEMOS, I. C. S. et al. Therapeutic toy during the procedure of venipuncture: a strategy to reduce behavioral changes. **Revista Cuidarte**, Santander, v.7, n.1, p.1163-1170, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a04.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

NOGUEIRA, Fernanda. **A formação da personalidade da criança**. Disponível em: <<http://www.psicobh.com.br/index.php/psicoterapia-infantil/a-formacao-da-personalidade-da-crianca/>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

PEDRO, Ana et al. **A vivência da morte na criança e o luto na infância**. 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0226.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

PONTES, Jéssica Etienne Dourado; TABEL, Eliane; FOLKMAN, Maria Aurea dos Santos; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha; ALMEIDA, Fabiande de Amorim. Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. **Einstein (São Paulo), São Paulo**, v. 13, n. 2, p.238-242, 2015.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do. Violência infantil e brinquedo terapêutico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 27, n. 3, p.463-471, 2006.

ROTONDAR, Daniela Pacheco. Os desafios constantes de uma psicóloga no abrigo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 3, p.8-13, 2002.

SCOPEL, Ramiella Recia; SOUZA, Valquiria Conceição; LEMOS, Stela Maris Aguiar. A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. **Revista Cefac**, São Paulo, v. 14, n. 4, p.732-741, 2012.

SANTOS, L. M. dos et al. Reações apresentadas por crianças pré-escolares durante a punção venosa periférica: um estudo com brinquedo terapêutico. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 13-20, 2013

SILVA, Liliâne Faria da; CABRAL, Ivone Evangelista; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. O brincar na vida do escolar com câncer em tratamento ambulatorial: possibilidades para o desenvolvimento. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.275-287, 2008.

VECTORE, Célia; CARVALHO, Cíntia. Um olhar sobre abrigamento: a importância dos vínculos em contexto do abrigo. **Psicologia escolar e educacional**. Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 441-449, 2008

VOCÊ CONHECE O PROJETO DE PALHAÇOS?

Caroline Link

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Ana Flávia Botelho

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Therency Kamila dos Santos

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

Leandra Schneider

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa – Paraná

Fabiana Postiglione Mansani

Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG),
Departamento de Medicina
Ponta Grossa - Paraná

RESUMO: À visão dos pacientes, sobre o ambiente hospitalar, é de que este é um ambiente automaticamente equivalente à doença, dor e sofrimento. Somado a isso, profissionais de saúde acabam tornando mecânica a assistência, devido acompanhar diariamente e repetidamente tantas histórias de perdas. Para amenizar essas situações, projetos como a Palhaçoterapia ganham

espaço, pois esses “palhaços” levam sorrisos e alegrias dentro daquele ambiente hostil. O objetivo do trabalho foi analisar se acadêmicos da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e servidores do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais tem conhecimento sobre a Palhaçoterapia, bem como qualificar seus desejos e anseios ao projeto da UEPG. Através de aplicação de questionário na forma de pesquisa exploratória, concluiu-se que por mais que os entrevistados acreditem na importância da Palhaçoterapia, poucos já entraram em contato com as ações do projeto. Porém, os entrevistados esperam intensos estudos e prosperidade ao projeto Palhaçoterapia UEPG.

PALAVRAS-CHAVE: Palhaçoterapia. Humanização, Saúde mental.

ABSTRACT: The view of the patients, about the hospital environment, is that it is an environment automatically equivalent to illness, pain and suffering. Added to this, health care professionals end up rendering the mechanic's assistance due to daily and repeated monitoring of so many loss stories. To ease these situations, projects such as Palhaçoterapia gain space, because these “clowns” carry smiles and joys within that hostile environment. The objective of the study was to analyze whether academics from the Ponta Grossa State University (UEPG) and

servers of the Regional University Hospital of Campos Gerais have knowledge about the Palhaçoterapia, as well as qualifying their wishes for the UEPG project. Through the application of a questionnaire in the form of exploratory research, it have concluded that although the interviewees believe in the importance of the Palhaçoterapia, few people have already come into contact with the actions of the project. However, the interviewees expect intense studies and prosperity to the UEPG Project.

KEYWORDS: Palhaçoterapia. Humanization, Mental health.

1 | INTRODUÇÃO

A ausência de humor no ambiente hospitalar pode estar relacionada ao estresse físico e mental em que os profissionais da saúde são submetidos diariamente, resultado de uma insalubridade ocupacional. O contato próximo e constante com a dor e o sofrimento, as responsabilidades referentes ao trabalho, conflitos éticos, as limitações, fadiga, cansaço e diversos outros fatores acabam culminando em algumas características comportamentais preocupantes, como por exemplo, uma proteção impermeável às emoções e sofrimentos (MARTINS, 2003).

Concomitante ao estresse psíquico, esses profissionais relacionados à saúde devem também entender que a universalização nos cuidados com a saúde é essencial e benéfico apenas até certo momento, pois, precisam reconhecer que o paciente e sua doença vão muito além de um diagnóstico rotulador. Assim, o comportamento humano na atenção à saúde visa criação de um modelo não apenas analítico, mas compreensivo, um sistema científico, contudo sensível (REMER, 1993).

Partindo do pressuposto da criação de um comportamento mais humanizado, surge o projeto Palhaçoterapia UEPG que se associa a figura do palhaço, com o intuito “rehumanizar” a saúde, elaborar e fornecer recursos humanísticos para o processo de formação dos diversos profissionais de saúde em geral. O primeiro contato dos participantes do projeto foi feito por meio da palestra “Que palhaçada é essa?”, ocorrida no Auditório do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais da UEPG (HURCG), trazendo aos profissionais de diversas áreas dessa instituição a intenção de transpor o óbvio, através do excêntrico e do incoerente, na figura do palhaço, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes, acompanhantes, alunos e profissionais de saúde que se encontram inseridos no cenário hospitalar.

Dessa maneira, a perspectiva de trabalho através do palhaço visa se concentrar no que é saudável e desenvolver um olhar mais sensível e atento, centrado no paciente e em tudo que está a sua volta, ou seja, é uma oportunidade para futuros profissionais da saúde vivenciarem o lúdico com os pacientes e de poder transformar o ambiente hospitalar em um cenário novo. Além disso, o projeto permite por meio de uma linguagem gestual (toque, olhar e sorriso), criar afinidades que transmitem amor, confiança, cuidado, tornando-se um elemento terapêutico para quem necessita de cuidados (LUCHESE, 2012).

2 | OBJETIVOS

O objetivo do presente trabalho é analisar se acadêmicos da Universidade Estadual de Ponta Grossa e servidores do HURCG sabem o que é Palhaçoterapia e qualificar seus desejos e anseios a esse projeto da UEPG.

3 | METODOLOGIA

Durante a palestra introdutória ao Projeto Palhaçoterapia, “Que palhaçada é essa?”, ocorrida no auditório do HURCG, foi aplicado um questionário estruturado, com a finalidade de gerar dados referentes ao conhecimento e interesse sobre as ações de “palhaços” no ambiente hospitalar.

O estudo utilizado foi qualitativo baseado na pesquisa exploratória. As perguntas estavam divididas em 6 questões objetivas e 3 descritivas buscando informações e percepções dos participantes que já tiveram contato com projetos de Palhaçoterapia e confirmar a importância da terapia do riso, por meio da revisão bibliográfica.

Foram utilizados como critério de inclusão da revisão bibliográfica, estudos fundamentados em publicações que abordavam experiências no Brasil e no mundo de utilização do palhaço em educação médica. As informações obtidas foram fragmentadas em categorias nomeadas como: 1) Conhecendo a população, 2) Conhecendo a Palhaçoterapia e 3) Esperanças e sugestões. As respostas selecionadas para compor as categorias foram as mais completas e de maior impacto aos participantes e autores do presente trabalho.

4 | RESULTADOS

Inicialmente foi analisada a população pesquisada e após foi averiguado o que os entrevistados conhecem sobre o tema e quais suas esperanças e sugestões ao projeto Palhaçoterapia UEPG.

Através das categorias de estudo: Conhecendo a população; Conhecendo a Palhaçoterapia; Esperanças e sugestões; foi possível analisar o perfil e os anseios a respeito do tema.

Categoria 1 – Conhecendo a população

Os entrevistados responderam 6 perguntas objetivas a fim de caracterizá-los. Tais informações seguem na tabela abaixo:

	SIM	NÃO
É acadêmico?	11	5
Se não é acadêmico, é servidor do HU?	4	1
Você sabe o que significa Palhaçoterapia?	14	2
Você sabe como atuam os participantes da Palhaçoterapia?	14	2
Você acha importante o trabalho da Palhaçoterapia?	16	0
Você, ou algum parente seu, caso já esteve internado em unidades hospitalares, já teve contato com a Palhaçoterapia?	6	10

Tabela 1 – Conhecendo a População

De acordo com a Tabela 1, 62,5% dos entrevistados nunca teve contato com as atividades que o projeto propõe. Como projeto, essa estatística inspira e fortifica os participantes a fim de tornar a hospitalização menos ríspida e pesarosa, colaborando com a autoestima do paciente e visando aliviar os efeitos psicológicos deletérios causados pelo processo de adoecimento, tentando, também, estabelecer uma afetividade entre cuidador e ser cuidado (PIRES e CARVALHO, et. al., 2015).



Figura 1 – Palestra “Que Palhaçada é essa?” realizada no HURCG dando início das atividades do projeto na UEPG. Palestrante Michelli, integrante dos Dr. Palhaços SOS Alegria.

Categoria 2 - Conhecendo a Palhaçoterapia

Na categoria 2, os entrevistados que já tiveram contato com as ações da Palhaçoterapia relataram suas experiências, conforme Tabela 2.

ENTREVISTADO	RESPOSTA
E1	“Foi bem emocionante. Minha mãe estava internada chorando (...). No outro dia os palhaços apareceram no quarto dela. Quando eu cheguei para visitá-la, ela estava chorando de emoção (alegria)”.
E2	“Foi maravilhoso, fez a paciente esquecer sua doença e limitações ajudando na autoestima e melhora”.
E3	“Achei de grande importância, pois trás um sentido a mais de vida na pessoa que está adoecida”.

Tabela 2 – Conhecendo a Palhaçoterapia

E: entrevistado (1, 2, 3)

A Palhaçoterapia toca, transforma, convida a pensar sobre o sentido de tudo que se faz (AIRES, et. al. 2011). A internação é um período que remete ao paciente o medo, as incertezas e experiências desagradáveis, uma vez que, para ele, esse é um ambiente hostil. A fim de melhorar esse período, projetos como a Palhaçoterapia levam ao paciente alegria, risos e distrações, com o objetivo de minimizar seu sofrimento, sua dor, sua incerteza e aliviar a tensão.

Todos os entrevistados se manifestaram sobre o impacto que a Palhaçoterapia consegue atingir no aspecto emocional/psicológico das diferentes faixas etárias dos pacientes:

ENTREVISTADO	RESPOSTA
E4	“A Palhaçoterapia provavelmente é mais importante para adultos que para crianças, pois os adultos já entendem a situação por qual estão passando e, portanto, estão mais vulneráveis a problemas emocionais/psicossociais. Ainda, acredito que o projeto é essencial para melhorar a qualidade de vida não somente das crianças mas consequentemente dos pais ou responsáveis”.
E5	“Possibilita resgatar o mais belo e saudável do paciente, não potencializa a doença, mas valoriza o lado humano da pessoa”.
E6	“Dimensiona o lado positivo para uma melhoria mais rápida do paciente. Ele se sente respeitado em sua dor e valorizado como pessoa”.
E7	“Faz com que a criança dentro de cada adulto desperte e passe a ver que há alegrias e coisas boas”.
E8	“Consegue fazer com que o paciente até mesmo na doença pode sorrir”.

Tabela 3 – Conhecendo a Palhaçoterapia

E: entrevistado (4, 5, 6, 7, 8)

A Palhaçoterapia transforma o ambiente. Faz com que o hospital, lugar banal aos profissionais da saúde e de incertezas e inseguranças aos pacientes seja, por instantes, um momento de distração e alegria.

A sátira realizada pelo “doutor” palhaço aos procedimentos e instrumentos utilizados no hospital, assim como ao próprio profissional de saúde, constituem uma série de estratégias que proporcionam uma forma alternativa de enxergar a realidade. A especialidade médica é a besteira e o médico transformase em “besteirologista”, o diagnóstico pode ser de “samba no pé” e os medicamentos passam a chamar-

se “pílulas de bom humor” ou um “pó de ficar bom”, destaca-se a importância da cacofonia para este último. Os uniformes brancos ganham um novo colorido, o silêncio dá lugar ao riso, às histórias e à música. E o medo do desconhecido é aliviado pelo inusitado (CATAPAN, 2017).

Categoria 3 – Esperanças e Sugestões

Os entrevistados se manifestaram de forma positiva em relação a proposta do projeto com palhaços no ambiente hospitalar, conforme a Tabela 4.

ENTREVISTADO	RESPOSTA
E4	“Espero que seja um projeto de amor, humanização e afeto, tudo para e pelo bem dos pacientes, equipe e aos próprios participantes do projeto”.
E9	“Espero que o projeto se torne um exemplo a ser seguido em outras instituições”.
E10	“Espero muito estudo, conhecimento e compromisso dos envolvidos”.

Tabela 4 – Esperanças e Sugestões

E: entrevistado (4, 9, 10)

Com esses desejos, o projeto buscará tratar a Palhaçoterapia não somente como uma terapia empírica, mas como ciência de que a prática do riso e da gargalhada melhora o humor, reforça a imunidade, relaxa a tensão muscular e diminui o estresse, a ansiedade e a dor, devido à liberação de neurotransmissores relacionados, por envolvimento do sistema límbico, tirando o foco do sofrimento (VALE, 2006).

Somado a isso, os participantes do projeto buscarão ampliar sua assistência de forma humanizada, apresentando uma estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas aplicadas na Palestra “Que palhaçada é essa?” mostram a importância do desenvolvimento do Projeto Palhaçoterapia, como ferramenta de humanização e cuidado em relação aos pacientes e familiares, e reforçam a necessidade do seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

AIRES, P.P., GUEDES, A. L. M. O., GOMES, R. C. C. G., BRASILEIRO, R. S. F., DIÓGENES, S. G., OLIVEIRA, C. P. V. de, AZEVEDO, M. F. V. de. **Projeto Y de Riso, Sorriso e Saúde: 5 Anos de Palhaçoterapia na Universidade Federal Do Ceará**. Ver. Extensão em Ação, v.1, n1, 2011. Disponível em: <http://www.revistaprex.ufc.br/index.php/EXTA/article/view/14/27>

BENEVIDES, R., PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**.

Ciência e Saúde Coletiva, 10(3):561-571, 2005.

CATAPAN, S. C. **Significados das Práticas dos “Terapeutas da Alegria” Sobre Pacientes Adultos Internados em um Hospital Universitário**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017

LUCHESI, A. **Terapia do Riso - Um Relato de Experiência**. Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, v. 2, n. 1, p.11-20, 05 mar. 2012

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. - **Saúde Mental dos Profissionais de Saúde**. In:
BOTEGA, N.J. (org.) **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**__. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, pags.130-144

REMEN, R. N., et al. **O paciente como ser humano**. 3. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1993. 221 p. Tradução Denise Bolanho

PIRES, C. G. S., CARVALHO, C. D., CONCEIÇÃO, K. B., SANTOS, A. D. B. **Unidade de Palhaçada Intensiva: A Palhaçoterapia no Vale no São Francisco**. Revista de Extensão da UNIVASF. Vol.3, n1, edição especial, 2015.

VALE, N. B. **Analgesia Adjuvante e Alternativa**. Revista Brasileira de Anestesiologia, V.56, n.5, set/ out 2006.

SOBRE O ORGANIZADOR

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 978-85-7247-399-6



9 788572 473996