

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 3



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva:
Dialogando sobre Interfaces Temáticas 3

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)	
S255	Saúde pública e saúde coletiva [recurso eletrônico] : dialogando sobre interfaces temáticas 3 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dialogando Sobre Interfaces Temáticas; v. 3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-590-7 DOI 10.22533/at.ed.907190209 1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série. CDD 362.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

A coleção “Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas” é uma obra composta de cinco volumes que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. Cada volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

O terceiro volume da 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.

Congregamos aqui trabalhos desenvolvidos com a característica sólida de conteúdo teórico, que como sabemos deve ser muito bem fundamentado, com uso de trabalhos que já abordaram o assunto, perfazendo uma revisão ampla e ao mesmo tempo precisa, descrevendo o assunto 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 a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
'NÓS NA REDE': CONTRIBUÇÕES DO PROJETO EXTENSIONISTA E SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Simone Cristina Tizziani	
Milena Gatto	
Amanda Luiza Marconcini	
Roberta Lamoglia	
Debora Cristina de Lima Almeida	
Carlos Alberto Machado Filho	
Graziela Argenti	
Danielle Bordin	
Fabiana Bucholdz Teixeira Alves	
Alessandra de Souza Martins	
Manoelito Ferreira Silva Junior	
Cristina Berger Fadel	
DOI 10.22533/at.ed.9071902091	
CAPÍTULO 2	11
A SAÚDE VAI À ESCOLA: PROMOVENDO PRÁTICAS DE VIDA SAUDÁVEIS	
Cristiane Salete Paravisi	
Denise Becker	
Geni Maria Leoratto Bringhenti	
Magali Rossetti	
Zuleica Regina de Souza Guerra	
DOI 10.22533/at.ed.9071902092	
CAPÍTULO 3	16
A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIEDADE E PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: RELATO DE UM AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR EM HOSPITAL GERAL	
Francisco de Brito Melo Júnior	
Janine de Carvalho Bonfadini	
Lara Elloyse Almeida Moreira	
Cynthia Lima Sampaio	
Ana Nery de Castro Feitosa	
Hilzanir Barbosa de Medeiros Machado	
Antônia Ionésia Araújo do Amaral	
Lúcia Maria Sampaio de Pinho Pessoa	
DOI 10.22533/at.ed.9071902093	
CAPÍTULO 4	23
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM IDOSOS	
Aglauvanir Soares Barbosa	
Aline Rodrigues Feitoza	
Maria Eliana Peixoto Bessa	
Sarah Maria Feitoza Souza	
Maria Patrícia Sousa Lopes	
Carla Sinara Rodrigues Torres	
DOI 10.22533/at.ed.9071902094	

CAPÍTULO 5 35

CONTINGÊNCIAS E PARADIGMAS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Elza Lima da Silva
Marina Belchior Cavalcanti
Aurean D'Eça Júnior
Flávia Baluz de Farias de Bezerra Nunes
Aline Lima Pestana Magalhães
Rosangela Almeida Rodrigues de Farias
Rita Rozileide Nascimento Pereira

DOI 10.22533/at.ed.9071902095

CAPÍTULO 6 43

CORRELATOS DO USO DE ÁLCOOL E BUSCA DE SENSAÇÕES EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Kairon Pereira de Araújo Sousa
Emerson Diógenes de Medeiros
Anne Caroline Gomes Moura
Paulo Gregório Nascimento da Silva
Ricardo Neves Couto

DOI 10.22533/at.ed.9071902096

CAPÍTULO 7 55

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO DE LITERATURA

Leia Simone Agostinho de Sousa
Évelyn Oliveira da Costa Leal
Bianca Ribeiro da Mata
Laiana Dias Prudêncio
Verônica Shirley Torres Leite
Eysland Lana Felix de Albuquerque
Juliana Pereira de Sousa
Fabiana Herica Castro Piedade
Keciane Barbosa Soares
Marina Ribeiro da Fonseca

DOI 10.22533/at.ed.9071902097

CAPÍTULO 8 67

ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CURSOS DE ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Hyldeane Santos Ferreira
Samia Carine Castro Damascena
Kezia Cristina Batista dos Santos
Geysa Santos Góis Lopes
Alinne Suelma dos Santos Diniz
Rosilda Silva Dias

DOI 10.22533/at.ed.9071902098

CAPÍTULO 9 75

ERA UMA VEZ ... UM NOVO JEITO DE PROMOVER SAÚDE NA INFÂNCIA

Tayná Portilho Prado
Ana Laura Batista
Ana Paula Safons Schardosim Santos
Larissa Stenger Antunes
Eliane Regina Pereira
Inea Giovana Silva-Arioli

DOI 10.22533/at.ed.9071902099

CAPÍTULO 10 90

FORMAÇÃO DE MONITORES EM IST/AIDS POR MEIO DA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM PARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rodrigo Kelson Pereira dos Santos
Hellen Tyciane de Santana Gomes
Francisco Vitor Pereira de Sousa
Karlla Susane Costa Monteiro
Flávia de Almeida Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.90719020910

CAPÍTULO 11 95

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA-SNA COMPONENTE MUNICIPAL EM UBAJARA-CE

João Harlley de Menezes Vasconcelos
Patrícia Feitoza Santos
Ione Campos da Silva
Deisyane Sousa do Nascimento Silva
Taynara Viana Paiva

DOI 10.22533/at.ed.90719020911

CAPÍTULO 12 105

INSTRUMENTOS VALIDADOS UTILIZADOS COM CUIDADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Livia Alessandra Gomes Aroucha
Tamires Barradas Cavalcante
Ana Hélia de Lima Sardinha
Ana Paula Matos Ferreira
Moisés Ferreira Serra

DOI 10.22533/at.ed.90719020912

CAPÍTULO 13 120

LOGÍSTICA REVERSA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE

Rogério Pereira de Sousa
José Henrique Rodrigues Stacciarini

DOI 10.22533/at.ed.90719020913

CAPÍTULO 14 129

MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO (MEI), COMO UMA ESTRATÉGIA NO CONTROLE DA ESPÉCIE INVASORA *Achatina fulica Bowdich*, 1822 (GASTROPODA: PULMONATA)

Carla Vasconcelos Freitas
Vivian da Silva Gomes
Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho
Roberta de Paula Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.90719020914

CAPÍTULO 15 136

MATERIAL IMPRESSO DIRECIONADO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE, COMO UMA ESTRATÉGIA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO ESTADO DO CEARÁ

Carla Vasconcelos Freitas
Vivian da Silva Gomes
Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho
Roberta de Paula Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.90719020915

CAPÍTULO 16 142

METODOLOGIAS ATIVAS: UMA NOVA ABORDAGEM PEDAGÓGICA UTILIZADA COM ALUNOS DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nayana Santos Arêa Soares
Márcia Astrês Fernandes
Ítalo Arão Pereira Ribeiro
Rosa Jordana Carvalho
Carliane da Conceição Machado Sousa

DOI 10.22533/at.ed.90719020916

CAPÍTULO 17 152

O ENSINO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: UMA PESQUISA-AÇÃO

Leandro Ferreira de Melo
Ana Karina Matos Filgueira
Cristiane de Góis Pereira
Emanuela Karine Gomes da Silva
Emanuelle Monaliza de Sousa Gomes
Erison Moreira Pinto
Ilza Iris dos Santos
Ingrid Rafaely Alves Saraiva
Lenilson de Góis Pereira
Lidiane Augusta de Souza
Ranielly Regina da Silva
Verenilson de Paiva Silva

DOI 10.22533/at.ed.90719020917

CAPÍTULO 18 164

OFICINA EDUCATIVA SOBRE MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Livia Alessandra Gomes Aroucha
Débora Letícia Silva Martins de Sousa
Ana Hélia de Lima Sardinha
Moisés Ferreira Serra
Josafá Barbosa Marins
Kalina Araújo Prazeres
Janaína Teixeira de Moraes
Luciane Sousa Pessoa Cardoso
Pabline Medeiros Verzaro
Alynne Radoyk Silva Lopes
Ana Rachel Damasceno de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.90719020918

CAPÍTULO 19 173

OUTUBRO ROSA: UM OLHAR DIRECIONADO A SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vinicius Costa Maia Monteiro
Isaac Newton Machado Bezerra
Edfrancy do Nascimento Silva Ferreira
Antônio de Pádua César Freire
Aline Erinete da Silva
Fernando Camanducaio Sales Leite
Sabrina Soares dos Santos
Kerollainy Yorrany Mesquita de Sousa
Pablo Ramon da Silva Carvalho
Mônica Laís de Moraes
Maria da Conceição Lima Alves
Newton Chaves Nobre

DOI 10.22533/at.ed.90719020919

CAPÍTULO 20 175

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO HU-UFPI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danielle Tôrres de Sousa Rodrigues
Lígia Carvalho de Figueirêdo
Ana Carolina de Oliveira Carvalho
Ester Martins Carneiro
Bernardo Melo Neto
Maria da Conceição Costa Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.90719020920

CAPÍTULO 21 183

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR PARA PACIENTES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália de Jesus Sousa Cunha

DOI 10.22533/at.ed.90719020921

CAPÍTULO 22 189

RDC N. 20/2011 DA ANVISA: ADESÃO POR ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS GONZAGA-MA

Erlenilce Oliveira de Sousa
Aldiane Rodrigues Miranda
Cintia Santos Dantas
Wellyson da Cunha Araújo Firmo

DOI 10.22533/at.ed.90719020922

CAPÍTULO 23 205

REALIDADE VIRTUAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO PARKINSON

Anna Sofia Miranda Loiola Araujo
Jane Lane de Oliveira Sandes
Luan dos Santos Mendes
José Victor do Nascimento Lima
Lauanda da Rocha Rodrigues
Herika da Silva Souza
Vivhyan Rios de Lima Teles
Mariane de Oliveira Sandes
Rikelmy Santos Sales
Maria Gislene Santos Silva
Diva Aguiar Magalhães
Monara Kedma Gomes Nunes

DOI 10.22533/at.ed.90719020923

CAPÍTULO 24	219
SÉRIE HISTÓRICA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ENTORNO DO COMPLEXO INDUSTRIAL E PORTUÁRIO DO PECÉM	
Sharmênia de Araújo Soares Nuto Thaynara Lima Saldanha Carlos Ronnye da Silva Evangelista Jessica Freitas e Silva Edenilo Baltazar Barreira Filho Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer	
DOI 10.22533/at.ed.90719020924	
CAPÍTULO 25	231
SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NA ENFERMAGEM	
Helba Batista Gonzaga Faria Elter Alves Faria Juliano de Andrade Melo André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.90719020925	
CAPÍTULO 26	239
SUBJETIVIDADE MATERNA: CASOS DE DEPRESSÃO PÓS PARTO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL	
Andriny Albuquerque Cunha	
DOI 10.22533/at.ed.90719020926	
CAPÍTULO 27	250
VER-SUS JUREMA E SUA INTERFACE COM A ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: A ANCESTRALIDADE QUE CURA	
Vinicius Costa Maia Monteiro Isaac Newton Machado Bezerra Edfrancy do Nascimento Silva Ferreira Antônio de Pádua César Freire Aline Erinete da Silva Fernando Camanducaio Sales Leite Sabrina Soares dos Santos Kerollainy Yorrany Mesquita de Sousa Pablo Ramon da Silva Carvalho Mônica Laís de Moraes Maria da Conceição Lima Alves Newton Chaves Nobre	
DOI 10.22533/at.ed.90719020927	
SOBRE O ORGANIZADOR	252
ÍNDICE REMISSIVO	253

CAPÍTULO 1

‘NÓS NA REDE’: CONTRIBUÇÕES DO PROJETO EXTENSIONISTA E SUAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Simone Cristina Tizziani

Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Milena Gatto

Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Amanda Luiza Marconcini

Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Roberta Lamoglia

Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Debora Cristina de Lima Almeida

Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Carlos Alberto Machado Filho

Residente no programa de Cirurgia Bucomaxilofacial na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Graziela Argenti

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Danielle Bordin

Professora Colaboradora do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Fabiana Bucholdz Teixeira Alves

Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Alessandra de Souza Martins

Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Manoelito Ferreira Silva Junior

Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

Cristina Berger Fadel

Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa-PR, Brasil

RESUMO: A extensão universitária é uma oportunidade que oportuniza acadêmicos e população em uma interação que traz benefício a ambos. O objetivo do estudo foi relatar a experiência dos dez anos do projeto de extensão “*Nós na Rede*”. O projeto é desenvolvido pelo curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e busca promover a disseminação de conhecimento e informações em saúde (bucal e geral) às populações socialmente desfavorecidas ou vulneráveis, além de propiciar ao acadêmico uma vivência prática da atenção coletiva em saúde. O projeto teve início em fevereiro de 2009, contou com a

colaboração de alunos de graduação, pós-graduação e docentes da UEPG, e recebeu esse nome devido sua inserção na Rede Nacional de Educação Popular em Saúde. Ao longo desses dez anos, o projeto passou por várias fases: inicialmente foi voltado à atuação em visitas domiciliares na comunidade, depois contou com atendimentos clínicos à comunidade universitária, e hoje, tem enfoque em ações educativas em nível coletivo. As atividades são desenvolvidas através de solicitação da comunidade externa e planejadas conforme local e o público-alvo. O projeto apresenta recursos e materiais educativos desenvolvidos pelo grupo, tais como: cartilhas sobre curiosidades e orientações, atividades interativas para o público infantil, *banners* ilustrativos, dentre outros. Desta forma, o projeto de extensão tem tido uma experiência exitosa na perspectiva da inclusão social e benefício da comunidade e na formação profissional por meio da educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública, Promoção da Saúde, Saúde Bucal, Odontologia Preventiva.

ABSTRACT: The university extension is an opportunity that allows academics and population in an interaction that brings benefit to both. The objective of the study was to report the experience of the ten years of the extension project “*Nós Na Rede*”. The project is developed by the Dentistry course of the State University of Ponta Grossa (UEPG) and seeks to promote the dissemination of knowledge and information on health (oral and general) to socially disadvantaged or vulnerable populations, as well as providing the academic with a practical experience of care collective health. The project started in February 2009, was attended by undergraduates, graduate students and UEPG teachers, and was named because of its insertion in the National Network of Popular Education in Health. During these ten years, the project went through several phases: initially it was directed to work in home visits in the community, then it counted on clinical services to the university community, and today, it focuses on educational actions at a collective level. Activities are developed at the request of the outside community and planned according to location and target audience. The project presents resources and educational materials developed by the group, such as: booklets on curiosities and orientations, interactive activities for children, illustrative banners, among others. In this way, the extension project has had a successful experience in the perspective of social inclusion and benefit of the community and in vocational training through health education.

KEYWORDS: Public Health, Health Promotion, Oral Health, Preventive Dentistry.

1 | INTRODUÇÃO

A universidade apresenta como princípio constitucional a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e para isso, deve oportunizar atividades que promovam interação transformadora entre Universidade e outros setores da sociedade (BRASIL, 1988). No campo da saúde, a extensão universitária beneficia

estudante e população, através da integração ensino-serviço-comunidade (FAÉ et al., 2016).

Para os acadêmicos, há aplicação do conhecimento aprendido no campo teórico na universidade, e a construção do saber a partir do olhar da realidade, aplicado em diferentes contextos e grupos sociais, e assim, a compreensão do seu papel enquanto sujeito social (SERVA; DIAS, 2016). Para população, o principal aspecto, é a inclusão de recursos humanos em formação que são capazes de executar atividades ou ações para o seu benefício.

No campo da educação em saúde, por muito tempo, teve o seu campo de atuação focada apenas no conhecimento científico do profissional de saúde, não levando em conta os anseios, necessidades, desejos e conhecimentos da população em geral. A educação popular não é apenas um treinamento ou uma simples transmissão de informações, mas significa a criação de um senso crítico, que leve as pessoas a entender, procurar mais informações, elaborar propostas, colocá-las em prática e transformar-se, levando consigo a demanda da realidade que a comunidade está inserida. A educação popular toma como ponto inicial o saber das classes populares, considerando sua realidade e respeitando a mesma como parte integrante no processo de formulação de estratégias, nos campos da educação e prevenção em saúde (MINETTO et al., 2016).

Hoje, a educação em saúde é compreendida principalmente em dois eixos, ações que sejam capazes de promover a motivação individual e a produção de sentido. As ações educativas que apresenta sobre os principais problemas de saúde bucal, o processo saúde-doença e formas de como os indivíduos se tornem corresponsáveis pela sua condição terão melhores resultados na adesão ao tratamento (COSTA et al., 2014). Sendo assim, práticas educativas que levem a autonomia são elementos-chave motivacionais para aumentar as habilidades das pessoas para comportamentos adequados.

O foco da educação em saúde bucal deve-se basear na oportunidade de aprendizagem associada ao conhecimento e a conscientização das pessoas ao desenvolvimento das habilidades construídas para que se alcance a saúde bucal (MESQUINI, MOLINARI e PRADO, 2006). No entanto, deve-se entender que as atividades educativas têm impacto em curto prazo de tempo (NASCIMENTO et al., 2018), e por isso, precisam ser um processo contínuo, e mediante, diferentes estratégias.

A educação em saúde, como troca de saberes compartilhado, torna-se um eixo multiplicador, pois ao mesmo tempo em que o docente ensina o discente, este ensina a população, e essa linha é de fluxo invertido e todos aprendem e ensinam em todo o tempo. Nessa perspectiva, a educação deve estar baseada no diálogo, na troca de experiências, e deve haver uma ligação entre o saber popular e o saber científico (SALIBA et al., 2003).

Desta forma, visando o trabalho na perspectiva da inclusão social e benefício

da comunidade, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência dos dez anos do projeto de extensão “*Nós na Rede*”.

2 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

O projeto de extensão “*Nós na Rede*” busca promover a disseminação de conhecimento e informações em saúde (bucal e geral) às populações socialmente desfavorecidas ou vulneráveis, e propiciar ao acadêmico de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) uma vivência prática da atenção coletiva em saúde.

O projeto iniciou em fevereiro de 2009 e surgiu pela visão de discentes e docentes do curso de Odontologia da UEPG que observaram a necessidade de conhecimento, de informação e de acesso a práticas educativas e preventivas sobre saúde bucal e geral, por parte das populações socialmente desfavorecidas (GIRÃO e FADEL, 2013). O nome do projeto está relacionado à sua inserção na Rede Nacional de Educação Popular em Saúde, que trabalha as questões de educação em saúde de forma coletiva com a população. Ao longo dos anos, atuaram no projeto alunos de graduação, pós-graduação e docentes da UEPG.

Este projeto de extensão universitária passou por várias fases em seus dez anos de atuação. No início, os acadêmicos do projeto realizavam visitas domiciliares na Comunidade Jardim Los Angeles, vinculados à atual Unidade de Saúde da Família Aurélio Grott, em Ponta Grossa/PR, com o intuito de trazer experiência aos acadêmicos e conhecimento do processo de saúde-doença bucal para as famílias (GIRÃO e FADEL, 2013).

Em outro momento, o projeto teve apoio da Coordenadoria de Assistência e Orientação ao Estudante (CAOE), onde os acadêmicos extensionistas realizavam atividades de prevenção e educação em saúde e atendimentos clínicos aos acadêmicos da UEPG, onde a CAOE fazia o referenciamento e agendamento, analisando o fator de risco dos alunos em situações de vulnerabilidade (BORDIN; BORDIN e FADEL, 2012).

Mais tarde, por questões administrativas, o projeto precisou ser reformulado, com enfoque em nível coletivo, por meio de atividades de educação em saúde. Hoje, as atividades são desenvolvidas a partir da solicitação da comunidade externa, e são oriundas principalmente de Organizações Não Governamentais (ONGs), indústrias, prefeitura do município. Além disso, há demanda para parceria na colaboração em eventos.

Como parte do trabalho do projeto, há o desenvolvimento de materiais educativos de acordo com o público-alvo, que sejam capazes de auxiliar a equipe durante as atividades e facilitar o entendimento da população sobre as práticas da educação em saúde. Entre estes materiais, destacam-se cartilhas sobre curiosidades

e orientações, atividades interativas para o público infantil, *banners* ilustrativos, entre outros materiais educativos que foram adquiridos pelo projeto (Figura 1).



Figura 1 – Materiais desenvolvidos pelos extensionistas do “Nós na rede”.

Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão “Nós na Rede”.

Hoje o projeto realiza ações educativas e preventivas em saúde (bucal e geral) à comunidade circunscrita ao município de Ponta Grossa/PR, em especial, em situação de desfavorecimento e/ou vulnerabilidade social.



Figura 2 – Ação realizada na Casa da Acolhida de Ponta Grossa no ano de 2019.

Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão “Nós na Rede”.

O projeto de extensão “Nós na Rede” tem como objetivos: facilitar o acesso (disseminar) à práticas educativas e preventiva sem saúde (bucal e geral) à população; oportunizar ao acadêmico extensionista, em nível de graduação e pós-graduação, vivenciar e reconhecer a realidade social; construir um espaço/processo para discussão e reflexão sobre a atuação dos estudantes universitários, exercitando a problematização nas situações em que possam ganhar autonomia na construção de conhecimentos, de saberes e técnicas úteis à solução dos problemas levantados; desenvolver um trabalho de educação e prevenção em saúde bucal com a comunidade estudantil, em que pese a constante busca por sua autonomia,

difundindo temas de que envolvem o órgão da boca, tais como: hábitos alimentares , de higiene, prevenção de doenças bucais como a cárie, doença periodontal e câncer bucal; outros assuntos como hábitos de higiene pessoal; coletar informações sobre a saúde (bucal e geral) da população-alvo, por meio da utilização de metodologias quantitativas (índices e indicadores) e qualitativas; divulgar a prestação de serviço odontológico na UEPG, aumentando a possibilidade de acesso ao serviço público de saúde; auxiliar na formação de profissionais de saúde socialmente responsáveis, criativos, sensíveis, conscientes da importância do trabalho comunitário e dos princípios da humanização e educação em saúde; favorecer a integração entre a universidade e sua comunidade acadêmica; contribuir na realização de processos de construção compartilhada do conhecimento entre professores, alunos e comunidade e favorecer a interação entre as diferentes áreas de formação universitária, contribuindo para o alcance de parte dos objetivos extensionistas.



Figura 3 – Ação realizada na Copel de Ponta Grossa no ano de 2018.

Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão “Nós na Rede”.

As ações realizadas pelo projeto “*Nós na Rede*”, atende uma demanda externa com diversos públicos-alvo, independente de faixa etária ou classe social. Ao longo dos dez anos do projeto, ele foi sendo reconhecido pela comunidade, e assim, aumentando cada vez mais a demanda de ações e eventos, com atuação tanto na organização quanto na participação dos mesmos. Na tabela abaixo, apresentam-se algumas ações já realizadas, assim como os materiais desenvolvidos para cada grupo social.

Público- Alvo	Materiais	Estratégia de Ação	Ações realizadas nos últimos 3 anos
Crianças	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartilha para colorir; (Vamos Brincar?) ▪ Cartilha de passatempos; (Aprendendo a Cuidar da Saúde Bucal com o Chico Dente) (FILLUS et al., 2015) ▪ Túnel sobre alimentação saudável e hábitos de higiene bucal; ▪ Pescaria; ▪ Macromodelos; ▪ Jogo da memória e Quebra-cabeça; ▪ Jogo de tabuleiro com perguntas e respostas sobre saúde bucal; ▪ Escovódromo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal e escovação supervisionada; ▪ Educação indireta por meio das cartilhas; ▪ Utilização de instrumentos lúdicos com finalidade de educação em saúde. ▪ Gincanas educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evento na Associação Antônio e Marcos Cavanis (2018); ▪ Ação no Terminal Central (2018); ▪ Mutirões de Saúde (anual).
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Material audio-visual; ▪ Cartilha de curiosidades sobre higiene bucal (Você Sabia?) ▪ <i>Banner</i> sobre aparelho ortodôntico; ▪ <i>Banner</i> sobre lesões bucais; ▪ <i>Banners</i> educativos; ▪ Cartilha “Orientação sobre Saúde Bucal”; ▪ Macromodelos; ▪ Aplicativo para celular. (FADEL <i>et al.</i>, 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal; ▪ Perguntas e respostas; ▪ Gincanas educativas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evento Anual de Extensão – EAEX (2018); ▪ Evento na Associação Antônio e Marcos Cavanis (2018); ▪ Mutirões de Saúde (anual); ▪ Ação no Terminal Central (2018).
Adultos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartilha de curiosidades sobre higiene bucal (Você Sabia?) ▪ Mapeamento das Unidades Básicas de Saúde; ▪ Cartilha “Orientação sobre Saúde Bucal”; ▪ Macromodelos; ▪ Banners educativos; ▪ Cartilha “Informações sobre Saúde Bucal para Portadores de HIV/AIDS”; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal; ▪ TBL sobre higiene bucal e geral; ▪ Perguntas e respostas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mutirões de Saúde (anual); ▪ Evento Anual de Extensão – EAEX (2018); ▪ Ação no Terminal Central (2018); ▪ Ação na Casa da Acolhida de Ponta Grossa (2019).
Gestantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Álbum seriado; (VASCOSKI; ALVES; FADEL, 2017) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal para a mãe e para o bebê; ▪ Perguntas e respostas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação do álbum seriado no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (2017).

Trabalhadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartilha sobre saúde do trabalhador; (LAMOGLIA <i>et. al.</i>, 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal; ▪ Orientações sobre lesões bucais causadas pela exposição ao sol sem proteção; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ação na Sede campestre da Copel (2018); ▪ Ação na Sede central da Copel (2018); ▪ Ação na LAAR Construtora (2017).
Idosos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartilha “Orientação sobre Saúde Bucal”; ▪ Cartilha de curiosidades sobre higiene bucal (Você Sabia?) ▪ Folheto “5 Cuidados Básicos para saúde bucal do idoso”; ▪ Macromodelos; ▪ Banners educativos; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientação de higiene bucal e higiene de próteses; ▪ TBL sobre orientações de higiene e cuidados com as próteses; ▪ Orientações sobre lesões bucais causadas pelo mau uso de próteses; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ação com os idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade – UATI-UEPG (2018); ▪ Evento Anual de Extensão – EAEX (2018); ▪ Ação no Terminal Central (2018);

Tabela 1 – Materiais, estratégia de ação e ações realizadas nos últimos 3 anos do projeto “Nós na Rede” de acordo com os públicos-alvo. Ponta Grossa, PR, Brasil, 2019.

O projeto traz benefícios à comunidade, como também na vida pessoal e formação profissional dos acadêmicos participantes, o qual tem uma experiência única, interprofissional e uma visão muito mais ampla da realidade social em que estamos inseridos. Segundo Fadel *et. al.* (2013), evidenciou em seu estudo que apesar do projeto “Nós na Rede” sofrer modificações ao longo dos anos, ele é muito importante para enriquecer os conhecimentos do extensionista sobre as condições de vida e saúde da comunidade ao seu redor.



Figura 4 – Corrida Esquadrão da Vida ocorrida em 2017.

Fonte: Arquivo do Projeto de Extensão “Nós na Rede”.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à carência de políticas de apoio em saúde bucal à comunidade externa, e ainda ao desejo de oportunizar ao acadêmico de Odontologia da UEPG uma experiência extensionista, o projeto “Nós na Rede” tenta minimizar estas dificuldades e levar para a população conhecimentos sobre saúde bucal e geral. Verificou-se um aprimoramento ao longo desses últimos dez anos dos recursos do projeto, seja pela busca de novas formas de interação com os mais diversos públicos-alvo, desenvolvendo novos recursos didáticos que estejam adequados a faixa etária, como também qualificando os recursos humanos, por meio da formação profissional que consiga responder às reais necessidades da população. Sendo assim, o projeto extensionista, que é uma forma de integração ensino-serviço-comunidade, nasceu e tem o seu desenvolvimento baseado no benefício da comunidade.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual de Ponta Grossa, principalmente por meio da Pró reitoria de Extensão/PROEX, à Fundação Araucária e demais colaboradores.

REFERÊNCIAS

BORDIN, D.; BORDIN, R.; FADEL, C.B. Projeto De Extensão ‘Nós Na Rede’: A Odontologia à Luz Da Promoção Da Saúde. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 8, n. 1, p. 86-93, maio 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 70 de 29 de março de 2012. **Senado Federal**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_29.03.2012/CON1988.pdf>. Acesso em: abril de 2019.

COSTA, M. M.; *et al.* O rádio como instrumento para realização de programa educativo em saúde bucal. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 13, n. 2, p. 154-161, jul. / dez. 2014.

FADEL, C. B. *et al.* Jogo para celular como instrumento de educação em saúde bucal. **Revista Ciência Em Extensão**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 74-81, jun. 2018.

FADEL, C. B. *et al.* O impacto da extensão universitária sobre a formação acadêmica em Odontologia. **Revista Interface**, [S. l.], v. 17, n. 47, p. 937-46, out./dez. 2013.

FAÉ, J. M. *et al.* A integração ensino-serviço em Odontologia no Brasil. **Rev ABENO**. 2016;16(3):7-18.

FILLUS, T. M. *et al.* Cartilha de passatempos como veículo de educação em saúde bucal. In: 13.º CONEX, 2015, Universidade Estadual de Ponta Grossa. **ANAIS DO 13º CONEX** [...]. Ponta Grossa: [s. n.], 2015.

GIRÃO, Virgínia Valle; FADEL, Cristina Berger. Projeto de extensão “nós na rede: contribuições da odontologia para a educação popular e prevenção em saúde”. **Revista Ciência em Extensão**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 181-191, 29 maio 2013.

LAMOGLIA, R. *et. al.* Educação e saúde bucal do trabalhador: uma iniciativa extensionista. **Revista**

Ciência em Extensão, In press: 2019.

MESQUINI, Marly Amélia; MOLINARI, Sonia Lucy; PRADO, Isaura Maria Mesquita. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no ensino fundamental e médio. **Arquivos do Mudi**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 16-22, 2006.

MINETTO, C. *et al.* A extensão universitária na formação de estudantes do curso de administração – UFFS, campus cerro largo. **Revista Conbrad**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 33-46, 2016.

NASCIMENTO, A.P.C. *et al.* Métodos motivacionais, redução do biofilme e alteração gengival. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, 53: e05, 2017.

SALIBA, N. A. *et al.* Programa de educação em saúde bucal: a experiência da faculdade de odontologia de Araçatuba – Unesp. **Odontologia. Clínico-Científica**, v. 2, n. 3, p. 197-200, 2003.

SERVA, Fernanda Mesquita; DIAS, Jefferson Aparecido. Responsabilidade social nas instituições de ensino superior: entre o biopoder e a biopolítica. **Revista Argumentum**, Marília, v. 17, p. 413-433, 1 jun. 2016.

VASCOSKI, V.C.; ALVES, F.B.T.; FADEL, C.B. Álbum seriado como veículo de educação em saúde bucal da mãe para com o bebê. *In*: 15º CONEX, 15º., 2017, Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Anais do 15º CONEX** [...]. Ponta Grossa: [s. n.], 2017. Tema: Saúde, p. 1-5.

A SAÚDE VAI À ESCOLA: PROMOVENDO PRÁTICAS DE VIDA SAUDÁVEIS

Cristiane Salet Paravisi

Universidade do Contestado, Graduação em Enfermagem
Concórdia-SC

Denise Becker

Universidade Federal de Santa Catarina, Graduação em Enfermagem
Florianópolis-SC

Geni Maria Leoratto Bringhenti

Universidade do Contestado, Graduação em Enfermagem e Obstetrícia
Concórdia-SC

Magali Rossetti

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Graduação em Enfermagem
Chapecó - SC

Zuleica Regina de Souza Guerra

Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Graduação em Enfermagem
Chapecó - SC

saúde. Este estudo consiste em um relato de experiência desenvolvido nas escolas municipais e estaduais do município de Faxinal dos Guedes-SC no primeiro semestre de 2017 envolvendo os alunos do 8º e 9º ano. O método utilizado para o desenvolvimento do projeto foi a dinâmica da “Batata Quente”, que consiste em perguntas e respostas envolvendo na discussão os educandos e profissionais de saúde. Os resultados demonstram a necessidade contínua de atividades relacionadas à educação em saúde voltadas a adolescência, como gravidez na adolescência, ISTs e métodos contraceptivos. Conclui-se que ações intersetoriais entre educação e saúde, possibilitam o desenvolvimento de um trabalho em rede ampliando as chances de sucesso nas ações.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Doenças. Adolescentes. Prevenção

1 | INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a atenção à saúde do adolescente vem se tornando uma prioridade em muitos países decorrente à constatação de que a formação do estilo de vida do adolescente é crucial, não somente para ele como para as futuras gerações. Trata-se de um grupo heterogêneo que exige uma

RESUMO: A adolescência trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. O exercício da sexualidade de forma irresponsável acarreta conflitos e traz alterações nos projetos futuros de cada adolescente, resultando em situações de gravidez não planejada, aborto, doenças e abandono escolar interferindo em sua

implementação efetiva de uma política que possa levar em conta as diferenças que lhe são inerentes (BRASIL, 2008).

A adolescência trata-se de uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano, marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. Entende-se adolescência como o período de desenvolvimento situado entre a infância e a idade adulta, delimitada cronologicamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a faixa dos 10 aos 19 anos de idade, adotado também no Brasil pelo Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2006). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece outra faixa etária, considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

A sexualidade é algo que se constrói e aprende, sendo parte integrante do desenvolvimento da personalidade, capaz de interferir no processo de aprendizagem, na saúde mental e física do indivíduo (BRETAS, 2011).

A primeira relação sexual entre adolescentes e jovens está acontecendo cada vez mais cedo, juntamente com o hábito de manter vários parceiros, trazendo as ISTs e a gravidez não planejada, tornando-se assim problemas de saúde pública (PINTO *et al*, 2013).

Em nosso país, constata-se um crescimento do número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade com incidência maior nas populações de baixa renda e pouca escolaridade. As altas taxas de infecção pelo HIV, por exemplo, mostram que apesar das informações sobre doenças sexualmente transmissíveis, os jovens ainda têm dúvidas em relação às questões de prevenção, comportamento e práticas sexuais seguras (BRASIL, 2005).

A adolescência também está caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, com complexas mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano. As modificações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais, ocorrem de forma conjugada, com modificações estruturais, físicas, mentais e emocionais, originando comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente, família, amigos e profissionais que convivem com ele. Por este ser um período vulnerável, a experiência do adolescer vai exigir da família, dos profissionais de saúde e da educação uma atenção especial para esse adolescente, ajudando-o a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos à saúde (DAVIM *et al*, 2009)

O exercício da sexualidade de forma irresponsável e inconsequente acarreta conflitos e traz alterações nos projetos futuros de cada adolescente, resultando, muitas vezes, em situações de gravidez não planejada, aborto, Infecções Sexualmente Transmissíveis, abandono escolar e delinquência que, conseqüentemente, irão interferir em sua saúde integral. O hábito de “ficar” em encontros eventuais, a não utilização de métodos contraceptivos, embora haja distribuição gratuita pelos órgãos de saúde públicos, seja por desconhecimento ou por tentativa de esconder dos pais a vida sexual ativa, fazem com que a cada dia a atividade sexual infantil e

juvenil cresça e conseqüentemente haja um aumento do número de gravidez na adolescência.

Para muitos destes jovens, não há perspectiva no futuro, não há planos de vida. Somado a isso, a falta de orientação sexual e de informações pertinentes, a mídia que passa aos jovens a intenção de sensualidade, libido, beleza e liberdade sexual, além da comum fase de fazer tudo por impulso, sem pensar nas conseqüências, aumenta ainda mais a incidência de gestação juvenil e ISTs.

Segundo os dados do Ministério da Saúde através do SIAB municipal observou-se um crescente número de atendimentos frente às ISTs e ao Pré-natal em gestantes menores de 20 anos nos anos de 2012 e 2013 (SIAB, 2014).

Os casos de sífilis vêm aumentando todos os anos no mundo, no Brasil e em Santa Catarina. A estimativa da Organização Mundial da Saúde é que 937 mil pessoas são infectadas a cada ano no país. Em Santa Catarina, nos últimos seis anos (2010-2015), 15.797 pessoas foram diagnosticadas com sífilis adquirida (DIVE, 2017)

Atualmente sabe-se da importância de envolver os adolescentes em atividades de educação em saúde, pois é nessa fase da vida que eles adquirem as bases de comportamento e conhecimento para sua vida. A presença dos profissionais de saúde na escola fortalece as ações já realizadas pelos educadores, contribuindo de forma mais efetiva na fixação dos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva.

Objetiva-se assim informar, discutir e refletir sobre as características da adolescência e assim reduzir os riscos aos quais se encontram mais exposto, como a gravidez precoce e as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido nas escolas municipais e estaduais do município de Faxinal dos Guedes, localizado no oeste de Santa Catarina, sendo o público alvo os educandos de 8º e 9º ano, num total de 355 alunos.

Foi realizado através de um (1) encontro por série com duração de 2 horas/aula, de aproximadamente 1h30min, conforme cronograma elaborado de acordo com a disponibilidade da equipe e das escolas, desenvolvido no primeiro semestre de 2017. A equipe foi formada por cinco enfermeiras e um médico das Equipes de Saúde da Família deste município, que trabalharam em duplas nas escolas.

Os métodos utilizados pela equipe para explanar sobre as temáticas foram a explanação oral, com auxílio de cartazes explicativos e/ou exposição de imagens via equipamento de multimídia, métodos contraceptivos e também os moldes do sistema reprodutor feminino e masculino vinculados simultaneamente a dinâmica educativa de “Mitos e Verdades” e “Batata-quente”, usando um rádio com músicas e uma caixinha de perguntas.

O ambiente foi organizado para que os alunos fiquem dispostos em círculo sendo explicado quanto à dinâmica. Um dos facilitadores permanece no centro do círculo mediando a atividade. Enquanto a música toca os alunos passam a “batata-quente” de mão em mão para o colega do lado até que a música pare, e aquele que estiver segurando a “batata-quente” será o escolhido para retirar uma pergunta e responder em voz alta para o grande grupo. Neste momento os facilitadores irão complementar com as explicações e demonstrações a cerca do assunto abordado.

As temáticas abordadas foram sobre sexualidade, métodos contraceptivos, ISTs e gravidez na adolescência através de perguntas simples abrangendo dúvidas pertinentes à idade dos participantes. Os temas foram trabalhados de forma criativa e dinâmica, buscando a participação de todos, considerando e respeitando os conhecimentos, habilidades e as particularidades da história de vida de cada um.

Ao final do encontro foi entregue aos educandos material educativo e as avaliações da atividade.

3 | RESULTADOS

Ao término do desenvolvimento deste projeto espera-se sensibilizar o público alvo frente sua responsabilidade à saúde sexual e reprodutiva, os métodos contraceptivos, a gravidez precoce e a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis na população adolescente.

Busca-se também a aproximação da equipe com os adolescentes com intuito de promover a melhoria da qualidade de vida, o interesse dos mesmos em serem protagonistas de sua própria saúde bem como em construir um ambiente escolar favorável, iniciando com pequenas ações que, conseqüentemente, farão a diferença na escola e na formação de sua cidadania em meio à sociedade.

Atividades relacionadas às linhas de ação do projeto são positivas não apenas para quem recebe a ação, mas também para quem as realiza, tendo em vista que necessita-se de profissionais engajados nos objetivos do projeto visando a construção do saber, o estímulo da criatividade, a pró-atividade e, portanto, a formação de profissionais interessados na busca pelo enfrentamento das vulnerabilidades sociais, ao cuidado e atenção à saúde da população.

4 | CONCLUSÃO

Este projeto desenvolvido nas escolas mostra o quanto é importante a integralidade e a importância das relações conjuntas entre os setores saúde e educação. Através desses momentos de promoção da saúde conseguimos fornecer informações necessárias para auxiliar uma futura geração para viver mais e com mais qualidade de vida.

Observa-se que com a implantação desse projeto foi possível melhorar o trabalho intersetorial entre as secretarias de educação e saúde, o que possibilita o desenvolvimento de um trabalho em rede ampliando as chances de sucesso nas ações.

Acreditamos que os resultados obtidos possam ser colhidos a curto e longo prazo, diminuindo os índices de gravidez na adolescência e as ISTs mesmo sendo temáticas complexas envolve os adolescentes, a escola, sociedade e família.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília, 2008.

BRASIL. Constituição (1990). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 25 maio 2017.

BRETAS, José Roberto da Silva et al. **Aspectos da sexualidade na adolescência**. Ciênc. saúde coletiva. 2011, vol.16, n.7, pp. 3221-3228. ISSN 1413-8123.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. **Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida**. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 10, n. 2, p.131-140, abr/jun 2009. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027966015>>. Acesso em: 25 maio 2017.

PINTO, Maria B. *et al.* **Educação em Saúde para adolescentes de uma escola municipal: a sexualidade em questão**. *Rev. Cienc. Cuid. Saúde* 2013 Jul/Set; 12(3):587-592.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005. P.60.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica, DIVE. **Sífilis - Estatísticas**. Disponível em:< <http://www.dive.sc.gov.br/sifilis/>>. Acesso em: 25 maio 2017

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Atenção a Saúde do Adolescente**. São Paulo, 2006.

SIAB. **Sistema de Informação da atenção Básica. Situação em Saúde - Santa Catarina**. 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSSC.def>. Acessado em: 09/05/2017.

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIEDADE E PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO CUIDADO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: RELATO DE UM AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR EM HOSPITAL GERAL

Francisco de Brito Melo Júnior

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza - Ceará

Janine de Carvalho Bonfadini

Hospital Universitário Walter Cantídio

Fortaleza - Ceará

Lara Elloyse Almeida Moreira

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza - Ceará

Cynthia Lima Sampaio

Hospital Universitário Walter Cantídio

Fortaleza - Ceará

Ana Nery de Castro Feitosa

Hospital Universitário Walter Cantídio

Fortaleza - Ceará

Hilzanir Barbosa de Medeiros Machado

Hospital Universitário Walter Cantídio

Fortaleza - Ceará

Antônia Ionésia Araújo do Amaral

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza - Ceará

Lúcia Maria Sampaio de Pinho Pessoa

Hospital Universitário Walter Cantídio

Fortaleza - Ceará

RESUMO: O movimento da Reforma Psiquiátrica influenciou profundamente o processo de tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. Influenciado por ele, o

Sistema Único de Saúde firmou o Centro de Atenção Psicossociais como o seu serviço de referência para o tratamento desses pacientes e posteriormente foram criadas as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental. Porém antes mesmo dessa criação, o Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência multidisciplinar já fazia um trabalho pioneiro de atenção multiprofissional. Esse ambulatório tem um funcionamento único composto diariamente por 6 atividades: consulta de enfermagem, grupo de crianças/adolescentes/jovens concomitante com o grupo dos pais, grupo de integração criança/adolescente e família, atendimento inicial e reunião de equipe. O ambulatório é capaz, através de uma metodologia de atendimento multiprofissional estruturada, de proporcionar uma vivência singular a equipe, estudantes e a população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Equipe de Assistência ao Paciente; Psiquiatria Infantil

THE IMPORTANCE OF
INTERDISCIPLINARITY AND FAMILY
PARTICIPATION IN THE CARE OF
MENTAL HEALTH OF CHILDREN
AND ADOLESCENTS: REPORT OF A
MULTIDISCIPLINARY AMBULATORY IN A

ABSTRACT: The Psychiatric Reform Movement has profoundly influenced the treatment process of patients with mental disorders. Influenced by it, the Sistema Único de Saúde established the Centro de Atenção Psicossocial as its reference service for the treatment of these patients and later the Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental were created. But even before this creation, the Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência multidisciplinar already did a pioneering work of multiprofessional attention. This outpatient clinic has a unique daily activity consisting of 6 activities: nursing consultation, a group of children / adolescents / youth concomitant with the parents' group, child / adolescent and family integration group, initial care and team meeting. The ambulatory is able, through a methodology of structured multiprofessional care, to provide a unique experience to the team, students and the population.

KEYWORDS: Mental Health; Patient Care Team; Child Psychiatry.

1 | INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica ocorrido nas décadas de 1970, 1980 e 1990 influenciou profundamente o processo de tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. O que antes era centrado no sistema manicomial, um sistema segregatório em que os pacientes saíam do seio familiar e passavam por longos períodos ou até a vida toda internados em hospitais, para um sistema comunitário com base no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2004).

O CAPS é, segundo o Ministério da Saúde (MS), o serviço de referência para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e onde ocorrem os atendimentos ambulatoriais. Além de consultas médicas e de enfermagem são feitos tratamentos multidisciplinares por meio de grupos terapêuticos ou atendimentos individuais (BRASIL, 2004).

A parte de internamento dos pacientes continua existindo, mas é realizado em vários órgãos de acordo com a gravidade e duração estimada de permanência. Pode ser realizado no CAPS III, um tipo de CAPS presente em cidade com mais de 200.000 habitantes, em casos de pequena duração e em hospitais gerais quando houver necessidade de um tempo maior de duração (BRASIL, 2004).

Em 21 de dezembro de 2017, foi publicada a Portaria MS N. 3.588. Essa nova portaria adicionou novas estruturas a RAPS. Criou a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM) / Unidades Ambulatoriais Especializadas que junto com os CAPS farão o atendimento ambulatorial dos pacientes da Saúde Mental.

O Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência interdisciplinar (AMPIAinter) iniciou suas atividades em março de 2013 como parte integrante das atividades do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do Hospital Universitário

Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC). Tendo em vista a cronologia, o AMPIAinter mostrou-se pioneiro em oferecer atendimento ambulatorial especializado, ainda mais na área da infância e adolescência, em um hospital geral.

O público do AMPIAinter é formado por crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 3 a 24 anos de idade, procedentes dos serviços ambulatoriais e das enfermarias do HUWC.

O corpo clínico é composto por uma médica psiquiatra da infância e adolescência, médicos psiquiatras residentes em psiquiatria da infância e adolescência, médicos psiquiatras residentes em psiquiatria, duas enfermeiras, uma assistente social, duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional e residentes dos programas de residência multiprofissional do HUWC/UFC.

Observam-se diversos ambulatórios em que os atendimentos são segregados de acordo com a profissão do profissional e há poucos ou nenhum momento de interação entre a equipe e menos ainda entre a equipe e as famílias. O AMPIAinter tem um funcionamento que tenta resolver essa problemática.

O objetivo do presente trabalho é expor os relatos dos profissionais sobre a vivência e o funcionamento desse novo modelo de ambulatório.

2 | MÉTODO

Tratou-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo-compreensivo sobre a vivência do ambulatório, realizado no período de março de 2018 a dezembro de 2018.

3 | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O paciente após ser encaminhado ao AMPIAinter recebe atendimento inicial com a psiquiatria para a investigação diagnóstica. Para os atendimentos seguintes há a divisão dos pacientes em quatro grupos: pré-escolar, escolar, adolescente/jovem e portador do Transtorno do Espectro Autista.

Nos dias de consulta subsequentes, o turno de atendimento é dividido da seguinte forma: consulta de enfermagem, grupo de crianças/adolescentes/jovens concomitante com o grupo dos pais, grupo de integração criança/adolescente e família, atendimento inicial e reunião de equipe.

A consulta com a enfermagem é voltada para a avaliação do exame físico, medidas antropométricas e verificação do cartão de vacinação. Além disso, também são observados estado emocional/comportamento e desenvolvimento puberal (Escala de Tanner) (CHIPKEVITCH, 2001).

O grupo de crianças/adolescentes/jovens é realizado após a consulta de enfermagem. O grupo é administrado por terapeutas ocupacionais, enfermeiros,

psicólogos, residentes do programa de residência multiprofissional do HUWC/UFC e da residência médica em psiquiatria da infância e adolescência e em psiquiatra e estagiários de psicologia e de farmácia, podendo variar em número de pacientes a depender da demanda de cuidados. São desenvolvidas atividades terapêuticas compatíveis com o nível de desenvolvimento dos pacientes presentes.

Concomitante, acontece o grupo dos pais. A coordenação do grupo tem composição semelhante ao grupo de crianças/adolescente/jovens e são atendidos pais, avós, tios, irmãos, amigos dos pacientes e às vezes também profissionais particulares trazidos por eles. No grupo são ouvidos os relatos dos participantes, de modo estruturado a cada encontro ter um tema central a ser dialogado. Ademais são feitas psicoeducação sobre transtornos mentais, orientados cuidados do dia-a-dia com os pacientes e respondidos questionamentos dos integrantes (BUNGE, *et al.*, 2015).

Ao ser encerrado os dois grupos, começa o grupo de interação criança/adolescente/jovens e a família. Nesse momento os membros de cada família são encorajados a interagir através de jogos de tabuleiro e outros tipos de dinâmicas. São então observadas essas interações e caso necessário são feitas orientações pontuais com o objetivo de tornar o contato positivo.

Enquanto está sendo realizado o grupo entre familiares são chamadas as famílias uma por uma para atendimento psiquiátrico individual. No atendimento são identificadas demandas de forma individualizada e é realizado o ato médico.

Posteriormente aos atendimentos individuais as famílias são liberadas e se inicia a reunião da equipe. Momento esse de discussão dos casos por parte dos profissionais. É dada voz a todas as classes profissionais e busca-se em conjunto fazer um planejamento multiprofissional e propor intervenções nessas famílias.

4 | RELATO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

4.1 Residente em psiquiatria da infância e adolescência no AMPIAinter

A Residência em Psiquiatria da Infância e Adolescência proporciona a participação em vários ambulatórios. Entre eles, os que demandam maior tempo de permanência são os do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil (CAPS i). Lá apesar de haver uma equipe multiprofissional bem estruturada, inexistiam os grupos multidisciplinares no formato presente no AMPIAinter. Os outros ambulatórios em hospital geral que foram acompanhados eram focados apenas no atendimento médico psiquiátrico.

Foi muito proveitoso o contato do residente com os usuários e com os profissionais que orientaram em campo. Em relação a preceptora, médica psiquiatra, participava dos grupos, orientava o manejo dos pacientes em um segundo momento e por fim ela discutia em grupo cada caso observado no turno. Este acompanhamento

em quatro momentos permitiu um aprendizado mais analítico das minúcias dos casos. Em relação aos demais profissionais, foi proveitosa a experiência na prática de como lidar em diversas situações interessantes, no espaço do grupo, com os familiares e pacientes e ainda houve o espaço para tirar dúvidas e aprofundar o assunto na reunião ao final do expediente. Neste aspecto, os usuários do serviço tiveram um ganho extra pois tiveram seus casos esmiuçados e analisados por diversos saberes e opiniões.

Ademais, este serviço foi capaz de fazer os estagiários e residentes enxergar que não há apenas um tipo engessado de atendimento. Permitiu multiplicar essa estratégia integrada para que ela seja levada adiante pelos estudantes para o futuro espaço de trabalho onde eles irão exercer suas profissões.

4.2 Estagiária em Farmácia no AMPIAinter

No curso de Farmácia, é ensinado ao estudante saberes que perpassam diversas ciências, que vão desde a Química inerente à produção de um fármaco, assim como a complexidade da Fisiologia do indivíduo e do entendimento da ação do remédio, como também técnicas de produção e estabilização para que o medicamento possa chegar ao paciente com a devida qualidade. Ademais, no AMPIAinter pôde-se entender na prática o real significado de todo o conhecimento científico adquirido na Universidade: pensar no medicamento não só como um tratamento, mas sim pensar no paciente que faz uso da medicação, como uma criança que tem relações interpessoais em seus meios, os quais, em diversos momentos, o conhecimento médico e científico é o mediador da melhoria destas relações.

O período no Ambulatório certamente foi enriquecedor de diversas formas, pois foi possível proporcionar a experiência de compreender o funcionamento de uma equipe multiprofissional, em que a consulta médica e a terapia ocupacional estão entrelaçadas; obtendo maior conhecimento sobre as terapêuticas abordadas em psiquiatria infantil, desde à medicação tradicional à outras terapias que não se possuía experiência prática (arteterapia, por exemplo); e foi capaz de tornar certamente uma profissional com o olhar mais humanizado no que concerne a compreender o paciente infantil em seus diversos âmbitos.

4.3 Neuropsicóloga no AMPIAinter

O ambulatório de saúde mental é um importante campo para atuação da neuropsicologia, devido às contribuições da avaliação neuropsicológica para a intervenção das crianças e adolescentes atendidos. Por outro lado, a presença do neuropsicólogo no ambulatório permite seu crescimento profissional a partir da experiência com os pacientes e com a equipe multidisciplinar.

No AMPIAinter, a interlocução entre profissionais das diversas áreas de saúde acontece rotineiramente, tendo em vista a dinâmica do ambulatório que concentra

todos os profissionais no mesmo turno. Os resultados da avaliação e seus possíveis desdobramentos são compartilhados com a equipe tanto em nossas reuniões como em demais momentos de troca com profissionais específicos. Além disso, todos os grupos ocorrem em parceria com profissionais de áreas distintas. A experiência enquanto neuropsicóloga inclui a participação no grupo de pais e filhos, em que se consegue perceber a criança ou adolescente interagindo com seus familiares, o que fornece dados para a avaliação. Além disso, constitui-se em um espaço para intervir com os familiares e mostrar novas formas de interação com a criança, enfatizando a ludicidade como uma importante forma de interação.

Miranda, Borges e Rocca (2010) enfatizam que a disfunção cognitiva pode se expressar em virtude dos vários âmbitos em que se desenvolve e, dessa forma, reflete a interação dos fatores culturais, familiares, escolares e do desenvolvimento cerebral. Diante disso, faz-se necessário a intervenção global à criança, considerando seus diversos aspectos e enfatizando a participação da família no processo, conforme realizado no AMPIAinter a partir do trabalho multidisciplinar oferecido.

5 | CONCLUSÃO

O AMPIAinter surgiu com a missão de atender pacientes provenientes do Hospital Universitário e o auxiliar na formação dos estudantes dos programas de ensino da UFC. No entanto não se restringe apenas a isso. É capaz, através de uma metodologia de atendimento multiprofissional estruturada, de proporcionar uma vivência singular a equipe, estudantes e a população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> [acesso em: 01 jan.2019].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental – Cadernos de Atenção Básica, nº 34** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf> [acesso em: 01 jan. 2019].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> [acesso em: 01 jan. 2019].

BUNGE, Eduardo; SCANDAR, Mariano; MUSICH, Francisco; CARREA, Gabriela. **Sessões de psicoterapia com crianças e adolescentes: erros e acertos** – Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.

CHIPKEVITCH, Eugênio. Avaliação clínica da maturação sexual na adolescência. **Jornal de**

Pediatria. v. 77, n. 2, p. 135-142. Rio de Janeiro, Novembro, 2001.

MIRANDA, Mônica Carolina; BORGES, Manuela; ROCCA, Cristiana Castanho de Almeida Rocca. Avaliação Neuropsicológica Infantil. In: MALLOY-DINIZ, Leandro F et al. **Avaliação Neuropsicológica**. 1. ed. Cap. 20. p. 221-233. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO PARA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS EM IDOSOS

Aglauvanir Soares Barbosa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB).

Redenção - CE

Aline Rodrigues Feitoza

Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Fortaleza – CE

Maria Eliana Peixoto Bessa

Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Fortaleza - CE

Sarah Maria Feitoza Souza

Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Fortaleza - CE

Maria Patrícia Sousa Lopes

Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Fortaleza - CE

Carla Sinara Rodrigues Torres

Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Fortaleza - CE

RESUMO: Objetivo: Construir e validar tecnologia educativa de avaliação do risco/vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids. **Método:** estudo descritivo, metodológico, realizado no município de Fortaleza – Ce, entre maio e outubro de 2017. Para validação do conteúdo, contou-se com nove juízes e foi utilizado para a verificação, o Índice de Validade de Conteúdo. Foram considerados válidos os aspectos com

índice de concordância maior ou igual a 80%, que serviu como critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item avaliado.

Resultado: Quanto a clareza de linguagem, índice de 0,90. Quanto a pertinência prática 0,80. Quanto a relevância teórica 0,98. No quesito de dimensão teórica, nenhum item foi julgado “inadequado”, índice de 0,80.

Conclusão: Segundo os desfechos alcançados na pesquisa, foi permitido detectar que o jogo educativo, mural do risco, facilita na orientação das IST/HIV com idosos. Promoveu além disso, a validação de conteúdo do material com IVC total de 0,88.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; HIV; Estudos de Validação; Enfermagem; Saúde Sexual e Reprodutiva.

EDUCATIONAL GAME CONSTRUCTION AND VALIDATION FOR HIV/AIDS PREVENTION IN ELDERLY

ABSTRACT: Objective: To construct and validate educational technology for assessing the risk / vulnerability of the elderly to HIV / AIDS. **Method:** a descriptive, methodological study, carried out in the city of Fortaleza - Ce, between May and October 2017. For validation of the content, nine judges were used and the Content Validity Index was used for verification.

The aspects with a concordance index greater than or equal to 80%, which served as a decision criterion on the pertinence and / or acceptance of the item evaluated, were considered valid. **Result:** As for language clarity, index of 0.90. As for the practical relevance 0,80. As for theoretical relevance 0,98. In the question of theoretical dimension, no item was judged “inadequate”, index of 0.80. **Conclusion:** According to the results achieved in the research, it was possible to detect that the educational game, mural of the risk, facilitates the orientation of STI / HIV with the elderly. It further promoted the validation of material content with total IVC of 0.88.

KEYWORDS: Elderly; HIV; Validation Studies; Nursing; Sexual and Reproductive Health.

1 | INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) não é apenas um problema de saúde, mas um fenômeno social de grandes proporções, capaz de causar impacto nos princípios morais, religiosos, éticos, comportamento pessoal e procedimentos de saúde pública, envolvendo questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal⁽¹⁾.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na população idosa é um problema de saúde que introduz a discussão de valores sociais e de condutas determinadas culturalmente em relação ao idoso, destacando a necessidade de ações que levem à formação e disseminação do conhecimento, ocasionando assim a transformação de representações sociais.

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Sendo que 3.425 casos aconteceram em idosos. Em 2007 foram 92 registros e no ano de 2016 foram 797 novos casos em idosos⁽²⁾, fato esse que comprova o aumento de número entre idosos. Com esta mudança no perfil epidemiológico da Aids, e aumento no número de casos nesta população, é importante conhecer os fatores causais para intervir. Este aumento pode estar relacionado a descuido, ou até mesmo desconhecimento da existência da Aids e de suas complicações⁽³⁾.

Neste contexto, o profissional de saúde exerce função primordial ao realizar intervenções de educação em saúde. Contudo, não deve ficar restrito somente a comunicação de conteúdos e realizações de ações educativas, mas também no desenvolvimento e avaliação de tecnologias instrutivas^(4,5).

Como tecnologia educativa, se tem o jogo lúdico. Esta ferramenta útil que gera discussão grupal e conhecimento transmitido pode transpassar outros planos da realidade, caracterizando a transcendência das pessoas envolvidas. O uso de atividades lúdicas cria um clima de entusiasmo e empolgação e é este aspecto de envolvimento emocional que torna a ludicidade um forte teor motivacional capaz de gerar um estado de vibração e euforia^(6,7).

Os jogos educativos podem promover aquisição de conhecimentos e estímulo a ações de prevenção, controle dos agravos à saúde e condutas transformadoras para modificação de hábitos por meio de um ambiente descontraído. Embora a aquisição de conhecimentos mediada pelos jogos, por si só, não seja suficiente, a educação em saúde, se constitui o primeiro passo para gerar novas atitudes de prevenção⁽⁸⁾.

A lacuna existente de materiais educativos para abordagem das IST/HIV/Aids para os idosos justifica esse estudo que faz parte de um projeto maior intitulado “Construção e avaliação de um Programa de Tecnologias Educativas na prevenção do HIV/Aids na população idosa”. O objetivo do presente estudo foi construir e validar tecnologia educativa de avaliação do risco/vulnerabilidade do idoso ao HIV/Aids.

2 | METODOLOGIA

O projeto foi submetido, avaliado e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa. Foram respeitados os preceitos éticos e legais, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção de vida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Cada participante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, do tipo metodológica. Este tipo de pesquisa consiste no desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumento e estratégia metodológica, através da investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, possibilitando a construção de instrumento que seja confiável, preciso e utilizável⁽¹¹⁾.

A pesquisa foi realizada no Município de Fortaleza – Ce, entre maio e novembro de 2017 e obedeceu às seguintes etapas: (1) definição do tema e objetivos a serem abordados; (2) busca de produções científicas que discorressem sobre HIV e idosos; (3) elaboração do jogo e (4) validação de conteúdo por juízes.

Utilizou-se como critério para seleção dos juízes o Modelo de Fehring adaptado⁽¹²⁾. Foram selecionados nove juízes, através de consultas na Plataforma Lattes, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), onde deveriam preencher pelo menos dois ou mais dos seguintes critérios: ter título de mestre ou doutor com produção científica na área de saúde do idoso e/ou com IST/HIV/Aids ou produção de tecnologia educativa; desenvolver ações de prevenção e/ou promoção da saúde voltada para população idosa; ter experiência profissional na área de saúde do idoso e/ou com IST/HIV/Aids há mais de dois anos; ter trabalhos científicos sobre saúde do idoso e/ou com IST/HIV/Aids; possuir conhecimento sobre tecnologia educativa e processo de construção e validação de instrumentos.

Em seguida, foi enviado via correio eletrônico para os juízes selecionados, carta convite junto com as regras do jogo, o protótipo do jogo, um vídeo mostrando o jogo e como funciona, além das doze figuras isoladamente. Também foi enviado

o instrumento de avaliação e validação do jogo e Termo de Consentimento Livre Esclarecido para assinatura. Foram excluídos os juízes que não responderam ao convite de participação do estudo.

A definição do tema e objetivos foram elaborados baseados na pesquisa anterior feita pela orientadora do projeto durante seu doutorado. Após definição do tema de pesquisa, foi feita uma busca de produções científicas na literatura que abordassem sobre HIV e a pessoa idosa.

No processo de construção do jogo, optou-se pela seleção do tabuleiro articulado, por facilitar o transporte. Em seguida, teve a escolha do tipo de desenhos, imagens grandes, coloridas de fácil interpretação, no total 12 desenhos foram usados no jogo. Depois foram desenvolvidas as regras e o tipo de material a ser utilizado para a concretização do tabuleiro de forma articulada.

A materialização dos desenhos do jogo foi realizada por um designer gráfico, que produziu 12 imagens usadas no tabuleiro, escolheu-se esse número de doze por facilitar a organização dos desenhos no tabuleiro e sua articulação. Para montagem do jogo, utilizou-se os serviços de outro profissional especialista em trabalhos artesanais, também designer, que fez a montagem e confecção do jogo em material imantado, articulado e de fácil manuseio.

Para a última etapa, caracterização dos juízes, optou-se por um número ímpar, para evitar empate nas avaliações, seguindo as orientações que recomenda o número ímpar de especialistas como suficiente para a avaliação de instrumentos para validação⁽¹³⁾.

Para validação do conteúdo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), preconizado por Waltz e Bausell (1981), onde foram considerados válidos os aspectos com índice de concordância entre os juízes maior ou igual a 80%, que serviu como critério de decisão sobre a pertinência e/ou aceitação do item avaliado⁽¹¹⁾.

A avaliação dos itens ocorreu seguindo os seguintes critérios: clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica. O critério de clareza de linguagem avaliou a forma de comunicação utilizada nos itens, tendo em vista as características da população idosa que será alvo do jogo. A Pertinência prática analisou de fato se cada item possui importância para o instrumento. A relevância teórica analisou se o item está relacionado com o estudo. E a dimensão teórica investigou a adequação de cada item com a teoria estudada na pesquisa, avaliando a percepção sobre o jogo⁽¹³⁾.

O Instrumento foi avaliado por meio da escala tipo Likert, que é muito usada para quantificar atitudes, comportamentos e domínios da qualidade de vida relacionada saúde. A Escala fornece lista de proposições ou questões e lhes pedem que estimulem o grau de sua resposta, onde a cada resposta será atribuído número de pontos⁽¹⁴⁾.

Cada critério do instrumento foi avaliado, de acordo com a seguinte pontuação: 1-inadequado, 2-parcialmente adequado, 3-adequado, e 4-totalmente adequado. Ao

final, foi computado o escore total das perguntas de um respondente, somando-se o escore de cada item ou calculando a média dos pontos para todos os itens respondidos. A simples soma, ou a média, supõe que todos os itens têm o mesmo peso e que cada item mede a mesma característica geral⁽¹⁴⁾.

Em seguida, os dados para análise da validação de conteúdo foram inseridos no programa Excel, organizados em tabelas e quadros, na sequência foram analisados o IVC, calculado com base em três equações matemáticas: S-CVI/AVE (Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method), referente à cada juiz e a proporção de itens que cada juiz concordou; S-CVI/UA (Scale-level Content Validity Index) que é média do S-CVI-AVE e, o I-CVI (Item-Level Content Validity Index), trata da proporção de concordância dos juízes referente à cada item⁽¹¹⁾.

3 | RESULTADOS

O jogo é formado por um tabuleiro imantado articulado, de fácil manuseio, medindo 1,00 x 1,00 metro. As 12 figuras foram impressas coloridas, em vinil e com aplicação de PVC com laminação transparente para proteção das imagens. Compõem ainda o jogo, 12 imãs vermelhos, 12 imãs verdes e 12 imãs amarelos, e uma caixa de madeira onde é guardado o jogo com os imãs.

As regras que compõem o jogo foram descritas da seguinte forma:

1. Explicar aos idosos o objetivo do jogo;
2. Em seguida dividi-los em grupos menores de quatro a cinco idosos;
3. Solicitar que respondam a seguinte pergunta: *O que é risco?*
4. Discutir no grupo maior o entendimento das palavras *Risco* e *vulnerabilidade*;
5. Entregar um tabuleiro para cada grupo menor e 12 imãs de cada uma das cores (amarelo, vermelho e verde);
6. Explicar que as cores correspondem às cores do semáforo, sendo assim: verde: sem risco, amarelo: pouco risco e vermelho: muito risco;
7. Orientar que para cada figura do tabuleiro o grupo deverá escolher uma cor de imã, que indicará o grau de risco, segundo a visão dos idosos para o HIV no entendimento do grupo ao marcar as figuras com imãs nas cores do sinal de trânsito;
8. Solicitar que cada grupo coloque o tabuleiro imantado de modo que todos vejam o tabuleiro;
9. O facilitador irá discutir os erros e acertos e contabilizar a equipe campeã.
10. Ao final do jogo ocorrerá um momento educativo com os idosos explicando cada figura contemplada.

Sobre a caracterização dos nove juízes que participaram da validação de conteúdo, verificou-se que todos os juízes eram do sexo feminino; sete são doutoras (78%); todas as nove possuem experiência com elaboração de material educativo e estudos de validação (100%); seis delas tem publicação na área de IST/HIV. Quanto

a experiência com idosos em anos, o período de zero a três anos representou a maioria do tempo com 56%; e quanto a experiência em anos com HIV, o período de zero a cinco anos apresentou a maior porcentagem com 44%.

A avaliação do conteúdo do jogo foi feita pelo IVC analisando as seguintes categorias: clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica.

A tabela 1 apresentada abaixo refere-se ao julgamento dos juízes quanto a clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica, e dimensão teórica do instrumento.

Clareza de Linguagem	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC
1.1. O jogo educativo é apropriado para pessoas idosas.	7	2	-	-	1
1.2. As imagens estão claras e compreensíveis.	6	2	1	-	0,90
1.3. O material está apropriado para o perfil sociocultural dos idosos.	5	3	1	-	0,90
1.4. O tamanho das imagens do jogo está apropriado.	6	1	2	-	0,80
1.5. A aparência do jogo está atrativa e adequada.	8	-	1	-	0,90
1.6. O número de imagens é suficiente.	6	3	-	-	1
1.7. As regras estão claras.	3	5	1	-	0,90
PERTINÊNCIA PRÁTICA	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC
2.1. É coerente com a população idosa.	7	2	-	-	1
2.2. É coerente do ponto de vista educativo.	8	1	-	-	1
2.3. É capaz de promover mudanças nos hábitos sexuais.	4	1	3	1	0,60
2.4. Pode circular no meio científico da área de HIV/AIDS.	9	-	-	-	1
2.5. Atende aos objetivos das instituições que trabalham com idosos.	8	1	-	-	1
RELEVÂNCIA TEÓRICA	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC
3.1. O jogo permite a transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos.	6	3	-	-	1
3.2. O jogo propõe ao participante adquirir conhecimentos para realizar o autocuidado.	4	4	1	-	0,98

3.3. É adequado para ser usado por profissionais de saúde.	7	2	-	-	1
3.4. Aborda a sexualidade no idoso com fidedignidade.	7	2	-	-	1
DIMENSÃO TEÓRICA	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado	IVC
4.1. De fácil compreensão.	6	3	-	-	1
4.2. Apresenta informações úteis.	8	1	-	-	1
4.3. Facilita a aprendizagem por idosos.	8	1	-	-	1
4.4. Funciona como ferramenta de educação em saúde com a população idosa.	7	2	-	-	1
4.5. A visualização de imagens facilita a aprendizagem.	7	1	1	-	0,90
4.6. As imagens estão autoexplicativas.	6	1	2	-	0,80
4.7. Você utilizaria esse jogo com idosos.	8	1	-	-	1

Tabela 1 – Avaliação dos Juízes quanto a clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica, e dimensão teórica do instrumento, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Quanto a clareza de linguagem nenhum item foi julgado “inadequado”. Nesse quesito pôde se verificar que todos os tópicos foram validados, o que certificou IVC de 0,90 para os propósitos sugeridos com a clareza de linguagem do instrumento.

Sobre a pertinência prática o IVC foi de 0,80 o que conferiu a validade ao instrumento nessa categoria. Embora, o item 2.3, que perguntava se o jogo é capaz de promover mudanças nos hábitos sexuais, três juízes categorizaram como “parcialmente adequado” e um avaliou como “inadequado”. Assim, nesse item, o índice de validade de conteúdo foi de 0,60 e não foi validado o item 2.3.

Quanto a relevância teórica, nenhum item foi julgado “inadequado”. Todos os tópicos foram bem avaliados, pois a maior parte dos juízes os categorizou como “adequado” ou “totalmente adequado”, o que concedeu o maior índice com IVC de 0,98 para o tópico.

Em relação a dimensão teórica, nenhum item foi julgado “inadequado”. Todos os tópicos foram legitimados, pois a maior parte dos juízes os categorizou como “adequado” ou “totalmente adequado”. Porém, um juiz categorizou o item 4.5 como “parcialmente adequado” (11,1%) e dois classificaram o item 4.6 como “parcialmente adequado” (22,2%), o que conferiram a esses itens, o índice de conteúdo, 0,90 e 0,80, respectivamente. O IVC para o tópico foi de 0,84.

Ao final das análises de cada tópico, obteve-se a validade de conteúdo para o instrumento como um todo, com IVC de 0,88 para todos os tópicos avaliados na tecnologia, o que conferiu a validade de conteúdo ao instrumento elaborado.

4 | DISCUSSÃO

Durante a elaboração do jogo educativo, vários foram os ajustes necessários, modificações no tamanho dos desenhos, o uso de cores nas imagens e o tamanho do tabuleiro passou por várias reformulações. Quanto a validade de conteúdo, em seu primeiro tópico, clareza de linguagem, os maiores índices de validade (1,0) foram obtidos nos seguintes tópicos: o jogo educativo é apropriado para pessoas idosas; o número de imagens é suficiente.

Pensando na fidedignidade do jogo ao ser proposto para a população idosa, optou-se por utilizar nos desenhos imagens coloridas de idosos diante da situação de exposição sexual. Onde ao ser aplicado com idosos, eles pudessem se ver na cena. Outro aspecto importante foi o tamanho e a quantidade das figuras, visto que muitos idosos têm problemas visuais. O envelhecimento traz como consequência o aumento da prevalência das doenças crônicas, características dos idosos, dentre estas, encontram-se algumas doenças oculares. Ao longo dos anos, as estruturas oculares sofrem de uma forma cumulativa os inúmeros danos metabólicos e ambientais⁽¹⁵⁾

A transmissão do conhecimento sobre saúde se torna mais eficaz quando os seus conteúdos são detalhados e planejados para uma pessoa ou para um grupo populacional e quando a mensagem que se deseja transmitir é bem delimitada facilitando assim o aprendizado e a fixação do assunto abordado realçando os benefícios associados aos comportamentos e às tomadas de decisão⁽⁷⁾.

Em relação a pertinência prática, os maiores índices foram obtidos nos seguintes itens: é coerente com a população idosa; é coerente do ponto de vista educativo; pode circular no meio científico da área de HIV/AIDS; atende aos objetivos das instituições que trabalham com idosos.

Existe uma falha nas ações destinadas à população idosa no que diz respeito a prevenção das IST/HIV/Aids. As ações de educação em saúde precisam ser avaliadas e reestruturadas, pensando no atendimento ao público idoso, uma vez que a forma de abordar o idoso não pode ser a mesma utilizada com os jovens⁽²⁾.

Uma vida sexual ativa desprotegida contribui para que o idoso aumente as chances de se contaminar por alguma IST, onde o aumento desses casos em idosos revela-se como fragilidade das campanhas de prevenção, tornando-se relevante a criação de novas estratégias que incentivem a prática sexual segura e utilização de preservativos entre idosos⁽¹⁶⁾.

As intervenções de enfermagem executadas através do uso de tecnologia leve, como este jogo, estão associadas ao encorajamento de argumentações, com consecutiva troca de experiências a respeito dos conteúdos tratados, possibilitando reflexão sobre o mesmo. Diversos especialistas no campo da educação e da saúde partilham da opinião de que os nomeados instrumentos educativos são fundamentos atenuadores, e que servirão de suporte complementar à prática educativa⁽⁸⁾.

Perante isso, vê-se a precisão de uma proteção à saúde para esse público, que objetive ações de progresso à saúde e precaução de danos, gerando como meta a conservação da funcionalidade, soberania e independência, tanto quanto possível, bem como um envelhecimento eficiente e benéfico.

Sobre a relevância teórica, os maiores índices foram obtidos nos seguintes questionamentos: o jogo permite transferência e generalização do aprendizado em diferentes contextos; é adequado para ser usado por profissionais de saúde; aborda a sexualidade no idoso com fidedignidade.

As atividades educativas desenvolvidas por meio do lúdico facilitam a aprendizagem, estimulam de forma prazerosa a compreensão do assunto, objeto do processo de educação em saúde, a reflexão sobre o conhecimento adquirido e a realidade vivenciada, que englobam os aspectos comportamentais individuais e coletivos⁽¹⁷⁾.

O simples fato de participar de uma atividade educativa como um jogo sobre prevenção sexual não é o bastante para promover mudança de hábitos, pois a mudança de comportamento vai muito além de orientação e conhecimento, é algo subjetivo, onde apenas a participação em um jogo não irá tirar a situação de vulnerabilidade, cabendo a pessoa decidir sobre viver no risco ou não após o conhecimento das formas de prevenção.

Compete à enfermagem incentivar o idoso a enfrentar o envelhecimento como um espaço ágil, que conceda a ele ponderação em relação ao passado, como meio de aprimorar uma perspectiva confiante do futuro, e, acima de tudo, dar-lhes abordagem digna, atenta, focando com cautela e atenção na atualidade e debatendo com ele os seus projetos futuros, assegurando assim, orientação que respeita sua individualidade, subjetividade e dignidade humana⁽¹⁸⁾.

Para se trabalhar a saúde do idoso devem ser desenvolvidos indicadores para acompanhar o envelhecimento e a prevalência das IST/Aids na terceira idade, identificando a distribuição e vulnerabilidade da pessoa idosa. A avaliação desses indicadores pode ser mensurada através do desenvolvimento de instrumentos de tecnologia para o autocuidado e validação desses instrumentos de aferição de saúde e qualidade de vida dos idosos⁽¹⁹⁾.

Os materiais educativos são uma ferramenta de educação em saúde que facilitam o conhecimento e aprendizado, ao esclarecer mitos e tabus relacionados a sexualidade. Com isso, é crescente o uso de tecnologia educativa com o objetivo de auxiliar às orientações para a população nas diferentes áreas da saúde⁽²⁰⁾.

Em relação a dimensão teórica, os maiores índices foram obtidos nos seguintes questionamentos: de fácil compreensão; apresenta informações úteis; facilita a aprendizagem por idosos; funciona como ferramenta de educação em saúde com a população idosa; você utilizaria esse jogo com idosos.

O debate de conhecimento e comportamento dos idosos relacionado com as IST/HIV/Aids deve ocorrer de forma natural, compreensível e simples criando assim

um ambiente que facilite as orientações, sem as imposições de saúde e dos motivos que facilitam a vulnerabilidade do idoso, visando subsidiar e propor o planejamento de ações de promoção e prevenção sexual nos serviços de saúde voltados para os idosos⁽²¹⁾.

Baseado nisso, surgem as tecnologias leves através das metodologias ativas que consistem em um estímulo à autoaprendizagem por meio de aprendizado participativo, de desenvolvimento da sabedoria, avaliação, ensinamentos e pesquisas, que implicarão deliberações em relação aos resultados e aprendizado para uma questão. Nesse caso, o jogo educativo surge como ferramenta útil que possibilitará a transmissão de conhecimento e ensino-aprendizagem e assim poderá ultrapassar outros planos da realidade, caracterizando a transcendência das pessoas envolvidas⁽²²⁾.

O profissional de saúde não deve restringir sua atenção às doenças e às complicações inerentes ao envelhecimento, mas investir na utilização de tecnologias que visem manter a autonomia do idoso no cuidado de si, tornando-o parceiro ativo e corresponsável na atenção à saúde. O jogo de tabuleiro, constitui-se uma ferramenta útil, uma fonte de conhecimento sobre saúde e auxílio na tomada de decisões das pessoas envolvidas como importantes elementos para efetividade da proposta⁽²³⁾.

Na validação do conteúdo do jogo educativo “mural do risco”, os juízes consideraram o conteúdo proposto relevante e oportuno para ser trabalhado em ações educativas junto as pessoas idosas. Essa etapa ratificou e validou a finalidade do material desenvolvido, os objetivos a serem alcançados e os conteúdos do tema nas suas dimensões teóricas, relevância, pertinência prática e na clareza da linguagem empregada.

Segundo os juízes, quando questionados sobre o quesito 2.3, que pergunta se a participação no jogo é capaz de promover mudanças nos hábitos sexuais, é muito difícil de avaliar, pois a mudança de comportamento é algo multifatorial, que vai além do conhecimento. O mesmo só terá como ser avaliado com estudo experimental, para avaliação da eficácia do jogo.

Para os juízes, esse jogo pode ser considerado ótima estratégia educativa de ensino-aprendizagem, embora seja um mural de imagens. Poderia existir algumas palavras chaves ou caixas com falas ou interações entre as imagens para facilitar a compreensão, pois dentre o público-alvo (idosos), existem tanto os idosos analfabetos ou não, os que sabem ler ou não. Assim, as informações seriam mais esclarecedoras. Segundo o Juiz seis, é necessário aumentar o tamanho dos marcadores coloridos para que quando estiverem marcados na foto, o idoso possa visualizar melhor a cor e atribuir a imagem de forma mais clara. As sugestões realizadas pelos juízes foram acatadas e modificadas para a versão final do jogo.

5 | CONCLUSÃO

Com a elaboração e validação do jogo educativo, observa-se que o mesmo ajudará na promoção da saúde dos idosos, visto ser uma ferramenta de auxílio, que favorece o ensino-aprendizagem das pessoas envolvidas.

A cooperação das avaliadoras serem enfermeiras propiciou a acomodação e aperfeiçoamento da inovação, pois as orientações destes peritos foram de amplo valor para o aprimoramento do instrumento inserindo saberes e princípios ao material elaborado. Promoveu além disso, a validação de conteúdo do material com IVC total de 0,88.

REFERÊNCIAS

1. Brasil G de B, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Palmeira IP. **Educational technology for people living with HIV: validation study**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018;71(suppl 4):1657–62.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Cordeiro LI, Lopes TO, Lira LEA, Feitoza SMS, Bessa MEP, Pereira MLD, et al. **Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017[cited 2018 mar 08]; 70(4):775-82. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0775.pdf.
4. Maschio MBM, Balbino AP, De Souza PFR, Kalinke LP. **Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011[cited 2018 mar 21];32(3):583-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n3/21.pdf>
5. Da Silva AKC, Oliveira KM de M, Coelho M de MF, Moura D de JM, Miranda KCL. **Development and validation of an educational game for adolescents about breastfeeding**. Rev baiana enferm [internet]. 2017[cited 2018 mar 08]; 31(1):e16476. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/16476/14151>.
6. Salvador PTCO, Mariz CMS, Vítor AF, Ferreira Jr MA, Fernandes MID, Martins JCA, et al. **Validation of virtual learning object to support the teaching of nursing care systematization**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018[cited 2018 mar 08]; 71(1):11-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000100011&script=sci_arttext&tling=pt.
7. Hortense FTP, Bergerot CD, De Domenico EBL. **Construction and validation of clinical contents for development of learning objects**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018[cited 2018 mar 08]; 71(2):306-13. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0306.pdf.
8. Mariano MR, Rebouças CB de A, Pagliuca LMF. **Educative game on drugs for blind individuals: development and assessment**. Rev Esc Enfermagem da USP [internet]. 2013[cited 2018 mar 08]; 47(4):930-936. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0930.pdf>.
9. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JLA de. **Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. setembro de 2015;18(3):521–31.

10. Brasil. **Resolução 466**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 dez 2012. [internet]; [cited 2018 mar 08]. Available From:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução A na Thorell, 7ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.
12. Fehring R. **Methods to validate nursing diagnoses**. Heart Lung. 1987; 16(6):625-9.
13. Pasquali L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre, Artmed, 2010.
14. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre, Artmed, 4ªed., 2015.
15. Bravo Filho VTF, Ventura RU, Brandt CT, Sarteschi C, Ventura MC. **Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco**. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. junho de 2012;75(3):161–5.
16. Brito NMI, Andrade SSC, Silva FMC, Fernandes MRCC, Brito KKG, Oliveira SHS. **Elderly, sexually transmitted infections and aids: knowledge and risk perception**. ABCS Health Sci. [internet]. 2016[cited 2018 mar 08]; 41(3):140-145. Available from: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/902/744>.
17. Costa MS, Moreira MASP, Silva AO, Leite E de S, Silva LM, Sampaio JB. **Knowledge, beliefs, and attitudes of older women in HIV/AIDS prevention**. Revista Brasileira de Enfermagem. fevereiro de 2018;71(1):40–6.
18. Teixeira MM, Rosa RP, Da Silva SN, Bacaicoa MH. **O enfermeiro frente à sexualidade na terceira idade**. Revista da Universidade Ibirapuera [internet] 2012[cited 2018 mar 08]; 3:50-53. Available from: <http://seer.unib.br/index.php/rev/article/view/40>
19. Brasil. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.
20. De Oliveira SC, Lopes MV de O, Fernandes AFC. **Development and validation of an educational booklet for healthy eating during pregnancy**. Rev Latino-Am Enfermagem [internet] 2014[cited 2018 mar 08]; 22(4):611-620. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400611.
21. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Meira LCS, Nobrega MML, Nogueira JÁ, Silva AO. **Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses**. Rev Bras Enferm. [internet] 2015[cited 2018 mar 08]; 68(04):579-585. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00341672015000400579&script=sci_arttext&lng=en.
22. Andrade LZC, Freitas DT, Holanda GF, Da Silva VM, Lopes MV de O, De Araújo TL. **Desenvolvimento e Validação de jogo educativo: medida da pressão arterial**. Revista de Enfermagem da Uerj [internet] 2012[cited 2018 mar 08]; 20(3):323-327. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v20n3/v20n3a07.pdf>.
23. Olympio PCAP, Alvim NAT. **Board games: gerotechnology in nursing care practice**. Rev Bras Enferm [internet]. 2018;71(suppl 2):818–26. [Thematic Issue: Health of the Elderly]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0818.pdf.

CONTINGÊNCIAS E PARADIGMAS NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DIFÍCEIS

Elza Lima da Silva

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

Marina Belchior Cavalcanti

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

Aurean D'Eça Júnior

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

Flávia Baluz de Farias de Bezerra Nunes

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

Aline Lima Pestana Magalhães

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem
Florianópolis- Santa Catarina

Rosângela Almeida Rodrigues de Farias

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

Rita Rozileide Nascimento Pereira

Universidade Federal do Maranhão, Departamento de Enfermagem
São Luís- Maranhão

refere a toda informação que envolva uma mudança drástica e negativa na vida da pessoa e na perspectiva do futuro e está relacionada as situações de anúncio do diagnóstico de uma doença avançada com prognóstico reservado, graves sequelas e suas consequências na qualidade de vida e a preparação para os cuidados paliativos. No entanto, essas práticas perpassam pelo cotidiano dos profissionais de saúde que convivem com situações de sofrimento e morte. Esse estudo objetivou verificar as contingências e os paradigmas do modelo operante da comunicação de notícias difíceis entre enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra correspondeu a 48 enfermeiros. Os dados foram coletados por meio de um questionário no período de janeiro a julho de 2013. Observou-se que 97,75% dos entrevistados não possuem nenhum tipo de preparação tanatológica e nem qualquer tipo de informação na graduação para comunicar as notícias difíceis; 54,16% referem que só anunciam as notícias difíceis porque é parte do seu trabalho; 33,33% relatam que o profissional mais indicado para informar a notícia difícil é o médico. As notícias difíceis fazem parte do cotidiano das práticas diárias do enfermeiro, portanto, é necessário que sejam capacitados uma vez que lidam com situações de sofrimento e morte. O estudo mostra que

RESUMO: A comunicação de notícias difíceis

o tema morte e morrer é pouco discutida nas escolas de formação e em eventos científicos, evidenciando que os enfermeiros encontram uma certa dificuldade para lidar com essa temática.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Tanatologia. Comunicação em saúde.

CONTINGENCIES AND PARADIGMS IN DIFFICULT NEWS COMMUNICATION

ABSTRACT: The communication of difficult 2art refers to all information that involves a drastic and negative change in the life of the person and in the perspective of the future and it is related the situations of announcement of the diagnosis of na advanced disease with reserved prognosis, serious sequels and its consequences in the quality of life and preparation for palliative care. However, these practices permeate the daily life of health professionals who live with situations of suffering and death. This study aimed to verify the contingencies and paradigms of the operative 2arto f2 the communication of difficult 2art among nurses who work in a University Hospital. This is a descriptive study with a quantitative approach. The sample consisted of 48 nurses. The data were collected through a questionnaire from January to July 2013. It was observed that 97,75% of the interviewees do not have any type of tannin preparation or any kind of information in the graduation to communicate the difficult 2art; 54,16% report that they only announce the difficult 2art because it is 2arto f their work; 33,33% report that the most appropriate professional to report the difficult 2art is the doctor. Difficult 2art is 2arto f daily routine of nurses, so they need to be trained as they deal with situations of suffering and death. The study shows that the issue of death and dying is little discussed in training schools and scientific events, evidencing that nurses find it difficult to deal with this issue.

KEYWORDS: Nursing. Thanatology. Health communication.

1 | INTRODUÇÃO

O termo comunicação, genericamente, é compreendido como qualquer situação em que pelo menos duas pessoas dialogam entre si (PRIMO; GARRAFA, 2010). Apresenta-se como atividade humana básica e como condição indispensável para a vida humana (SOARES et al., 2009). A comunicação é um fio condutor nos encontros entre seres humanos- sujeitos da atenção e sua família, reconhecidos como aqueles que pensam, sentem, agem e reagem a todo um contexto assistencial (MARTINEZ; TOCANTINS; SOUZA, 2013).

É legítimo dizer que a comunicação é um dos fundamentos da vida em sociedade, por meio do qual se constituem e se legitimam as relações sociais, o saber disponível nas interações e o processo de socialização que gera as identidades individuais (OLIVEIRA et al., 2009). A comunicação é também uma forma de doar algo ao outro; de partilhar, compreender, aceitar e estar atento ao outro, caracterizando-se como um processo que permite ao indivíduo compartilhar suas experiências e vivências

pela interação constante contínua (STEFANELLI; CARVALHO, 2012; CABEÇA; SOUSA, 2015).

Sousa (2009) afirma que comunicar de forma eficiente exige um conjunto de características, que necessitam ser exploradas ao máximo a fim de garantir uma percepção e retorno positivo. A comunicação eficaz requer dos envolvidos o desenvolvimento de habilidades e a adoção de atitudes e posturas para viabilizá-la, especialmente no contexto da saúde e das práticas do cuidado (CABEÇA; SOUSA, 2015).

A comunicação em saúde é um instrumento por meio do qual os profissionais de saúde, seus usuários e familiares trocam informações. A comunicação em saúde se apresenta como uma estratégia para o cuidado, auxiliando na descrição de compreensão de experiências vividas e tomada de decisões (MINAYO; AFONSO, 2013; SANTOS; BERNARDES, 2010).

A comunicação de notícias difíceis relaciona-se às situações de anúncio do diagnóstico de doença avançada com prognóstico reservado; à comunicação e à atenção a graves sequelas decorrentes de tratamentos e à comunicação de esgotamento dos recursos de cura e a preparação para cuidados paliativos. No campo da saúde, a comunicação de notícias difíceis perpassa pelo cotidiano dos profissionais de saúde, em algum momento. Portanto, saber compartilhar uma notícia difícil é uma arte que exige aprendizagem e treinamento constantes (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde torna-se criticamente importante para a segurança do paciente e para a qualidade do cuidado, sendo determinante para o nível de satisfação dos pacientes. Eficácia que influencia diretamente na adesão e recuperação dos mesmos, reduzindo a angústia e a ansiedade psicológica de forma a possibilitar ainda a garantia de manutenção da dignidade desses pacientes (MARTINS; PESSONI, 2015).

No campo da enfermagem, as habilidades eficazes de comunicação de notícias difíceis continuam sendo uma barreira na prestação de cuidados do profissional enfermeiro. Muitas vezes, os enfermeiros não possuem as habilidades de comunicação necessárias para fazê-la de maneira eficaz, possivelmente por não terem recebido educação nesse tema durante a formação inicial em seu curso de graduação (REIS et al., 2018; SHLAFER et al., 2016).

Assim, este estudo se propôs em analisar as contingências e os paradigmas do modelo operante da comunicação de notícias difíceis pelos enfermeiros que atuam em um Hospital Universitário do nordeste brasileiro.

2 | MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa realizado no Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra (HUUPD) localizado em São Luís, capital do

Maranhão. Os dados foram coletados no banco de dados do projeto “Contingências e Paradigmas no Anúncio da Má Notícia: análise dos modelos operantes entre os profissionais de saúde do Hospital Universitário de São Luís/MA” vinculado ao Departamento de Filosofia, desenvolvido pela Liga Acadêmica de Tanatologia – Thânatos, da Universidade Federal do Maranhão no ano de 2013. A amostra do estudo foi composta por 48 enfermeiros que desenvolvem suas atividades nas diversas unidades clínicas do referido hospital.

O instrumento da pesquisa foi um questionário autoaplicável contendo 19 questões divididas entre perguntas fechadas e abertas sobre o conhecimento dos enfermeiros sobre Tanatologia, dificuldades no anúncio de notícias difíceis, preocupações com o paciente e família após a comunicação de notícias difíceis, dentre outras. Os dados coletados foram organizados no programa Microsoft Excel® e apresentados por meio de tabelas.

Essa pesquisa foi aprovada após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão sob o protocolo N. 6103/2008 parecer N. 156/2009. Os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e lhes foi assegurando o direito de acesso aos dados e a garantia de sigilo das informações.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo buscou uma análise das contingências e dos paradigmas da comunicação de notícias difíceis por enfermeiros assistenciais em Hospital Universitário em São Luís, Maranhão.

Variáveis	f	%
Conhecimento sobre Tanatologia		
Sim	3	6.25
Não	45	97.75
Anúncio de má notícias		
Faço por que gosto	2	4.17
Faço por que é parte do trabalho	26	54.16
Faço quando não tem ninguém	20	41.67
Profissional capacitado		
Médico assistente	16	33.33
Psicólogo	12	25.00
Outro profissional	15	31.25
Equipe de profissionais	5	10.42
Número de diagnósticos anunciados		
Nenhum	40	83.33
Apenas 1	3	6.25
De 02 a 05	5	10.42

Dificuldades no anúncio		
Perfil do paciente	12	25.00
Tipo de diagnóstico	13	27.08
Não respondeu	23	47.92
Preocupações após anúncio		
Entendimento do paciente/família sobre o diagnóstico	12	25.00
Sofrimento do paciente/família	10	20.83
Esperança no tratamento/cura	7	14.58
Inserção do paciente/família no processo terapêutico	8	16.67
Outros	11	22.92
Total	48	100

Tabela 01 – Aspectos relacionados a comunicação de notícias difíceis indicado pelos enfermeiros assistenciais em São Luís, Maranhão, 2013.

Na tabela 01, grande parte dos enfermeiros representados por 97,75% dos entrevistados revelaram que não estudaram Tanatologia e não receberam qualquer tipo de formação para lidar com notícia difícil, apenas 6,25% dos enfermeiros afirmam ter estudado a ciência, o que mostra que o estudo da morte e do morrer tem sido evitada ou pouco discutida nas universidades durante a formação dos enfermeiros. Segundo, Sampaio et al (2018), os cursos de Enfermagem oferecem pouco espaço para discussão da Tanatologia, o que fragiliza o desenvolvimento de habilidades e competências na atuação do enfermeiro na terminalidade da vida.

Quanto ao anúncio de notícias difíceis, 55,16% dos enfermeiros anunciam porque é parte do serviço e 41,67% fazem quando não tem ninguém para fazer por eles. Outra questão, os enfermeiros acham que o profissional mais capacitado para o anúncio deste tipo de notícia é o médico com 33,33%, o psicólogo com 25% e qualquer outro profissional com 31,25% (TABELA 01). Na prática assistencial da enfermagem, a comunicação constitui um instrumento básico para o cuidado e primordial para a formação do vínculo enfermeiro-paciente. Além disso, a enfermagem acompanha todo o processo de viver humano, desde o nascimento até o processo de morte e morrer, então a comunicação de notícias difíceis também faz parte de suas atribuições. No entanto, o profissional precisa aprofundar o conhecimento para uma abordagem qualificada ao paciente e família no processo do anúncio de notícias difíceis (ROCHA et al, 2016).

Em relação ao número de diagnósticos anunciados, 83,33% dos enfermeiros relatam que não anunciam nenhum diagnóstico por dia, entretanto 16,67% dos entrevistados acusaram anunciar entre 01 e 05 diagnósticos por dia (TABELA 01). De acordo com Sombra Neto et al (2017), comunicar uma notícia difícil referente ao diagnóstico é uma situação intrínseca à rotina do médico independentemente de sua especialidade e representa uma das tarefas mais desafiadoras da prática clínica.

Quando interrogados sobre qual a principal dificuldade para anunciar uma

notícia difícil, 27,08% dos enfermeiros acham que é o tipo de diagnóstico que deve revelar ao paciente enquanto 47,92% não responderam a este questionamento (TABELA 01). Isto leva a suspeitar que alguns profissionais não sabem o que é uma notícia difícil ou relacionam somente ao óbito do paciente. A comunicação de notícias difíceis pode envolver não somente a revelação do diagnóstico, como também a progressão da doença e a necessidade de encaminhamentos. Os anúncios de ‘más notícias’ em saúde incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam (ARAÚJO; LEITÃO, 2012).

Após o enfermeiro anunciar uma notícia difícil ao paciente/família, foram informadas as seguintes preocupações: 25% relacionadas ao entendimento do diagnóstico, 20,83 % ao sofrimento sobre a notícia difícil e 14,58 % a manter a esperança quanto ao tratamento e/ou cura. Sombra Neto et al (2017) diz que existe uma preocupação com a forma como a notícia difícil afetará o paciente; receio de causar dor e sofrimento ao indivíduo; culpabilização por parte do paciente em seu diagnóstico; incerteza do sucesso terapêutico; e diversas reações emocionais desencadeadas pela nova informação.

Os aspectos referidos pelos profissionais neste estudo remetem a importância da utilização de protocolos para nortear a comunicação de notícias difíceis como forma de minimizar as dificuldades enfrentadas. O modelo mais comumente utilizado é o protocolo SPIKES que aborda diretrizes básicas como postura do profissional (setting), percepção do paciente (perception), troca de informação (invitation), conhecimento (knowledge), explorar e enfatizar as emoções (explore emotions), estratégias e síntese (strategy and summary). São passos para “dar notícias difíceis” em situações adversas como óbitos, má formação de feto, comunicação ao paciente oncológico, entrevista familiar para captação de órgãos (BAILE, 2000).

4 | CONCLUSÃO

Concluiu-se que o paradigma de anúncio de notícias difíceis não segue uma regra tampouco normas protocolares, mostrando que ainda é necessários o treinamento e a explanação dos paradigmas de protocolos estabelecidos.

O estudo mostrou que a comunicação de notícias difíceis é um processo complexo para os enfermeiros devido à falta de preparo para lidar com os aspectos subjetivos que envolvem esse processo, como o próprio sofrimento manifestado pelo profissional e as reações do paciente durante a abordagem.

É inquestionável o papel da enfermagem na integralidade do cuidado, ao desenvolver estratégias que ajudam o paciente a compreender sua situação atual e a aderir ao tratamento, promovendo um relacionamento interpessoal efetivo. Assim, a comunicação de notícias difíceis de forma eficaz, como uma estratégia

fundamental para respaldar a prática clínica do enfermeiro direcionada ao paciente sem possibilidades de cura representa um avanço entre as boas práticas do cuidar em enfermagem.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J.A.; LEITÃO, E.M.P. **A Comunicação de Más Notícias: Mentira Piedosa ou Sinceridade Cuidadosa.** Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.11, n.2, p.58-62,2012.

BAILE, W.F.; et al. **Spikes - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer.** Oncologist, v.5, n.4, p.302-11, 2000.

BRASIL. Coordenação Geral de Gestão Assistencial. Coordenação de Educação. **Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde.** Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2010.

CABEÇA, L.P.F.; SOUSA, F.G.M. **Comunicação de notícias difíceis em UTI Neonatal:** sentidos do presente, reflexos para o futuro. 1 ed. Florianópolis: Editora Papa-Livros, 2015. 200p.

MARTINEZ, E.A.; TOCANTINS, F.R.; SOUZA, S.R. **As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.34, n.1, p.37-44, 2013.

MARTINS, Y.C.; PESSONI, A. **A comunicação e a saúde na enfermagem: um estudo bibliométrico.** Revista Comunicação e Inovação em Saúde, v.9, n.1, p. 1-13, 2015.

MINAYO, M.C.S.; AFONSO, S.B.C. **Notícias difíceis e o posicionamento dos oncopediatras: revisão bibliográfica.** Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n. 9, p. 2747-2756, 2013.

OLIVEIRA, J.R. et al. **Percepção bioética sobre a dignidade no processo de morrer.** Revista Bioética, v.17, n. 1, p. 77-94, 2009.

PRIMO, W.Q.S.P; GARRAFA, V. **Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo. V.56, n.4, p.397-402, 2010.

REIS, N.B.C.; et al. **Adaptação cultural da ferramenta de avaliação da comunicação em saúde (HCAT) para a língua portuguesa, Brasil.** Revista Comunicação e Inovação em Saúde, v. 12. n. 4, p. 442-455, 2018.

ROCHA, L.; MELO, C.; COSTA, R.; ANDERS, J.C. **A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico.** Revista Mineira de Enfermagem, v.20, e981, 2016.

SAMPAIO, C.L.; et al. **Aprendizagem baseada em problemas no ensino da Tanatologia, no curso de graduação em Enfermagem.** Escola Anna Nery, v.22, n.3, p.1-7, 2018.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A. **A comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerências nas instituições de saúde.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.31, n. 2, p. 359-366, jun.2010.

SHLAFER, R.J. et al. **Better communication for better public health.** Revista Health Promotion Practice, v.12, n. 2, p. 53-62, 2016.

SOARES, E. et al. **Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado.** Revista de

Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 176-181, 2009.

SOMBRA NETO, L.L.; et al. **Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?**. Revista Brasileira de Educação Médica, v.41, n.2, p.260-268, 2017.

SOUSA, J. **A vida é um minuto o poder e a imagem**. Alfragide: Oficina do livro, 2009.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.A. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. In: _ _ . Introdução à comunicação terapêutica. 2 ed. São Paulo: Manole, 2012.p.65-77.

CORRELATOS DO USO DE ÁLCOOL E BUSCA DE SENSações EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Kairon Pereira de Araújo Sousa

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Psicologia
Parnaíba – Piauí

Emerson Diógenes de Medeiros

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Psicologia
Parnaíba - Piauí

Anne Caroline Gomes Moura

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Psicologia
Parnaíba - Piauí

Paulo Gregório Nascimento da Silva

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia
João Pessoa - Paraíba

Ricardo Neves Couto

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia
João Pessoa - Paraíba

RESUMO: Esta pesquisa objetivou verificar a relação entre o consumo de álcool e a busca de sensações em estudantes universitários do estado do Piauí. Participaram 210 estudantes, com idade média de 21,29 anos ($DP = 4,39$), a maioria do sexo feminino (53,3%), solteiros (90%), que responderam o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), o *Inventário de Busca de Sensação de Arnett* (AISS) e a

questões sociodemográficas. Realizou-se análises descritivas e correlação r de *Pearson*. Os resultados da análise de correlação indicaram a existência de relacionamento positivo e significativo entre o fator *consumo de álcool* (AUDIT) e os fatores novidade ($r = 0,14$; $p = 0,045$) e intensidade ($r = 0,18$; $p < 0,008$) do AISS, para a amostra total. Considerando a variável sexo, como agrupamento, a única relação positiva e estatisticamente significativa encontrada foi entre o fator dependência (AUDIT) e o fator novidade ($r = 0,25$, $p = 0,008$) do AISS, para o público feminino. Conclui-se que o traço busca de sensações representa um construto relevante na explicação de comportamentos de risco ao consumo de álcool.

PALAVRAS-CHAVE: Busca de sensações. Consumo de álcool. Correlatos.

CORRELATES OF THE USE OF ALCOHOL AND SEARCH FOR SENSATIONS IN UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT: This study aimed to verify the relationship between alcohol consumption and the search for sensations among university students in the state of Piauí. A total of 210 students, average age 21.29 years ($SD = 4.39$), the majority female (53.3%), single (90%), who responded to the Alcohol Use

Disorders Identification Test (AUDIT) the Arnett Sensation Search Inventory (AISS) and sociodemographic issues. Descriptive analyzes and Pearson's correlation were performed. The results of the correlation analysis indicated a positive and significant relationship between the alcohol consumption factor (AUDIT) and the novelty factors ($r = .14$, $p = .045$) and intensity ($r = .18$, $p < .008$) of the AISS, for the total sample. Considering the gender variable, as a grouping, the only positive and statistically significant relation was found between the dependency factor (AUDIT) and the novelty factor ($r = .25$, $p = .008$) of the AISS for the female public. It is concluded that the search for sensations represents a relevant construct in the explanation of risk behaviors for alcohol consumption.

KEYWORDS: Search for sensations. Alcohol consumption. Correlates.

1 | INTRODUÇÃO

O construto busca de sensações é um dos mais relevantes no âmbito da Psicologia da Personalidade, utilizado para compreender, prever e explicar vários comportamentos e interações sociais (GOUVEIA et al., 2010), recebendo significativa atenção por estar associado a comportamentos de risco (NEWCOMB; CLERKIN; MUSTANSKI, 2011).

O estudo da busca de sensações teve início com Zuckerman e colaboradores (1964), formulado para explicar diferenças individuais na privação. Contudo, rapidamente expandiu sua validade para explicar diversos traços psicológicos, como comportamento agressivo (ZUCKERMAN, 1989), condutas antissociais e delitivas (FORMIGA; AGUIAR; OMAR, 2008), envolvimento sexual de risco (NEWCOMB; CLERKIN; MUSTANSKI, 2011), jogos de azar (MORRIS; GRIFFITHS, 2013), uso de álcool (GONZÁLEZ-IGLESIAS et al., 2014), entre outros.

Zuckerman, (1994) definiu a busca de sensações como a procura de variedade, novidade, complexidade, intensa sensação e a disposição de assumir riscos físicos, sociais, legais ou financeiros.

O construto contribui para elucidar por que algumas pessoas são mais inclinadas a se engajarem em riscos, isto é, por que algumas delas se envolvem em riscos de forma irrefletida, sem se importar com as consequências, enquanto outras aceitam o risco, tentando reduzi-lo, durante o envolvimento com as atividades de risco (RUCH; ZUCKERMAN, 2001).

Com o intuito de mensurar o construto busca de sensações, Zuckerman, Eysenck e Eysenck (1978) desenvolveram a escala *Sensation-Seeking Scale V* (SSS-V), com quatro dimensões ou fatores relevantes na predição de fenômenos comportamentais (COSTA, 2014). Em seguida analisa-se cada um deles (a)s:

Busca por aventura e emoção – caracteriza a tendência a se envolver em esportes ou outras atividades arriscadas que promovam sensações diferenciadas e incomuns, como por exemplo, paraquedismo, mergulho ou alpinismo (HOR-MEYLL,

2004; SCHMIDT; MOLINA; RAIMUNDI, 2017).

Busca de experiências – procura de novas experiências e sensações, através da mente e dos sentidos, ou adotando um estilo de vida não convencional, rejeitando atividades sociais monótonas, com abertura para uma variedade de experiências. Por exemplo, participação de grupos não convencionais, consumo de drogas alucinatórias, comportamentos exibicionistas no modo de vestir, viagens frequentes, etc. (COSTA, 2014; FERREIRA, 2009; HOR-MEYLL, 2004).

Susceptibilidade ao tédio – aversão às situações caracterizadas como monótonas, rotineiras ou previsíveis. Indica inquietação face às coisas que se apresentam como inalteráveis (SCHMIDT; MOLINA; RAIMUNDI, 2017).

Desinibição social – vontade de escapar de modo de vida entediante, através de comportamentos desinibidos no meio social, expressando escolha por atividades que proporcionem a socialização, como: festas, consumo de álcool e outras substâncias. Refere-se também à busca de sensações por meio de outras pessoas, vida hedonista e a variedade sexual (COSTA, 2014; FERREIRA, 2009; HOR-MEYLL, 2004).

A concepção e a escala de busca de sensações de Zuckerman e colaboradores (ZUCKERMAN, 1979; ZUCKERMAN, EYSENCK; EYSENCK, 1978) passaram a ser empregadas em pesquisas que objetivaram investigar a relação entre o construto e comportamentos de risco, atestando ser medida confiável (PALÁCIOS DELGADO, 2015). Entretanto, Arnett (1994) identificou limitações nesse modelo psicobiológico, tanto na conceituação de busca de sensações quanto na medida (seleção de itens), propondo um paradigma alternativo (FORMIGA; AGUIAR; OMAR, 2008).

Acerca da conceituação de busca de sensações, Cuffa (2016) pontua que a principal distinção entre o paradigma apresentado por Zuckerman e o modelo exibido por Arnett, diz respeito à complexidade versus intensidade.

De acordo com Arnett (1994), a concepção de complexidade utilizada por Zuckerman et al. (1964) não se mostrou clara e adquadamente desenvolvida, expressando uma limitação conceitual. Assim, enquanto nesta concepção, a busca de sensações é definida pela necessidade de novidade e complexidade em relação à estimulação, Arnett (1994) propõe uma nova definição de busca de sensações caracterizada pela necessidade de novidade e intensidade de estimulação.

Outra distinção teórica entre os dois modelos, refere-se a maior ênfase ao papel da socialização na alteração de qualquer base biológica ou genética da busca de sensações (ARNETT, 1994). Enquanto no estudo de Zuckerman (1979), a propensão biológica é prevante para o desenvolvimento do traço de busca de sensações, com pouca menção à influência da socialização, Arnett (1994) concebe a busca de sensações como sendo influenciada por fatores biológicos em interação com o contexto social. Assim, a socialização é tão relevante quanto os aspectos genéticos, servindo para orientar, modelar e até suprimir a predisposição biológica.

Relativo à distinção entre os instrumentos de medidas de Zuckerman et al. (1964) e Arnett (1994) para o estudo do construto, foram identificadas diferenças

além do aspecto de construção dos itens (CUFFA, 2016). Arnett (1994) aponta como lacuna existente, na medida desenvolvida por Zuckerman et al. (1964), o fato dos itens, que medem o construto, se referirem as formas de manifestações dos traços, desconsiderando as características da experiência buscada pelo indivíduo. Dessa forma, propõe uma escala para avaliar os modos pelos quais o ambiente de socialização de uma pessoa influencia as formas de manifestação de tendência por busca de sensações.

Diferentemente da Escala de Busca de Sensações-V (SSS-V) construída por Zuckerman et al. (1964), representando uma medida de autorrelato composta por 40 itens, respondidos numa escala *Likert* de 3 pontos, o Inventário de Busca de Sensações de Arnett (AISS) apresenta-se como um instrumento de autorrelato com 20 itens, em formato *Likert* de quatro pontos, distribuídos, de forma igual, entre duas dimensões: novidade (que expressa a novidade das experiências na estimulação do sujeito) e (2) intensidade (que alude à intensidade das experiências (CUFFA, 2016). No presente estudo, optou-se pelo uso desta escala para mensurar a busca de sensações, por ser esta mais integrativa e parcimoniosa.

Considerando que a busca de sensações tem sido empregada em diferentes áreas de investigações, evidenciando sua capacidade de prever comportamentos de risco (PASA, 2013), no tópico seguinte discute-se a relação entre esse construto e uso de álcool.

1.1 Busca de sensações e consumo de álcool

Variados estudos destacam a existência de correlação entre o traço busca de sensações e o consumo de álcool (ADAMS et al., 2012; CARLSON; JOHNSON; JACOBS, 2010; CIRILO, 2015; ZUCKERMAN, 1994). O uso da substância a fim de se obter características desinibitórias é indicado como um dos fatores de atração inicial para indivíduos que buscam sensações. O desejo de utilizar novas drogas aparece ligado à busca de experiência, e o uso continuado é apontado como decorrente da percepção hedonista de prazer, desconsiderando os riscos característicos do consumo (FERREIRA, 2009).

Conforme Labrie et al. (2014), a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas pode ser reflexo da disposição por parte dos buscadores de sensações em se envolverem nessa experiência como forma de aumentar a excitação, procurando contextos sociais onde o consumo da droga é intenso.

Em um estudo envolvendo estudantes universitários franceses, os pesquisadores examinaram a associação entre o construto busca de sensações e o consumo de álcool. Os resultados evidenciaram a existência de correlação entre o traço desinibição e uso de álcool pelas mulheres, enquanto que o traço busca de experiência e desinibição se relacionaram significativamente com o consumo de álcool pelos homens (LEGRAND et al., 2007).

No Chile, uma pesquisa com jovens estudantes do curso de psicologia das

Universidades de Santiago de Compostela e Girona, também encontrou associação significativa entre o traço de busca de sensações o uso de álcool (GONZÁLEZ-IGLESIAS et al., 2014). Em outro estudo a busca de sensações foi preditiva do comportamento de ingestão de bebidas etílicas (LATORRE ROMAN et al., 2014).

No tocante ao uso dessa variável em estudos científicos, investigadores ressaltam que o construto tem sido utilizado para avaliar a tendência que os jovens têm de correrem riscos e a predisposição para experimentarem sensações de novidades e intensidades. Por demonstrarem maior intolerância ao tédio e estarem mais dispostos a vivenciar novas sensações, jovens são mais suscetíveis a comportamentos viciantes (Wilkinson et al., 2011). Esses dados são consistentes com estudo que apontou que indivíduos com pontuações altas em busca sensações são menos propensos a rejeitar ofertas da substância, apresentando maior prevalência de consumo (ZUCKERMAN, 1994).

O traço desinibição social, em uma pesquisa realizada com jovens mexicanos, mediou relação entre se engajar em outros comportamentos de risco e o uso de álcool, sugerindo que a desinibição social é um fator comum que está subjacente ao consumo de bebidas alcoólicas e a outros comportamentos de risco neste público (WILKINSON et al., 2011).

Uma pesquisa realizada com jovens tailandeses endossa essa evidência. Na referida investigação, a busca de sensações também apresentou correlação com a frequência de consumo de álcool, sendo que, dentre os traços do construto, a desinibição foi o preditor mais fortemente associado à frequência do uso de álcool, seguida pelo traço busca de experimentação e suscetibilidade ao tédio (SIVIROJ et al., 2012).

A partir desta breve análise da literatura, parece ficar nítido que o traço busca de sensações representa um construto relevante a ser considerado em estudos científicos que investigam comportamentos de risco ao consumo de aditivos, como o álcool. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a relação entre consumo do álcool e a busca de sensações em estudantes universitários do estado do Piauí.

2 | MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram 210 estudantes universitários, com idade média de 21,29 anos ($DP = 4,39$), variando de 18 a 54 anos, a maioria do sexo feminino (53,3%), solteiros (90%) e renda média de R\$ 2. 605,15 ($DP = 2148,43$). Tratou-se de uma amostra não-probabilística (por conveniência), fazendo parte universitários maiores de idade (≥ 18 anos), devidamente matriculados na IES participante da pesquisa, e que

aceitaram, de forma voluntária, colaborar com o estudo.

2.2 Instrumentos

Os participantes responderam a um livreto, contendo os seguintes instrumentos:

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar padrões de consumo de álcool (BABOR et al., 2001; NOORBAKHSI et al., 2018), tendo sido validado para o português brasileiro por Figlie et al. (1997). O AUDIT é composto por dez itens que variam de 0 a 4 permitindo, assim, margem de pontuação de 0 a 40. A partir da pontuação do participante, nessa escala de medida, é possível classificá-lo em quatro zonas (padrões) de consumo: *baixo risco* - 0 a 7 pontos; *uso de risco* - 8 a 15 pontos; *uso nocivo* - 16 a 19; e *dependência* - 20 a 40 pontos (SILVA; TUCCI, 2014).

Inventário de Busca de Sensação de Arnett (AISS, Arnett 1994) – Esta escala foi construída por Arnett (1994). Trata-se de um instrumento de medida composto por vinte itens distribuídos de forma igual em dois fatores: novidade e intensidade. Os itens são respondidos em escala do tipo *Likert* com quatro pontos (1 = não me descreve em nada; 2 = descreve-me em alguma medida; 3 = descreve-me bem e 4 = descreve-me totalmente). No Brasil, sua estrutura foi demonstrada por Omar, Aguiar e Formiga (2005).

Questionário sociodemográfico - composto por questões como idade, sexo, estado civil, renda e outras, objetivando caracterizar a amostra.

2.3 Procedimentos

Inicialmente, entrou-se em contato com a direção da IES, local da pesquisa, com o intuito de se obter autorização para a aplicação de questionários com os estudantes que aceitassem colaborar, voluntariamente. Após a autorização dos dirigentes, adicionado a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 2.400.755/2017), iniciou-se a coleta.

Os dados foram coletados em ambiente coletivo de sala de aula, com anuência dos professores, mediante agendamento prévio. Apesar da aplicação dos instrumentos ter ocorrido coletivamente, cada participante respondeu, de forma individual, aos questionários. Inicialmente eram apresentados os objetivos do estudo, apresentando esclarecimentos adicionais a respeito do anonimato, sigilo e confidencialidade dos dados. Enfatizou-se também que a participação no estudo era voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento sem quaisquer consequências. Os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido.

A aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada pelo pesquisador responsável e colaboradores devidamente treinados, que estiveram presentes durante

todo o processo de coleta, para instruir os participantes acerca do preenchimento dos instrumentos e dirimir as possíveis dúvidas. Foram necessários, em média, 10 minutos para a conclusão dos questionários.

Ressalta-se que foram respeitadas todas as recomendações éticas em relação à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução no. 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

2.4 Análise de dados

Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS, versão 21, a partir do qual foram realizados o cálculo das estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e análise de correlação *r* de *Pearson*.

3 | RESULTADOS

Inicialmente foram computados os fatores dos instrumentos AUDIT (BABOR et al., 2001) e AISS (ARNETT, 1994), para então relacioná-los. Portanto, lançou-se mão de análises de correlação de *Person*, e foram encontrados os seguintes resultados apresentados na Tabela 1.

Fatores	1	2	3	4	5
1. Consumo de álcool	1				
2. Dependência do consumo	0,60**	1			
3. Consequências do consumo	0,61**	0,60**	1		
4. Novidade	0,14*	0,10	0,12	1	
5. Intensidade	0,18**	0,11	0,05	0,52**	1

Tabela 1 - Correlatos entre o AUDIT e o AISS para a amostra total

Nota:* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (teste bicaudal)

Avaliando a amostra geral, os resultados indicaram a existência de correlação positiva e significativa apenas entre o fator consumo de álcool (AUDIT) e os fatores novidade ($r = 0,14$; $p = 0,045$) e intensidade ($r = 0,18$; $p < 0,008$) do AISS.

No tocante às correlações para homens e mulheres, um dado relevante tendo em vista que na literatura tem sido documentadas diferenças nos níveis de busca de sensações entre os sexos (ARNETT, 1994; HOR-MEYLL, 2004; SCHMIDT et al., 2017), não foram identificadas relações significativas para a amostra masculina, conforme se pode constatar na tabela 2.

Fatores	1	2	3	4	5
1. Consumo de álcool	1				
2. Dependência do consumo	0,57**	1			
3. Consequências do consumo	0,65**	0,57**	1		
4. Novidade	0,13	- 0,03	0,08	1	
5. Intensidade	0,19	0,12	0,09	0,51**	1

Tabela 2 - Correlatos entre o AUDIT e o AISS para o sexo masculino

Nota:*p < 0,05, ** p < 0,01 (teste bicaudal)

Quando são utilizados os dados somente das mulheres, a única relação positiva e estatisticamente significativa encontrada é entre o fator dependência (AUDIT) e o fator novidade ($r = 0,25$, $p = 0,008$). Sumarizados, os resultados podem ser observados na Tabela 3, a seguir.

Fatores	1	2	3	4	5
1. Consumo de álcool	1				
2. Dependência do consumo	0,62**	1			
3. Consequências do consumo	0,56**	0,63**	1		
4. Novidade	0,11	0,25**	0,15	1	
5. Intensidade	0,10	0,05	- 0,03	0,51**	1

Tabela 3 - Correlatos entre o AUDIT e o AISS para o sexo feminino

Nota:*p < 0,05, ** p < 0,01 (teste bicaudal)

Expostas as relações entre o consumo de álcool e a busca de sensações, o tópico a seguir será destinado à discussão em conformidade com a literatura.

4 | DISCUSSÃO

A partir dos resultados dos coeficientes de correção de *Person*, verificou-se correlação positiva entre o construto busca de sensações e o consumo de álcool. Tal resultado está alinhado com pesquisas prévias que indicaram que indivíduos com altas pontuações em busca de sensações apresentam maior predisposição à prática de ingestão abusiva de álcool, uma vez que buscam, com maior frequência experiências novas e intensas (GONZÁLEZ-IGLESIAS et al., 2014; LABRIE et al., 2014; LEGRAND et al., 2007).

Este construto, enquanto traço da personalidade, vem sendo utilizado nos estudos atuais para o entendimento de comportamentos de risco. Concretamente, é um dos mais fortes correlatos do consumo de álcool, relacionando-se com atitudes, interesses, comportamentos ou hábitos em relação ao uso dessa substância (SCHMID et al., 2017).

No tocante a este aspecto, um estudo com 218 estudantes universitários

brasileiros mostrou que a variável busca de sensações foi determinante para o potencial uso de álcool e outras drogas (FORMIGA et al., 2006). De forma semelhante, pesquisa conduzida com jovens italianos apontou que o engajamento em comportamentos de risco à saúde foram maiores entre aqueles com altos escores em busca de sensações (SMORTI, 2014).

Tendo em conta a amostra total, observou-se um relacionamento positivo e significativo somente entre a dimensão consumo de álcool e os dois fatores da AISS (novidade e intensidade). Quando avaliada tal relação, separadamente por sexo dos participantes, percebeu-se uma diferença relevante. Para os homens, não houveram correlações significativas entre as dimensões do AISS e as do AUDIT. Enquanto que entre as mulheres, verificou-se relacionamento positivo e significativo entre os fatores dependência (AUDIT) e novidade (AISS).

Tais resultados não apresentam concordância com os obtidos em estudos prévios (GONZÁLEZ-IGLESIAS et al., 2014; ZUCKERMAN, 1994), nos quais os homens possuem maior busca de sensações em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, quando comparados às mulheres.

Numa pesquisa realizada com 504 jovens, os resultados relevaram os homens como maiores buscadores de sensações em comparação às mulheres, sendo esse fato explicado pelas formas de socialização e experiências vivenciadas em cada um dos gêneros (FORMIGA, 2011). Corroborando essas evidências, Cross, Cyrenne e Brown (2013), também mencionam uma predisposição maior entre os homens no que tange a busca de sensações, justificando essa diferença, como decorrentes de mecanismos psicológicos, biológicos, culturais e sociais transmitidos entre gerações.

Tendo isso em conta, pode-se cogitar que, nesse estudo, a ausência de relacionamento positivo e significativo entre o construto busca de sensações e o consumo de álcool, para o público masculino, deva-se em função da amostra ser constituída, em sua maioria, por mulheres (53,3%).

Contudo, a correlação positiva e significativa entre o construto busca de sensações e o consumo de álcool, em concordância com outros estudos (CIRILO, 2015; CARLSON; JOHNSON; JACOBS, 2010), evidência que esse traço da personalidade é subjacente ao uso de bebidas etílicas, sendo plausível inferir que indivíduos que primam por estar em busca de sensações apresentam maior consumo de álcool (Zuckerman, 1994).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou verificar a relação entre os construtos busca de sensações e consumo de álcool em uma amostra de universitários. A partir dos resultados obtidos, foi possível observar uma relação positiva entre as duas variáveis, o que indica que o traço da personalidade busca de sensações é relevante para

compreensão desse problema de saúde pública.

Espera-se que os resultados, aqui encontrados, sirvam para subsidiar ações de prevenção e promoção em saúde, direcionados a esse grupo específico, além de contribuir com a literatura sobre o tema, por meio do fornecimento de dados empíricos e teóricos.

Entretanto, como todo empreendimento na ciência, esta pesquisa apresenta limitações, de modo que os resultados e conclusões devem ser observados com ressalvas.

Primeiramente, pode-se destacar o viés amostral, uma vez que foram selecionados, por conveniência, exclusivamente estudantes de uma Instituição Ensino Superior Pública, o que inviabiliza a possibilidade de generalização dos resultados. Também, pode-se apontar o instrumento que, sendo de autorrelato, permite que o participante falseie a resposta, em função da desejabilidade social.

Por fim, o delineamento empregado também pode ser identificado como uma limitação. Por se tratar de uma pesquisa correlacional, não se pode estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis.

Deste modo, para a realização de novos estudos, recomenda-se contar com amostras mais diversificadas desta população, objetivando torná-la heterogênea e representativa. Ademais, seria importante o controle da desejabilidade, empregando uma medida de desejabilidade social ou ainda o desenvolvimento de uma medida implícita, reduzindo o viés de falseamento das respostas ao instrumento.

REFERÊNCIAS

ADAMS, Z. W. et al. **Drinking motives as mediators of the impulsivity–substance use relation: Pathways for negative urgency, lack of premeditation, and sensation seeking.** *Addictive Behaviors*, v.37, n.7, p.848-855, mar. 2012.

ARNETT, J. **Sensation seeking: A new conceptualization and a new scale.** *Personality and Individual Differences*, v.16, n.2, p. 289–296, 1994.

BABOR, T.F. et al. **The alcohol use disorders identification test.** *World Health Organization*: Geneva, 2001.

CARLSON, S. R.; JOHNSON, S. C.; JACOBS, P. C. **Disinhibited characteristics and binge drinking among university student drinkers.** *Addictive Behaviors*, v.35, n.3, p.242–251, mar. 2010.

CIRILO, F.M. F. **Vinculação, personalidade e procura de sensações em sujeitos aditos.** 2015, p.89. Dissertação (Mestrado em Psicologia). EPCV, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015.

COSTA, S.V.P. **Delinquência juvenil: estudo das diferenças em busca de sensações e impulsividade entre jovens delinquentes e jovens não delinquentes.** 2014. 55p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2014.

CROSS, C. P.; CYRENNE, D. L. M.; BROWN, G. R. **Sex differences in sensation-seeking: A meta-**

analysis. Scientific Reports, v.3, p.1–5, ago. 2013.

CUFFA, M. **Construção e evidências de validade de uma escala de personalidade para o contexto do trânsito.** 2016, 130p. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

FERREIRA, J. F.K.S. **Busca de sensações e dependência alcoólica um estudo com doentes alcoólicos.** 2009. 115p. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2009.

FIGLIE, N. B. et al. **Does Audit identify a specific for liaison-psychiatric intervention for alcohol dependent patients in a general hospital?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.46, p.589–593, 1997.

FORMIGA, N. S. **Busca de sensação e gênero.** Psicologia.com.pt, 2011. . Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0580.pdf>. Acesso em:07/06/2019

FORMIGA, N. S. et al. **Traços de personalidade e dimensões disposicionais a drogadição:a influencia da busca de sensação, a intensidade e novidade no uso potencial de drogas em jovens.** Psicologia.com.pt, 2006. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0289.pdf>> Acesso em:07/06/2019

FORMIGA, N. S.; AGUIAR, M.; OMAR, A. **Busca de sensação e condutas anti-sociais e delitivas em jovens.** Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 28, n.4, p.668-681, 2008.

GONZÁLEZ-IGLESIAS, B. et al. **Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios.** Anales de Psicología, Múrcia, v.30, n.3, p. 1061-1068, out. 2014.

GOUVEIA, V. V. et al. **Inventário de Arnett de Busca de Sensações (AISS): testando diferentes modelos fatoriais.** Psico-USF, Itatiba, v.15, n.2, p.181-191, mai-ago. 2010.

HOR-MEYLL, L. F. **Quando risco e sensações encontram-se na teia: uma investigação empírica da relação entre busca de sensações e o risco percebido em compras na web.** 2004. Tese (Doutorado em Administração). COPPEAD, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

LABRIE, J. W. et al. **Impulsivity and alcohol-related risk among college students: Examining urgency, sensation seeking and the moderating influence of beliefs about alcohol's role in the college experience.** Addictive Behaviors, v.39, n.1, p.159–164, jan. 2014.

LATORRE ROMAN, P. Á.; CAMARA PEREZ, J. C.; GARCIA PINILLOS, F. **Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de Educación Secundaria.** Salud Mental, México, v.37, n.2, p.145-152, mar-abr. 2014.

LEGRAND, F. D. et al. **Association between sensation seeking and alcohol consumption in French college students: Some ecological data collected in “open bar” parties.** Personality and Individual Differences, v.43, n.7, p.1950–1959, nov. 2007.

MORRIS, R.; GRIFFITHS, M. D. **The relationship between gambling affinity, impulsivity, sensation seeking, superstition, and irrational beliefs: An empirical study among committed gamblers.** Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Barcelona, v.31, n. 2, p. 109–121, 2013.

NEWCOMB, M. A.; CLERKIN, E. M.; MUSTANSKI, B. **Sensation seeking moderates the effects of alcohol and substance use on sexual risk in young men who have sex with men.** AIDS and Behavior, v.15, n.3, p.565–575, abr. 2011.

- NOORBAKHS, S. et al. **Psychometric properties of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and prevalence of alcohol use among Iranian psychiatric outpatients.** Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, v.13, n.1, p.1-8, fev. 2018.
- OMAR, A.; SOUZA, M. A.; FORMIGA, N. S. **Generalização transcultural de um modelo de busca de sensações: um estudo Argentina-Brasil.** In: Anais XXXV reunião anual de psicologia. Curitiba, PR, Brasil, 2005.
- PALACIOS DELGADO, J. R. **Propiedades psicométricas del inventario de búsqueda de sensaciones para adolescentes en México (IBS-Mx).** International Journal of Psychological Research, Medellín, v.8, n.1, p. 46-60, jan. 2015.
- PASA, G. G. **Impulsividade, busca de sensações e comportamento de risco no trânsito: um estudo comparativo entre condutores infratores e não infratores.** 2013, 139p. Dissertação (mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria). Faculdade de Medicina-PPGCM, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2013.
- RUCH, W.; ZUCKERMAN, M. Sensation seeking in adolescence. In: Raithel, J. **Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention.** Opladen: Leske + Budrich, 2001. Cap. 5, p. 97–110.
- SCHMIDT, V.; MOLINA, M. F.; RAIMUNDI, M. J. **The Sensation Seeking Scale (SSS-V) and its use in Latin American adolescents: Alcohol consumption pattern as an external criterion for its validation.** Europe's Journal of Psychology, Geneva, v.13, n.4, p.776–793, nov. 2017.
- SILVA, É.C.; TUCCI, A.M. **Estudo transversal sobre o uso de risco de álcool em uma amostra de estudantes de uma universidade federal brasileira.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v.63, n.4, p.317-325, out-dez, 2014.
- SIVIROJ, P. et al. **Drinking Motives, Sensation Seeking, and Alcohol Use Among Thai High School Students.** Social Behavior and Personality: An International Journal, Palmerston North, v.40, n.8, p.1255–1262, set. 2012.
- SMORTI, M. **Sensation seeking and self-efficacy effect on adolescents risky driving and substance abuse.** Procedia: Social and Behavioral Sciences, v.140, n.22, p.638-642, ago. 2014.
- WILKINSON, A. V. **Sensation Seeking, Risk Behaviors, and Alcohol Consumption Among Mexican Origin Youth.** Journal of Adolescent Health, v.48, n.1, p.65–72, jan. 2011.
- ZUCKERMAN, M. **Behavioral expressions and biosocial bases of personality.** Nova Iorque: Cambridge University Press, 1994.
- ZUCKERMAN, M. **Personality in the third dimension: A psychobiological approach.** Personality and Individual Differences, v.10, n.4, p. 391-418. 1989.
- ZUCKERMAN, M. **Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal.** New York : L. Erlbaum Associates, 1979. 449p.
- ZUCKERMAN, M.; EYSENCK, S. B.; EYSENCK, H. J. **Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, v. 46, n.1, p. 139–149, mar. 1978.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER: REVISÃO DE LITERATURA

Leia Simone Agostinho de Sousa

Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI.

Discente de Pós-Graduação em Saúde da Família, Saúde Pública e Docência do Ensino Superior – IESM, Teresina-PI.

Évelyn Oliveira da Costa Leal

Enfermeira pelo Centro Universitário da Faculdade de Saúde, Ciência Humanas e Tecnológicas do Piauí -UNINOVAFAPI, Teresina – PI.

Bianca Ribeiro da Mata

Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI. Discente de Pós-Graduação em Auditoria em Enfermagem pela Mundial Educação, São Paulo - SP.

Laiana Dias Prudêncio

Enfermeira. Discente de Pós-Graduação em Urgência e Emergência – IESM, Teresina-PI.

Verônica Shirley Torres Leite

Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI. Discente da Pós-Graduação em Urgência e Emergência – Faculdade Seven, Teresina-PI. Assuscena Costa Nôleto. Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI, Teresina-PI.

Eysland Lana Felix de Albuquerque

Enfermeira pela Faculdade do Piauí. Discente de Pós-Graduação em Urgência e Emergência – IESM, Teresina-PI.

Juliana Pereira de Sousa

Enfermeira. Discente de Pós-Graduação em Saúde Pública - Facid Widen, Teresina-PI.

Fabiana Herica Castro Piedade

Enfermeira. Discente de Pós-Graduação em

Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior – Unidiferencial, Teresina-PI.

Keciane Barbosa Soares

Enfermeira pela Faculdade do Piauí – FAPI, Teresina-PI.

Artelane Nascimento da Cruz. Enfermeira pela Associação de Ensino Superior do Piauí – AESPI, Teresina-PI.

Marina Ribeiro da Fonseca

Enfermeira pela Uninassau, Teresina – PI.

RESUMO: INTRODUÇÃO: Também conhecida por “esclerose” e “caduquice”, a doença ou mal de Alzheimer é uma enfermidade incurável, de caráter neurodegenerativo, agravando-se ao longo do tempo, contudo há tratamento. A maioria de seus pacientes são pessoas idosas. A doença tem início com demência (principal causa) ou perda das funções cognitivas (memória, orientação, atenção e linguagem), devido à morte das células cerebrais, o que faz reduzir a capacidade de realizar trabalho, ter relações sociais, interferindo no comportamento e na personalidade. A doença afeta 1% dos idosos entre os 65 e 70 anos, mas a prevalência aumenta exponencialmente com a idade, sendo de 6% aos 70 anos, 30% aos 80 anos e mais de 60% depois dos 90 anos. **OBJETIVOS:** Realizar um levantamento dos estudos referentes aos cuidados de enfermagem ao idoso com

doença de Alzheimer. **MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão de literatura elaborada no mês de maio de 2018. A busca foi realizada utilizando os descritores: cuidados, enfermagem, demência e Alzheimer, usados isolados e em combinação com operador booleano *and*. Os dados foram coletados nas bases de dados SCIELO e BDEF. Foram incluídos artigos nacionais e internacionais que abordassem a temática, publicados no período de 2010 a 2018, e excluídos as dissertações, teses, artigos repetidos e anteriores ao ano de 2010. **RESULTADOS:** Foram encontrados 25 artigos, entretanto, após aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se apenas 8 artigos, sendo 4 artigos de 2011, 1 artigo de 2013, e 3 artigos de 2016. Observou-se que o enfermeiro tem o papel fundamental na orientação e cuidados de enfermagem ao paciente e sua família, desde o diagnóstico ao estágio mais grave. Orientando a adaptação dos cuidados a progressiva dependência do idoso; a instrumentalização do familiar para o cuidado; e estimulando o autocuidado e a preservação da autoestima no binômio idoso-família. Portanto se impõe a necessidade de cuidados de enfermagem sistematizados, dando prioridade a aqueles relacionados às atividades de vida diária e à prevenção de incapacidades e complicações, juntamente com a educação dos familiares. Logo, é importante possuir conhecimentos, habilidades, técnicas e humanização para o manejo dos casos. **CONCLUSÃO:** Portanto, planejar, executar, monitorar e avaliar planos de cuidados com idosos demenciados requer criatividade e paciência. A enfermagem deve encorajar a família a envolver-se ao máximo, entender e segui-lo com dedicação. Desta forma, falhas são melhor identificadas, promovendo a revisão e modificação constante do plano de cuidados, uma vez que com a evolução da doença a dependência torna-se cada vez maior e as demandas mudam. São vários os tipos e as causas da demência, por isso é importante o diagnóstico precoce para escolher o melhor tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados, Enfermagem, Demência, Alzheimer

NURSING CARE FOR THE ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE:

LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: INTRODUCTION: Also known as “sclerosis” and “aging”, the disease or Alzheimer’s disease is an incurable disease, neurodegenerative, worsening over time, but there is treatment. Most of his patients are elderly people. The disease begins with dementia (major cause) or loss of cognitive functions (memory, orientation, attention and language), due to the death of brain cells, which reduces the ability to perform work, have social relations, interfere with behavior and in personality. The disease affects 1% of the elderly between 65 and 70 years, but the prevalence increases exponentially with age, being 6% at 70 years, 30% at 80 years and more than 60% after 90 years. **OBJECTIVES:** To perform a survey of nursing care studies for the elderly with Alzheimer’s disease. **METHODS:** This is a literature review prepared in May, 2018. The search was performed using the descriptors: nursing, nursing, dementia and Alzheimer’s, used alone and in combination with Boolean *and*. The data were

collected in the databases SCIELO and BDEF. National and international articles dealing with the topic, published between 2010 and 2018, were included, excluding dissertations, theses, articles repeated and prior to the year 2010. **RESULTS:** Twenty-five articles were found, however, after applying the inclusion and exclusion criteria, only 8 articles were selected, being 4 articles from 2011, 1 articles from 2013, and 3 articles from 2016. It was observed that the nurse has the fundamental role in the orientation and nursing care to the patient and his / her family, from the diagnosis to the most severe stage. Orienting the adaptation of care to the progressive dependence of the elderly; the instrumentalization of the relative for the care; and stimulating self-care and preservation of self-esteem in the elderly-family binomial. Therefore, the need for systematized nursing care is given, giving priority to those related to activities of daily living and the prevention of disabilities and complications, along with the education of family members. Therefore, it is important to have knowledge, skills, techniques and humanization to handle cases. **CONCLUSION:** Therefore, planning, executing, monitoring, and evaluating care plans for elderly people with dementia requires creativity and patience. Nursing should encourage the family to be fully involved, to understand and to follow it with dedication. In this way, failures are better identified, promoting the revision and constant modification of the care plan, since with the evolution of the disease the dependence becomes more and more and the demands change. There are several types and causes of dementia, so early diagnosis is important to choose the best treatment.

KEYWORDS: Nursing, Nursing, Dementia, Alzheimer's

1 | INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer é caracterizada como um processo degenerativo que acomete múltiplas funções corticais, incluindo memória, pensamento, compreensão e linguagem, sendo que a deficiência das habilidades cognitivas são geralmente acompanhadas pela perda de controle emocional, do comportamento social e da motivação (OPAS, 2013). Sua neuropatologia envolve placas neuríticas e novos neurofibrilares, caracterizados por alterações extracelulares com acumulação da proteína beta-amiloide, e seus sintomas iniciais incluem perturbações da memória, apatia e depressão (FREITAS, 2015).

Esta patologia afeta a vida não apenas do idoso portador como também a de seus familiares. Quando se instala no seio familiar, compromete seu relacionamento afetivo causando desgastes físicos e emocionais, gerando problemas que podem ser assistidos pela equipe de saúde e, em especial, pela equipe de enfermagem (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A equipe de saúde, conhecendo de uma forma mais ampla a vida dos cuidadores familiares dos idosos com doença de alzheimer em relação ao cuidado, pode alcançar um padrão de assistência capaz de minimizar problemas de saúde adquiridos da realidade vivenciada por esse grupo social. A enfermagem pode

contribuir concretamente para o bem-estar psíquico e físico não só do idoso, mas também das famílias dos pacientes (FIGUEIREDO; TONINI, 2010).

A equipe de enfermagem precisa preparar-se para mudanças que irão ocorrer nas diferentes fases da doença do idoso com Alzheimer e no âmbito da família que necessita de orientações esclarecedoras, além de suporte para cuidar do idoso. A equipe deve informar aos familiares sobre a patologia, as fases da demência e seus tratamentos, bem como aos cuidadores, esclarecendo-os quanto à importância da assistência humanizada (FARFAN *et al.*, 2017).

Este estudo é de grande relevância devido ao crescente número de idosos portadores de Alzheimer e a necessidade de profissionais capacitados para prestar a assistência adequada diminuindo os impactos causados com a evolução da doença, tanto para o paciente quanto para a família e o cuidador. Com isso, esta pesquisa objetiva realizar um levantamento dos estudos referentes aos cuidados de enfermagem ao idoso com doença de Alzheimer.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre os cuidados de enfermagem ao idoso com doença de Alzheimer. Optou-se por revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados mediante evidências científicas, visando a compreensão de determinado tema, a partir de outros estudos independentes (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Durante a construção desta revisão integrativa percorreu-se as seguintes etapas: 1) Definição do tema e elaboração da pergunta norteadora, 2) Amostragem ou busca na literatura, 3) Coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, 5) Discussão e interpretação dos resultados, 6) apresentação da revisão. A questão norteadora para a elaboração da revisão integrativa foi: Quais os cuidados de enfermagem prestados ao idoso com doença de Alzheimer?

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados: Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), referente as produções científicas relacionadas cuidados de enfermagem aos idosos com Alzheimer, no período de publicação de 2010 a 2018.

Foram utilizados os seguintes Descritores encontrados mediante consulta realizada em Ciência da Saúde (DECS): Cuidados, Enfermagem, Demência, Alzheimer, foram usados combinados com o operador booleano *and*.

Seguiu-se a busca dos quatro descritores combinados nas bases de dados com o operador Booleano *and*.

A princípio, para a realização da pesquisa foram utilizados os descritores sem a utilização dos filtros, obtendo-se 58 artigos. Como critérios de inclusão e a fim

de refinar a amostra determinou-se: trabalhos disponíveis na íntegra, em formato de artigo científico, com acesso gratuito, no idioma português/inglês, indexados nas referidas bases de dados citadas, publicados no período de 2010-2018 e que retratassem a temática em estudo, restando 25 publicações com possibilidade de análise. Foram analisados os resumos e elegidos para leitura do artigo na íntegra aqueles que estavam relacionados com a temática em estudo. Em suma, foram lidos todos os 25 artigos, títulos e resumos dos artigos, sendo necessário refinar a amostra, e excluiu-se 4 publicações de artigos que se encontraram repetidos entre os demais, 7 publicação que não retratava a temática e excluídos mais 6 artigos de revisão integrativa, restando no total 8 artigos que foram selecionados por responderem à questão condutora do estudo e se encaixavam nos critérios de inclusão da revisão integrativa. Abaixo, um fluxograma sintetiza a busca dos 8 artigos que compuseram a amostra final da revisão (Figura 1).

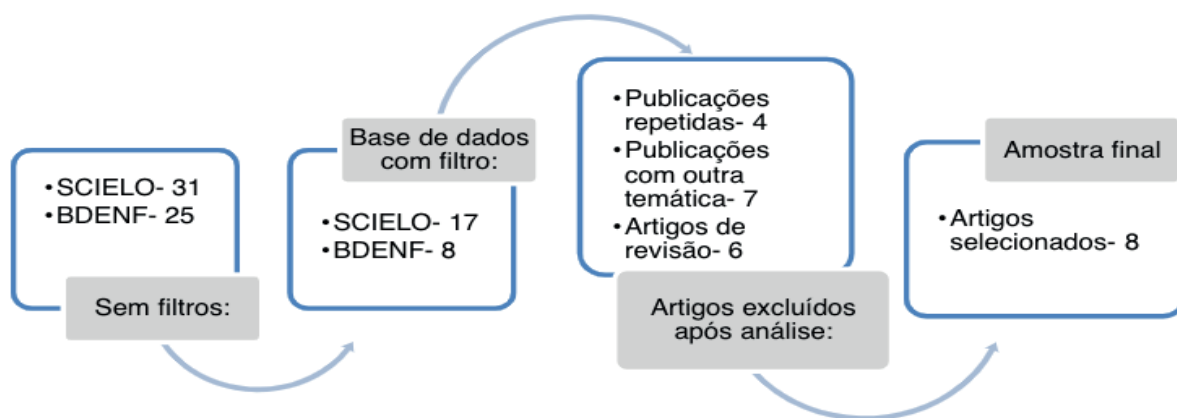


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos, segundo as bases de dados.

Mediante resultados encontrados após a busca dos estudos na íntegra, foi realizada a análise dos dados em três etapas. Primeiro foi utilizado um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A), que permitiu a investigação e a identificação de dados como: base de dados indexada; ano de publicação; nome do periódico; título; nome dos autores; metodologia; objetivo de estudo e conclusões. Na segunda etapa, realizou-se uma análise interpretativa e síntese dos artigos de modo a captar a essência do tema e a real ideia dos autores de forma a atingir o objetivo previsto. Em uma última etapa foram apresentados os resultados através de uma análise dos artigos incluídos, com a descrição das etapas percorridas.

3 | RESULTADOS

Após análise criteriosa, contemplando os critérios de inclusão delineados, chegou-se a 8 artigos, dos quais como expõem a tabela 1, verificou-se que os

maiores números de publicações ocorreram nos anos de 2011 com 4 artigos (50%) ao ano, obtendo-se esse resultado após a aplicação dos critérios de inclusão. A base de dados mais utilizada para publicação foi a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) onde se tiveram 5 (62,5%) artigos, o método qualitativo obteve o maior predomínio 5 (62,5%) dentre as tipologias, descritivo com 2 (25%) , o quantitativo com 1 (12,5%). Observou-se que as pesquisas com mais de 3 autores tiveram a maior prevalência com 5 artigos (62,5%).

Ano de Publicação	Nº	%
2010	0	0
2011	4	50
2012	0	0
2013	1	12,5
2014	0	0
2015	0	0
2016	3	37,5
2017	0	0
2018	0	0
Base de Dados		
BDENF	3	37,5
SCIELO	5	62,5
Método abordado		
Quantitativo	1	12,5
Qualitativo	5	62,5
Descritivo	2	25
Estudo Transversal	0	12
Nº de Autores		
1	1	12,5
2	1	12,5
3	1	12,5
Mais de 3	5	62

Tabela 1 - Distribuição dos estudos segundo ano de publicação, base de dados, método abordado fins da pesquisa e número de autores.

Fonte: Base de Dados

Quanto aos principais aspectos metodológicos das pesquisas analisadas, observou-se através da tabela 2 os que tiveram maior prevalência, a entrevista foi o instrumento mais utilizado para coleta de dados com 4 (50%), a análise de

documentos com 2 (25%) e outros com 2 (25%), os sujeitos da pesquisa que tiveram maior prevalência como escolha foram cuidadores e enfermeiros (homens/mulheres) com 5 (62,5%) e pacientes com Alzheimer com 3 (37,5%), Visita domiciliar foi o local com maior escolha com 5 artigos (62,5%), hospitais com 2 (25%), outros locais com 1 (12,5%) das publicações.

Instrumento de Coleta de Dados	Nº	%
Análise Documentos	2	25
Entrevista	4	50
Outros	2	25
Sujeitos da Pesquisa		
Cuidadores e enfermeiros (Homens/ Mulheres)	5	62,5
Pacientes com Alzheimer	3	37,5
Local da Pesquisa		
Visita domiciliar	5	62,5
Hospital	2	25
Outros Locais	1	12,5

Tabela 2 - Apresentação dos aspectos metodológicos subdividindo em instrumento de coleta de dados, sujeitos da pesquisa e local da pesquisa.

Fonte: Base de Dados

Foram representados no quadro 1o título do artigo, autores e ano, periódico, objetivos e conclusão. Pode-se observar que quase todos os artigos selecionados abordam e tem relação com o tema cuidados de enfermagem ao idoso com doença de Alzheimer. Os artigos encontrados no banco de dados da BDNF e SCIELO serão utilizados para constituir a amostra do estudo, analisados e discutidos da melhor forma com intuito de responder ao objetivo e questão norteadora proposta nesta revisão.

TÍTULO	AUTOR/ANO	PERIÓDICO	OBJETIVOS	CONCLUSÃO
Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação	MATTOS <i>et al.</i> 2011.	Rev. UFRGS	O objetivo geral deste trabalho foi aplicar o processo de enfermagem nos idosos com Alzheimer participantes do projeto da UNICRUZ	Foi possível aplicar o processo de enfermagem nos idosos e com isso obter um maior conhecimento do estado de saúde deles, descrever os diagnósticos de enfermagem e levantar pontos de intervenção através da prescrição de enfermagem para promover cuidados como o estímulo à participação em grupos e encaminhamento ao odontólogo que poderão auxiliar no tratamento dos indivíduos e prevenir complicações, oferecendo-os assistência e orientações de enfermagem e transdisciplinar.

O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares.	MENDES; SANTOS, 2016	Artigos Saúde Soc.	Observar e identificar as representações dos cuidadores familiares sobre o cuidado e analisar como influenciam em suas práticas de cuidado.	Foram encontradas representações sobre o cuidado, sendo ao menos duas delas representações negativas, associando o cuidado às ideias de prisão e desarmonia de identidades sociais.
Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado	ILHA <i>et al.</i> , 2016.	Esc. Anna Nery	Conhecer as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e desenvolver estratégias que venham de encontro às dificuldades vivenciadas no processo de cuidado às pessoas idosas.	Os familiares cuidadores vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social que podem, no entanto, ser minimizadas por meio da construção e socialização de estratégias coletivas e participativas de cuidado em saúde.
Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?	POLTRONIERE; CECHETTO; SOUSA 2011.	Rev. Gaúch. Enfer.	Desvelar o conhecimento de enfermeiros de unidades de internação clínica acerca da Doença de Alzheimer (DA) e da demanda de cuidados de pacientes e familiares.	Observou-se que os enfermeiros possuem um conhecimento limitado sobre a DA, focando as ações de cuidado na alteração clínica que motivou a internação hospitalar. Reconhecem sinais e sintomas, mas se mostram como figuras coadjuvantes na assistência, quando deveriam posicionar-se de forma mais autônoma frente ao cuidado e à atenção à família.
Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores	DAPHNEL, <i>et al.</i> 2012.	Rev. Gaúch. Enfer.	Identificar a qualidade de vida (QV) do cuidador e a do idoso com Doença de Alzheimer	QV do cuidador reflete diretamente no cuidado prestado e, portanto, também deve ser considerada no planejamento e implementação da assistência ao idoso com DA.
Cuidados de enfermagem ao idoso com demência em nível ambulatorial: um plano de ação.	SOUSA, 2016.	Rev. Enfer. UERJ	O cuidado aos idosos com Demência de Alzheimer (DA) em nível ambulatorial.	Os enfermeiros pesquisadores perceberam que o cuidado supera a atuação diária, que o cuidado é como algo que transcende o ser, e que, por meio do amor, da compaixão, do afeto, da presença e da espiritualidade, conseguimos também prestar um cuidado humano e integral valorizando o indivíduo como um todo e a sacralidade do ser.

Conhecimento de estudantes de enfermagem com educação técnico profissionalizante sobre a doença de Alzheimer.	OLIVEIRA et al., 2013.	Rev. Enfer. UFPE	Avaliar o conhecimento de graduandos de Enfermagem, com formação técnico-profissionalizante em enfermagem, sobre a doença de Alzheimer.	Os pesquisados apresentaram desempenho insatisfatório, já que somente 2 (4,4%) definiram de forma correta a doença e 5 (11,1%) especificaram a assistência necessária ao portador de Alzheimer.
Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de Alzheimer.	SALES et al., 2011	Rev. Enferm. Centro Oeste Minei.	Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem e analisar os fatores que interferem em um cuidado adequado para com o idoso	Foram identificados a partir das falas dos profissionais como fatores que interferem no cuidado ao idoso o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que o cuidado proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do cuidador.

Quadro 1- Representação dos estudos segundo título do artigo, autores e ano, periódico, tipo de pesquisa, objetivos e conclusão (Quadro 1).

4 | DISCUSSÃO

Sales *et al.*, (2011) em seu estudo destaca sobre a importância da criação de um vínculo com o idoso e suas famílias, fazendo com que se sintam seguros em relação ao cuidado a ser prestado. Ressalta a importância do respeito às preferências e rotinas familiares do idoso, através do questionamento sobre tais preferências, logo no processo de admissão.

É fundamental estimular a atividade física e diária, estimular o sono noturno, a participação social através do incentivo e participação nos eventos da comunidade, assim como estimular a formação e participação em grupos de apoio ao paciente com Alzheimer e ao cuidador; orientar a adaptação do ambiente para evitar acidentes, estimular ingestão hídrica de, no mínimo, 2 (dois) litros de água por dia, bem como encaminhar ao acompanhamento psicológico, ao fisioterapeuta e ao dentista (MATTOS *et al.*, 2011).

O cuidador deve ter paciência e disponibilidade para o cuidado, deve não se irritar com as atitudes repetitivas e a falta de lógica do idoso, deve ajudá-lo diariamente a se banhar, se vestir, se alimentar. Deve convencê-lo de que o banho do dia ainda não foi tomado, de que ele já comeu, que ele precisa fazer exercício e atividades para preservar a capacidade funcional, deve ser compreensivo com a agressividade e com a perda de memória do idoso, buscar ser empático aos sentimentos que o idoso pode estar sentindo e tentar diminuir a ansiedade, o medo, a aflição, se preocupar com horários de medicações, fralda geriátrica, partir de quando o idoso não consegue mais controlar as funções fisiológicas. Deve se preocupar em saber se o idoso consegue dormir à noite ou se está há muito tempo deitado, pois o Alzheimer tende a deixar o idoso mais apático e propenso a evoluir para perda de

força muscular e imobilidade (MENDES, SANTOS, 2016).

Com isso, constata-se que o cuidado de enfermagem vai bem mais além do que só a técnicas, iniciando-se no acolhimento, na demonstração da confiança e evoluindo para a prática.

Falta de preparo dos profissionais no cuidado ao idoso e que tal deficiência traz consequências para a saúde física e mental dos mesmos. Foram identificados a partir das falas dos profissionais, como fatores que interferem no cuidado ao idoso, o acolhimento durante o processo de admissão; a inclusão através da realização de eventos culturais e tratamento com equidade; as exigências físicas e mentais que o cuidado proporciona à equipe; a falta dos familiares e a importância do carinho e paciência do cuidador (SALES *et al.*, 2011).

Baseado no estudo de Oliveira *et al.*, (2013) constatou-se a necessidade de repensar a formação do enfermeiro. Isso nos remete à especificidade da enfermagem na construção interdisciplinar, ou seja, a enfermagem deve assumir seu núcleo de competência e responsabilidade, o cuidado. Este se direciona para o doente, incluindo sua família, e não para a doença, e, para ser viabilizado, ele demanda o uso de saberes adquiridos de diversas disciplinas, através de uma formação global, crítica, ética e integradora.

Os familiares cuidadores vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social que impõem alguns desafios no convívio e cuidado à pessoa idosa com DA, as quais, no entanto, podem ser minimizadas por meio da construção e socialização de estratégias coletivas de cuidado (ILHA *et al.*, 2011).

Através do processo de enfermagem é possível levantar diagnósticos para tratar com resolutividade as questões que estão influenciando no prognóstico do paciente. Como traçar estratégias que promovam a atividade física dentro da realidade cotidiana do paciente através da prescrição individualizada e acordar com a família pode ser uma das estratégias adotadas (MATTOS, 2011).

O cuidado ao idoso portador de Alzheimer para a assistência ao idoso nas situações de: admissão, inclusão, colaboração por parte da família e informações sobre os cuidados e tratamentos, requer muitas exigências devido ao fato de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e se tornar cada vez mais dependente. destacando que o cuidado ao idoso demanda muita paciência e pode provocar desgaste físico e mental ao cuidador, pois, mais do que fazer companhia, ele deve ficar atento às exigências do idoso, além de dar apoio e carinho nos momentos mais difíceis (SALES *et al.*, 2011)

Nesse contexto observa-se que além da doença para o próprio paciente, trás também grandes consequências na vida do cuidador exigindo da equipe de enfermagem repassar as orientações para um membro da família, afim de ter uma atenção de alguém que ele sinta carinho.

5 | CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou compreender que a equipe de enfermagem e os cuidadores vivenciam dificuldades de ordem física, mental e social que impõem alguns desafios no convívio e cuidado à pessoa idosa com doença de Alzheimer.

Os cuidados de enfermagem vão desde a recepção do paciente, planejar, executar, monitorar e avaliar planos de cuidados com idosos demenciados requer criatividade e paciência. A enfermagem deve encorajar a família à envolver-se ao máximo, entender e segui-lo com dedicação. Desta forma, falhas são melhor identificadas, promovendo a revisão e modificação constante do plano de cuidados, uma vez que com a evolução da doença a dependência torna-se cada vez maior e as demandas mudam. São vários os tipos e as causas da demência, por isso é importante o diagnóstico precoce para escolher o melhor tratamento.

REFERÊNCIAS

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Demencia: una prioridad de salud pública.** Washington, DC, 2013.

FREITAS, R. V. **Diagnóstico precoce na doença de Alzheimer utilizando biomarcadores e tomografia, PET CT.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <Disponível em: <http://www.repositorio.uniceub.br/bitstream/235/6868/1/21234951.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2018.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. (Org.) **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento.** São Caetano do Sul: YENDIS, 2010.

ILHA, S *et al.*, Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. Esc. Anna Nery. vol.20, n.1. Rio de Janeiro, Jan./Mar. 2016.

BORGHI, A. C. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. Rev. Gaúcha Enferm. vol.32 no.4 Porto Alegre Dec. 2011.

MENDES, C. F. M; SANTOS, A. L. S. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. ArtigosSaúde Soc. V.25, n.1, Jan-Mar, 2016.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? / Mal de Alzheimer y demandas de cuidados: ¿Cuánto saben los enfermeros? / Alzheimer diseases and care demands: what do nurses know? Rev. gaúch. enferm; v.32, n.2, p-270-278, 2011.

SOUZA, T. A de. Cuidados de enfermagem ao idoso com demência em nível ambulatorial: um plano de ação / Nursing care for the elderly with dementia at the ambulatory level: an action plan. Apresentada a Universidade do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do grau de Mestre. 2016.

SALES, A C. S, *et al.*, Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de Alzheimer. Rev. Enferm. UFSJ. 2011.

OLIVEIRA, P. *Pet al.* Conhecimento de estudantes de enfermagem com formação técnico-profissionalizante sobre a doença de Alzheimer. v.7, n.2, 2013.

MATTOS, M. Z. Processo de enfermagem aplicado a idosos com Alzheimer que participam do projeto estratégias de reabilitação estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. V.16, 2011.

ENSINO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CURSOS DE ENSINO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Hyldeane Santos Ferreira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Samia Carine Castro Damascena

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Kezia Cristina Batista dos Santos

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Geysa Santos Góis Lopes

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Alinne Suelma dos Santos Diniz

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

Rosilda Silva Dias

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Maranhão

RESUMO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica, com influência na prática assistencial, possibilitando a operacionalização do Processo de Enfermagem. Segundo a legislação vigente, cabe ao Técnico de Enfermagem, a participação na execução do mesmo, sob a supervisão do enfermeiro. Daí a importância do ensino desta metodologia, no contexto da educação profissional de enfermagem. Objetivou-se

com este estudo investigar o conhecimento de alunos e professores sobre o ensino da SAE em escolas técnicas de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo, realizado em três escolas de curso técnico de enfermagem em São Luís do Maranhão, no período de novembro a dezembro de 2016. Participaram do estudo 81 sujeitos entre professores e alunos, respeitando a resolução 466/2012 do CNS. Os dados foram organizados no EXCEL® e analisados no Programa Epi Info. Observou-se que 60,26% dos alunos compreendem o termo SAE; 57,69% relataram que é fundamental a implementação da SAE para a qualidade da assistência; 62,82% desconhecem a SAE; 64,10% compreendem que o técnico de enfermagem participa da execução; 73,08% consideram importante o ensino da SAE; os alunos (88,46%) e os professores (66,67%) responderam não haver metodologia e estratégia para desenvolver o ensino da SAE. Percebe-se que embora haja conhecimento sobre a metodologia e considerem importante seu ensino, este é geral e superficial, sendo necessário a reflexão sobre o ensino e as tecnologias envolvidas para o aprendizado e o desenvolvimento do profissional enquanto participante das atividades desenvolvidas na SAE.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Processo de Enfermagem, Equipe de Enfermagem.

TEACHING THE SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN TECHNICAL NURSING EDUCATION COURSES

ABSTRACT: The Systematization of Nursing Assistance (SAE) is a scientific methodology, with influence in the assistance practice, making possible the operationalization of the Nursing Process. According to current legislation, it is up to the Nursing Technician to participate in the execution of the same, under the supervision of the nurse. Hence the importance of teaching this methodology, in the context of professional nursing education. The objective of this study was to investigate the knowledge of students and teachers about SAE teaching in technical nursing schools. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted in three nursing technical schools in São Luís do Maranhão, from November to December 2016. Participants included 81 subjects between teachers and students, respecting the resolution 466/2012 of the CNS. The data were organized in EXCEL® and analyzed in the Epi Info Program. It was observed that 60.26% of the students understood the term SAE; 57.69% reported that the implementation of SAE for the quality of care is essential; 62.82% are unaware of SAE; 64.10% understand that the nursing technician participates in the execution; 73.08% consider SAE teaching important; the students (88.46%) and the teachers (66.67%) answered that there was no methodology and strategy to develop the SAE teaching. It is noticed that although there is knowledge about the methodology and consider important its teaching, it is general and superficial, being necessary the reflection on the teaching and the technologies involved for the learning and the development of the professional as participant of the activities developed in the SAE.

KEYWORDS: Nursing, Nursing Process, Nursing Team.

1 | INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica, que organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos de trabalho, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (TANNURE; PINHEIRO, 2011).

Para sistematizar a assistência de enfermagem é utilizado o Processo de Enfermagem (PE), uma forma de tomada de decisões que se apoia nos passos do método científico (BARROS; LOPES, 2010).

Segundo a legislação vigente do exercício profissional, cabe ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem e ao Técnico de Enfermagem e ao Auxiliar de Enfermagem, a participação na execução do mesmo, naquilo que lhe couber, sob a supervisão e orientação do enfermeiro (COFEN, 2009).

Porém, a definição de competências do nível técnico é um processo difícil, já que a categoria não tem uma identidade definida, além de apresentar uma proposta

pedagógica ambígua, mediada entre a educação fundamental e a formação profissional. Tais dificuldades perpassam pela concepção, estrutura e organização dos cursos técnicos. Assim, apresentar uma proposta pedagógica bem delimitada e que atenda às reais necessidades da prática profissional dos técnicos de enfermagem é uma tarefa árdua, mas não se pode deixar de considerar os documentos legais que norteiam o exercício profissional e o processo de formação dos mesmos (MANGUEIRA; FONTES, 2008).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do PE. Isso demanda conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser ensinados. Desta forma é relevante avaliar a qualidade do Ensino nas Escolas de Ensino Técnico de Enfermagem (CAVALCANTE et al., 2011).

Justifica-se ainda a necessidade de equiparar teoria com prática demonstrando para a equipe técnica e auxiliar de enfermagem que a SAE e o PE deve ser incentivada e desenvolvida desde seu ensino. Sendo a participação de cada membro da equipe de enfermagem relevante para garantir sua implementação. Diante disto, objetivou-se com este estudo, investigar o conhecimento de alunos e professores sobre o ensino da SAE em escolas técnicas de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada em quatro Escolas de Ensino do Curso Técnico de Enfermagem, sendo três escolas privadas e uma escola pública localizadas no município de São Luís do Maranhão, Brasil, no período de novembro a dezembro de 2016.

A população do estudo correspondeu a todos os coordenadores de curso, professores e alunos das quatro Escolas de Cursos Técnicos de Enfermagem. Foram incluídos na pesquisa os coordenadores de curso, professores e alunos que concluíram as disciplinas que abordavam a SAE e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Foram excluídos os alunos que estavam ausentes no dia da coleta de dados. A amostra de conveniência foi composta por 78 alunos e 3 professores, totalizando 81 participantes, coletados conforme agendamento prévio após visita e autorização da coordenação de curso de cada instituição.

Para a coleta de dados utilizaram-se dois questionários semiestruturados, contendo questões abertas e fechadas referentes a Sistematização de Enfermagem (SAE), aplicadas aos professores e alunos das escolas participantes. A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras durante o horário de funcionamento das escolas. Os questionários de coleta de dados foram aplicados individualmente em local reservado, após explanação sobre a pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados na planilha do programa Microsoft Excel® 2010 e analisados através do programa Epi-Info®, onde analisou-se as variáveis pesquisadas a partir de cálculos estatísticos descritivos como frequências absoluta e relativa quanto a presença no projeto pedagógico de disciplinas que abordam a SAE, as estratégias de ensino e o conhecimento dos alunos sobre a SAE.

Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, de forma que, esta pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob número de parecer consubstanciado 1.804.505.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se, em apenas uma escola, a existência da matriz curricular e, ao analisá-la, constatou-se a ausência de disciplina referente à sistematização da assistência de enfermagem.

Na tabela a seguir, estão descritas as frequências e as variáveis estudadas a partir das respostas dos alunos dos cursos técnicos de enfermagem em uma capital do nordeste brasileiro.

Variável	Frequência	Porcentagem
Significado da SAE	F	%
Sim	47	60,26
Não	31	39,72
Implementação da SAE para qualidade da assistência		
Sim	45	57,69
Não	33	41,31
Conhecimento sobre a Resolução 358/2009		
Sim	29	37,18
Não	49	62,82
Participação do técnico na execução do PE		
Sim	50	64,10
Não	28	35,90
Importância do ensino da SAE no curso Técnico de Enfermagem		
Sim	57	73,08
Não	21	26,92
Há metodologia de ensino para desenvolver a SAE		
Sim	9	11,54
Não	69	88,46

Há estratégia de ensino da SAE		
Sim	8	10,26
Não	70	88,46
Total	78	100

Tabela 1: Respostas dos alunos do Curso Técnico de Enfermagem, São Luís, Maranhão, Brasil, 2016.

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 1 demonstra que, num total de 78 alunos, 47 (60,26%) afirmaram compreender o significado do termo Sistematização da Assistência de Enfermagem; 45 (57,69%) declararam que a implementação da SAE é primordial para uma assistência da equipe de enfermagem qualificada; 49 (62,82%) desconhecem que a SAE é regulamentada pela Resolução 358/2009 do COFEN; 50 (64,10%) alunos verbalizaram que o técnico de enfermagem participa da execução do PE.

Na tabela 1 ainda é possível evidenciar que 57 (73,08%) alunos consideraram importante o ensino da SAE para o técnico de enfermagem; 69 (88,46%) revelaram a inexistência de quaisquer métodos de ensino para o aprendizado da SAE; 70 (88,46%) referiram a ausência de estratégia de ensino para o desenvolvimento da SAE.

Nesta investigação, observou-se que a maioria dos professores mencionaram haver disciplinas que abordam sobre SAE; todos os professores consideraram importante o ensino da SAE para o curso Técnico de enfermagem; e 2 (66,67%) dos professores declararam não existir metodologia de ensino para desenvolver a SAE nos cursos técnicos de enfermagem.

Durante a conferência da matriz curricular de uma das escolas do curso técnico em enfermagem, não se evidenciou qualquer direcionamento sobre o ensino da SAE ou menção ao seu conceito, sua finalidade e/ou sua aplicabilidade. Nota-se, ainda, um ensino fragmentado, no qual não há interdisciplinaridade dos conteúdos.

Corroborando com estudo de Manguiera et al., (2008) sobre o processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem, observou-se que neste instrumento não há indícios do ensino do processo de enfermagem nas disciplinas oferecidas, embora haja menções sobre a sua aplicação em pequeno número de disciplinas de algumas escolas, demonstrando que, nestas, o processo de ensino encontra-se de forma não articulada, uma vez que o mesmo focaliza ora o cuidado sistematizado, ora o cuidado não sistematizado.

Não há evidências nem do ensino nem da aplicação do processo de enfermagem, revelando que, na formação dos técnicos de enfermagem, a SAE não é aspecto considerado, percorrendo caminho diverso ao preconizado pela enfermagem na atualidade e, assim, se distanciando da enfermagem enquanto ciência, arte e profissão (MANGUEIRA et al., 2008).

Na área da saúde, são constantes as transformações na organização do

trabalho, com a implantação de novos modelos tecnológicos e assistenciais, visando atender às modificações da realidade. Assim, faz-se necessária uma mudança também na formação dos profissionais da saúde, tornando-o adequado às atuais exigências (SILVA; SENA, 2006). Ainda de acordo com a resposta dos professores, embora a temática da SAE se revele em algumas disciplinas, a sua aparição se dá de forma superficial.

Com relação ao conhecimento dos alunos sobre a SAE, a resposta obtida mostra que 60,26% conhecem o significado do termo SAE; 57,69% relatam que a implementação da SAE é fundamental para a qualidade da assistência da equipe de enfermagem e 62,82% dizem que desconhecem que a SAE é regulamentada pela Resolução 358/2009.

Esse achado suscita uma reflexão principalmente sobre a fragmentação e superficialidade do ensino, pois, embora os alunos saibam a acepção do termo SAE e destaquem que sua implementação é fundamental para a qualidade da assistência, mostra uma fragilidade no aprendizado uma vez que 62,82% dos discentes ignoram a resolução que regulamenta a SAE. Consoante Barros et al., (2010), é imprescindível que os profissionais de enfermagem conheçam e apliquem as normas regulamentadoras do exercício, dos direitos e das obrigações profissionais.

No presente estudo, observou-se que 64,10% dos alunos responderam que compreendem que o técnico de enfermagem participa da execução do processo de enfermagem. Constatou-se ainda que 73,08% dos alunos consideram importante o ensino da SAE no curso técnico de enfermagem. Ainda de acordo com as respostas dos alunos sobre a importância do ensino da SAE, consideram que a sua importância repousa em conhecer a SAE e sua participação no processo, desenvolver as atividades técnicas nesse contexto e destacam que a SAE auxilia na definição de um plano de organização com base nos princípios da enfermagem.

Verificou-se também que alunos (88,46%) e a maioria dos professores responderam não haver nenhuma metodologia de ensino para desenvolver a SAE, como também nenhuma estratégia de ensino diferenciada para desenvolver a SAE, destacando que o ensino continua seguindo o modelo tradicional com aulas expositivas, nas quais o professor é mero transmissor da informação, e o aluno assume a postura passiva de mero receptor.

Segundo Abreu e Loureiro (2007), a metodologia tradicional caracteriza-se pelos estudantes serem receptores de forma passiva, onde o professor expõe os conteúdos que devem ser ensinados e os alunos vão reproduzi-los numa avaliação que apela essencialmente à memorização.

Para Mitre et al., (2008), a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos

altamente especializados, em busca da eficiência técnica.

Ainda segundo àquele autor, nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos — em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) — tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (MITRE et al., 2008).

Como limitação do estudo observa-se poucos estudos sobre o tema o que torna difícil a discussão e argumentação dos achados quando não se tem uma literatura plausível, o que merece atenção para a temática do Ensino da SAE no Ensino Técnico de Enfermagem, que este estudo possa fomentar a necessidade de maiores pesquisas sobre o tema. Ainda como dificuldade a observação das ementas das disciplinas, o que não foi possível em duas escolas devido a burocracia para liberação das ementas.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que embora os alunos tenham conhecimento sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem, e considerem importante seu ensino para o curso Técnico, esse conhecimento é geral e superficial, apontando para a necessidade de reflexão sobre o ensino e as tecnologias envolvidas para o aprendizado e o desenvolvimento do profissional enquanto membro da equipe de enfermagem e participante das atividades desenvolvida com a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Pode-se, afirmar que, se faz necessária uma reflexão sobre matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem e do processo de ensino visando adequar esse ensino as novas tendências da enfermagem contemporânea, de modo que se possa contribuir para a formação de um profissional mais crítico, capacitado para agir eficazmente na sua realidade de trabalho, através da utilização da metodologia científica, de forma a contribuir para o crescimento da profissão e acompanhar os avanços da atualidade.

O presente trabalho pode contribuir para visibilidade da SAE enquanto metodologia científica para assistência de enfermagem e subsidiar pontos de reflexão para todos os envolvidos na formação dos técnicos de enfermagem e contribuir para a readequação do ensino visando o aperfeiçoamento do ensino da SAE, no qual os mesmos possam ser melhor capacitados para atuar como membros da equipe e participantes das atividades desenvolvidas no processo de enfermagem na prestação de um cuidado pautado em bases científicas, cumprindo adequadamente as suas funções de forma crítica e reflexiva, sendo o cliente o maior beneficiado. Além disto, sirva de contribuição para estudos posteriores sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. F.; LOUREIRO, C. R. E. C. **Aprendizagem por Resolução de Problemas - Uma experiência pluridisciplinar e multicultural.** Revista de Enfermagem Referência. v. 2, n. 5, p. 7-15. Disponível em: <http://educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/observatorio/Teste/APP_Abreu_Loureiro_2007.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- BARROS, A. L. B.; LOPES, J. L. **A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem.** Revista Eletrônica Enfermagem em Foco. v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17>>. Acesso em: 07 jul. 2015
- CAVALCANTE, R. B. et al. **Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico.** Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 3, p. 461-471, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2832>>. Acesso 10 fev. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 358/2009.** Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 25 out. 2016
- MANGUEIRA, S. O.; FONTES, W. D. **O processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem.** Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 10, n. 2, p. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a15.html>>. Acesso em: 07 jul. 2015.
- MITRE, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Ciências & Saúde Coletiva, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a18>>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- SILVA, K. L.; SENA, R. R. **A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais.** Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 14, n. 5, p. 755-761, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a18.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.
- TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem - Guia Prático.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ERA UMA VEZ ... UM NOVO JEITO DE PROMOVER SAÚDE NA INFÂNCIA

Tayná Portilho Prado

Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Faculdade de Psicologia. Uberlândia/MG

Ana Laura Batista

Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Faculdade de Psicologia. Uberlândia/MG

Ana Paula Safons Schardosim Santos

Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC
Faculdade de Psicologia. Lages/SC

Larissa Stenger Antunes

Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC
Faculdade de Psicologia. Lages/SC

Eliane Regina Pereira

Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Faculdade de Psicologia. Uberlândia/MG

Inea Giovana Silva-Arioli

Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC
Faculdade de Psicologia. Lages/SC

RESUMO: Diante da necessidade de construir práticas que se configuram a partir das políticas públicas de saúde mental infanto-juvenil, a contação de histórias ganha espaços, constituindo um novo jeito de promover saúde na infância. Assim, este artigo propõe um diálogo entre duas experiências que compartilharam dessa atividade como guia, sendo que ambas investiram na contação de histórias enquanto recurso estético capaz de potencializar a

imaginação e a brincadeira em um grupo de crianças de 04 a 12 anos. A primeira experiência aconteceu em uma Unidade de Saúde em Minas Gerais, a segunda em um Grupo de Economia Solidária em Santa Catarina. Vale ressaltar que tais experiências possuíam objetivos e procedimentos específicos e até distintos entre si, o que acarreta em particularidades que permitem uma ampliação das possibilidades de reflexão e intervenção. Em nossas experiências não objetivávamos utilizar as histórias para repassar valores consolidados, mas contrariamente, para questionar e refletir sobre esses valores no cotidiano das crianças envolvidas, propiciando novos lugares de ser e estar no mundo.

PALAVRAS-CHAVES: Promoção de saúde, Potência de ação, Contação de histórias, Intervenção com grupo de crianças.

ABSTRACT: When facing the need to build practices that emerge from children and juvenile mental health public politics, storytelling gets some room, creating a new way to promote health in childhood. Thus, this paper proposes a dialogue between two experiences that shared this activity as a guide, knowing that both of them invested in storytelling as an aesthetic resource capable of enhancing imagination and playing, in a group of children which had from 04 to 12 years old. The first experiment took place

in a health unit in Minas Gerais, the second in a Solidarity Economy Group in Santa Catarina. It is noteworthy that such experiences had goals and specific procedures being even different from each other, which results in characteristics that allow an increasing of the possibilities for reflection and intervention. In our experiments we have not aimed at using the stories to pass consolidated values on, but on the contrary, with the intention to question and reflect on these values in the daily lives of the children involved, providing new places for being (in its broadest meaning) in the world.

KEYWORDS: Health promotion, Potency of action, Storytelling, Intervention in groups of children.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo propõe um diálogo entre duas experiências de promoção de saúde com crianças. Ambas as experiências investiram em “oficinas de contação de histórias” como recurso estético capaz de potencializar a imaginação e a brincadeira provendo saúde em um grupo de crianças de 04 a 12 anos.

A primeira experiência aconteceu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Uberlândia/MG, objetivando oportunizar as crianças, usuárias do serviço, um espaço de promoção de saúde articulado com relações estéticas.

A segunda experiência ocorreu em um Centro de Desenvolvimento Comunitário Solidário de um bairro com alto índice de vulnerabilidade na cidade de Lages/SC, com a pretensão de possibilitar através da contação de histórias, dinâmicas e reflexões, um mundo de descobertas relacionando-as com a história de vida de cada criança, promovendo saúde e contribuindo com o desenvolvimento integral.

2 | APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

Um dos nós críticos da atenção à saúde é a possibilidade de supri-la sob a perspectiva da integralidade, que remete para a escuta, a compreensão das demandas e o atendimento das necessidades dos grupos e comunidades de forma ampliada, implicando em uma nova forma de conceber o cuidado em saúde. Esse conceito se situa enquanto conjunto articulado e contínuo de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, tanto individuais quanto coletivas (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROZ, VIEIRA & BARROSO, 2007).

O atendimento integral a crianças e adolescentes configura-se um dos grandes desafios em saúde, isto porque até recentemente o setor público de atenção à saúde, não acolhia suas queixas. A lacuna deixada pelo setor público abriu espaços a uma série de organizações que passaram a “assistir e proteger” a criança, a partir de queixas ofertadas pelos adultos “responsáveis”, de modo que a criança não era ouvida, uma vez que não era entendida como sujeito de direitos, responsável por sua demanda e sofrimento.

O Ministério da Saúde apresentou em 2005 sua política para a saúde mental infanto-juvenil que prevê a Atenção Básica como porta de entrada de uma rede de atenção à criança, seguindo um modelo de acolhimento universal, em que “toda demanda dirigida ao serviço de saúde do território, deve ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida” (BRASIL, 2005, p.12). Os serviços de saúde tem acolhido a demanda infantil, mas sabem que os esforços são insuficientes para o acolhimento universal e encaminhamento implicado.

É dentro desse contexto que o grupo evidencia-se como uma potente metodologia de acolhimento de demandas, que oportuniza novos arranjos na significação das singularidades, uma arena onde os sujeitos expressam, vivenciam e negociam suas necessidades. O “ouvir” o outro, a percepção de diferentes olhares para o mesmo fenômeno, possibilita ampliar a capacidade de significar a própria experiência, e é nesse contexto que a criança pode resignificar seu lugar no mundo, ampliando suas possibilidades.

3 | PROMOÇÃO DE SAÚDE

Existem vários modos de significar a promoção de saúde, utiliza-se neste artigo a perspectiva epistemológica de saúde como um direito e um bem comum, desse modo, implica priorizar a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento comunitário e a potencialização individual e coletiva. Esta perspectiva reconhece a complexidade dos fatores micro e macrossociais, pauta-se nas práticas que buscam a transformação, a reflexão crítica, a equidade e o fortalecimento individual e comunitário (CARVALHO, 2010; RABELLO, 2010).

As ações que promovem saúde evidenciam-se como o resultado de um processo que engloba a potencialização das capacidades dos indivíduos e coletivos, buscando intervir não somente no âmbito das ações do Estado, mas também na singularidade e autonomia dos sujeitos. (SANTOS, DA ROS, CREPALDI, & RAMOS, 2006). Nessa perspectiva, os problemas de saúde são compreendidos como demandas de abordagens inovadoras e complexas, e os processos decisórios são pautados pelas subjetividades individuais e coletivas dos atores nos espaços do cotidiano. Essa valorização do conhecimento popular e da participação social está na base da promoção de saúde nessa perspectiva (CZERESNIA, 2009).

A Política Nacional de Promoção de Saúde indica que “a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias” (BRASIL, 2006, p. 16). Este cenário indica a importância da potencialização dos sujeitos nas experiências de promoção de saúde, pois a participação social está diretamente vinculada ao processo de construção de sujeitos ativos e solidários, o que implica no estímulo a criatividade e ao desenvolvimento da reflexão, aspectos priorizados nas experiências de contação de histórias relatadas

neste artigo.

No entanto, o fomento a participação social e a construção de subjetividades mais reflexivas ainda não é a prática predominante no SUS. Silva-Arioli (2012), ao analisar a Atenção Básica, aponta para a dificuldade, de parte dos profissionais, em estabelecerem relações emancipadoras com a população e de assumir uma postura mais dialógica. Essa situação se configura em um dos obstáculos à realização da promoção de saúde nesses espaços, pela falta de fomento à participação da população e pela dimensão educativa das atitudes dos profissionais, que em muitos momentos mostra-se verticalizada.

As experiências que incitam relações horizontais, pautadas no diálogo e nas atividades lúdicas e estéticas configuram-se em um novo arranjo promotor de saúde, pois fornece a oportunidade de buscar um lugar mais saudável e flexível no cotidiano, propiciando às crianças um lugar de inovação. Parte-se do pressuposto que o sujeito deve ser percebido em sua autonomia e em seu contexto cultural na busca de superação do instituído, rumo à produção de novos recursos e modos de vida instituintes de saúde. A prática, portanto, deve ser transformadora e pautada no diálogo.

Promover saúde é lutar pela melhoria da qualidade de vida e, nesse sentido, deve propiciar a ruptura com velhas formas de pensar e fazer saúde, fornecendo os elementos de transformação do *status quo* e dos sujeitos envolvidos (CARVALHO, 2010). Essa visão ampliada da promoção de saúde abarca fatores tão amplos como a própria vida, fato que pode conduzir a dificuldades de transformar um discurso inovador em prática concreta, mostrando-se em muitos momentos pouco capaz de prover os meios e estratégias de intervenção, evidenciando-se um desafio à construção de práticas que estabeleçam novas relações com os conhecimentos científicos produzidos (CZERESNIA, 2009).

A partir deste cenário é possível perceber que os trabalhos aqui descritos configuram-se em uma forma inovadora de promover saúde, que tem no estímulo a reflexão e a criatividade seu ponto de partida e que propicia para as crianças, estagiários e professores envolvidos, um experimentar de novos lugares, na busca por uma vida com mais saúde em seu sentido ampliado.

4 | AS EXPERIÊNCIAS: O CAMINHO E A VIVÊNCIA

As duas experiências que dialogaram neste artigo, possuem objetivos e procedimentos específicos e até distintos entre si, além de efetivamente ocorrerem em espaços diferentes, o que acarreta em particularidades que precisam ser destacadas. Mas ambas trouxeram como perspectiva a possibilidade de promover saúde na infância a partir da contação de histórias, potencializando os sujeitos uma vez que estimula a imaginação e a brincadeira.

A escolha dos fragmentos aqui apresentados revela os afetos experienciados

na condição de estagiários-contadores de histórias e professores-supervisores.

4.1 A primeira experiência – “Contando histórias e (re) construindo relações”

O projeto de extensão “Contando histórias e (re) construindo relações” foi coordenado por duas estagiárias do curso de psicologia. Foi ofertado um espaço de atendimento em grupo para crianças com idade entre 07 e 12 anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Uberlândia-MG. Nessa UBS, as atividades grupais não eram preferência para o atendimento psicológico, de modo que as duas psicólogas responsáveis pelos atendimentos de crianças, adolescentes e adultos, ocupavam-se de atendimentos individuais. Buscou-se oferecer nesse espaço uma intervenção em grupos com crianças a partir da demanda existente, criando parceria com a equipe. Para isso, foi necessário conhecer os serviços oferecidos e apresentar o projeto para a psicóloga infantil, as assistentes sociais, enfermeiras, pediatras e coordenadores do serviço, a fim de que fossem realizados os encaminhamentos necessários para nossa atividade.

Completada esta etapa, iniciou-se um “experenciado” do território, conhecendo o bairro e apresentando a proposta do grupo à associação de moradores, à Igreja do bairro, e em duas escolas públicas. Foram utilizados cartazes e panfletos para divulgação, entretanto, verificou-se a necessidade de um convite mais atrativo para o público infantil, assim, preparou-se uma intervenção com bexigas e balas e foi realizada uma brincadeira no intervalo de aula, em uma das escolas do bairro.

Os encontros aconteceram semanalmente de março de 2012 a fevereiro de 2013, caracterizando-se como aberto, de modo que as crianças participavam livremente, não precisando de inscrições prévias, nem de cobranças com presenças e faltas. A cada nova semana novas crianças realizavam as atividades propostas, assim, os encontros eram únicos, não sendo amarrados a atividades anteriores.

Os encontros tinham 3 horas de duração, coordenados alternadamente a cada semana por uma estagiária da dupla e, sempre divididos em três momentos: A contação de histórias – eram selecionadas histórias que pudessem oferecer as crianças uma abertura para a criação; A produção – eram ofertados as crianças materiais diversos, colagem, pintura, massa de modelar, argila, desenho, artesanato com materiais recicláveis, maquete, música, construção de história, imagens, etc., e com esses materiais elas produziam suas compreensões das histórias; O compartilhar – na finalização dos encontros era compartilhado as produções, proporcionando um momento de reflexão. Os três momentos dos encontros foram sempre atravessados por conversas instigantes e questionadoras, propiciando reflexões sobre as histórias e as vidas das crianças. Foram realizados mais de 24 encontros com um número variável de crianças sendo que, três destas crianças, compareceram a todos.

Inicialmente, a coordenação da UBS ofereceu para realização do grupo, uma pequena sala de coleta de sangue que permitia pouca mobilidade e, após quatro encontros, as atividades foram transferidas para o espaço atrás do estacionamento

da Unidade, aberto, amplo, gramado e cheio de descobertas. Neste novo espaço, inicialmente era aberta a caixa de materiais sobre um tapete, organizado um círculo e iniciado a oficina de contação de histórias.

As cenas aqui apresentadas são recortes de diferentes encontros, onde Bernardo (Nome fictício) estabelece relações com as outras crianças do grupo e com o contexto da oficina de contação de histórias. Bernardo foi selecionado para as análises por participar de todos os encontros. Destacamos tais cenas, na intenção de aproximar o leitor da experiência vivenciada e de favorecer a compreensão da relação estabelecida entre contação de histórias e promoção de saúde.

4.2 As cenas

A expressão reta não sonha.

Não use o traço acostumado.

A força de um artista vem de suas derrotas

Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro

Arte não tem pensa

O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê

É preciso transver o mundo (...).

MANOEL DE BARROS

Os primeiros encontros com as crianças foram de descobertas, sobre como conduzir um grupo, o que oferecer e o que esperar dele. Após cada encontro era discutido em supervisão e decidido a história da semana seguinte a partir de alguma situação vivida.

No *segundo encontro*, Bernardo, sete anos, aparece de forma contundente. Logo que chegou ao grupo mostrou-se inquieto, jogando massinha pra cima, subindo na maca e nas cadeiras, demonstrando interesse em pular a janela, mexendo em tudo. As outras crianças que participavam deste encontro logo o nomearam de “custoso” (expressão utilizada na região para nomear criança “agitada e/ou teimosa”). Ao final das atividades, uma menina disse: “Eu só venho na semana que vem se ele [Bernardo] não vier!” (sic).

Assim como todas as crianças do grupo, as estagiárias também ficaram incomodadas com sua inquietude. Em supervisão, foi traçado um objetivo para com Bernardo, ofertar a ele um novo lugar, um novo modo de se nomear, se perceber. Escolheu-se para o terceiro encontro o tema desobediência e contamos a História de Rataplã, o coelho desobediente. Durante a contação da história Bernardo contou que era desobediente com a mãe, com a avó e o avô, contou ainda que não era preguiçoso, mas muito corajoso e, portanto, não acreditava que alguma coisa ruim pudesse acontecer caso desobedecesse. Suas ações no grupo, neste encontro, não foram diferentes do primeiro, mostrou-se inquieto e, durante as atividades após a

contação, uma das meninas, disse que Bernardo deveria ser “louco”.

Ao final do encontro existia a certeza de que as estagiárias foram ‘atravessadas’ por Bernardo. Sua inquietude surgia somada a capacidade de leitura, aos pedidos de “por favor” para usar o material da caixa, a não desistência quando parte de sua atividade fora por ele mesmo rasgada. O menino custoso, teimoso, levado, era também inteligente, educado e persistente.

No *quarto encontro* ingressou Felipe, irmão de uma menina do grupo. Este encontro foi difícil de conduzir. Bernardo não conseguia prestar atenção e executava as atividades com rapidez. Felipe, incomodado e sendo a criança mais velha do grupo, decidiu repreendê-lo e, por várias vezes, segurou Bernardo para que este ficasse parado. As atitudes de Felipe incomodavam Bernardo que ficava mais e mais agitado. Felipe, também se mostrou intolerante com a irmã, riu várias vezes da produção dela, gerando discussão em tom agressivo entre os dois. As intervenções visavam ofertar um espaço de expressão das emoções e sensações construídas nesses encontros, e a postura de Felipe, coercitiva e limitante, exigia das outras crianças uma maturidade que nem ele mesmo tinha.

No *quinto encontro* contou-se a história “As Duas Rãs”, em que uma era preguiçosa e a outra alegre e corajosa. A contação fora o tempo todo interrompida por Felipe e Bernardo. Enquanto Felipe imediatamente se diz “rã preguiçosa”, Bernardo afirmava que ele era a “rã esperta e corajosa”. Iniciamos no grupo uma discussão sobre qualidades e defeitos e reafirmamos o lugar escolhido por Bernardo, lembrando a todos, os momentos em que ele demonstrou coragem e alegria no grupo. A atividade proposta neste encontro foi argila e, antes mesmo do manuseio algumas crianças alegaram “não sei fazer”. Bernardo se envolveu com a atividade, mas logo trocou a argila por papel e lápis.

As supervisões e as atividades propostas objetivavam construir novo lugar de significação para Bernardo, um lugar de menor agressividade para Felipe, descobrindo com eles novos modos de se relacionarem.

No *oitavo encontro*, após a história e as atividades, foi iniciada uma brincadeira no pátio da UBS. Bernardo subiu em um cupinzeiro e começou a pular. Felipe, imediatamente destacou a coragem de Bernardo e passou a nomeá-lo como “Super-Bernardo”. Logo, todas as crianças envolvidas na atividade, passaram a admirar Bernardo e tratá-lo como “super” e não mais como o custoso Bernardo. Ao final do encontro, havia a certeza de um trabalho sendo iniciado. A promoção de saúde estava vinculada, naquele caso específico, ao auxílio na conquistar de um novo lugar para Bernardo, que estava mais atento nas atividades dirigidas. Felipe, por outro lado, conquistava um novo modo de se comportar com as crianças, sem agredir Bernardo, ao contrário, passou a admirá-lo.

No *décimo sexto encontro* nossa atividade de contação de histórias fora interrompida pelos pedreiros de uma obra que estava sendo executada na UBS. Um dos pedreiros entregou a Bernardo um filhote de pombo machucado. O menino se

entusiasmou com a possibilidade de pegá-lo e, nesse momento, o pedreiro disse que ele era muito corajoso. Bernardo ficou com uma felicidade evidente e contava a todos o que acabara de acontecer. A estagiária-coordenadora reafirma a fala do pedreiro, ofertando, mais uma vez, esse lugar que se distancia da exclusão e estigmatização tão presentes em sua vida através de falas da escola e da família. Após a contação, sugerimos uma atividade com desenho e pintura. Bernardo executa com calma a atividade e ao apresentá-la ao grupo, “se elogia” e admira seu próprio trabalho.

No *décimo sétimo encontro* nossa atividade prática foi a confecção de caleidoscópios. Neste dia, Bernardo se envolveu com a atividade, fez todos os passos com agilidade e foi o primeiro a terminar. Não demonstrou nenhuma agitação capaz de atrapalhar a execução da tarefa, apenas mostrou interesse em decorar o caleidoscópio, mas com paciência esperou o momento de fazê-lo.

Nessa experiência, ilustrada nos recortes das cenas relatadas, ofertou-se aos participantes do grupo um espaço de experiência estética, sendo que, por estética, entendemos uma possibilidade de o sujeito se expor encantadamente no mundo, se apropriando de forma sensível de suas relações, bem como de seu contexto, superando-os. Isso resulta em uma nova visão de mundo, mais potente, já que ela possibilita o exercício de “transver”, como nos propõe Manoel de Barros. Por se tratar de uma abertura à experiência, ela só será possível a partir do desbloqueio de sentidos e, dessa forma, apresenta-se com caráter de imprevisibilidade podendo acontecer de várias formas e em diferentes relações. Assim, tentamos entender como se deram essas experiências estéticas a partir da atividade de contação de histórias em cada momento do encontro.

A contação de histórias perpassa todo o encontro e se configura de diferentes formas no decorrer deste, sendo que a história a ser contada é pensada anteriormente, mas acaba por ser construída no momento da própria contação, uma vez que convidamos os sujeitos participantes do encontro a intervirem ativamente nesse processo falando de si, enquanto falam da história.

Desse modo, a contação se constitui enquanto possibilidade de abertura para os caminhos vários que ela pode tomar em sua narrativa, fugindo da visão de fechamento moral comum às histórias infantis. Diante disso, ressaltamos o caráter criador dessa atividade e que, passa a ser compreendida, segundo Vigotski (1999), como a possibilidade de compor o “novo” a partir de elementos do cotidiano e, desse modo, o novo passa a ser uma (re) combinação. Nas oficinas de contação de histórias procuramos, através de cada história e dos recursos oferecidos, apresentar novas possibilidades, novos modos de “ser sujeito” no mundo, ofertando aos sujeitos do grupo, novas possibilidades de respostas, comportamentos, pensamentos e relações, tendo assim, novas opções em suas vidas.

Em todo o momento os sujeitos são convidados a (re)contarem a história através de diferentes formas e linguagens: teatro, pintura corporal, cartaz, desenhos, massinha, argila, etc, Verifica-se claramente, nesse momento, a abertura para o

inesperado, uma vez que a atividade sugerida ganha novos contornos a partir da significação feita pelos participantes, muitas vezes nos surpreendendo.

4.3 A segunda experiência – “Contos e Causos”

“... As possibilidades de agir com liberdade, que surgem na consciência do homem, estão estreitamente ligadas à imaginação, ou seja, a tão peculiar disposição da consciência acerca da realidade, que surge graças à atividade da imaginação” VYGOTSKY.

O Projeto Contos & Causos, foi desenvolvido por duas estagiárias do curso de Psicologia, que realizaram encontros de crianças com idade entre 04 e 12 anos, em uma comunidade da cidade de Lages-SC, vinculado ao Grupo de Economia Solidária Art’Mulher. Os grupos de economia solidária tem se disseminado enquanto uma possibilidade de sobrevivência dos excluídos do mercado formal de trabalho e manifesta-se sob diferentes formas de organização, pautadas nos princípios da prática da autogestão e caracterizada por tomadas de decisão mais democráticas, relações sociais de cooperação e horizontalidade nas relações entre os sujeitos (COUTINHO, BEIRAS, PICININ & LUCKMANN, 2005). Portanto, o grupo “Contos e Causos” se pautou nesses pressupostos como balizadores de suas atividades, compreendendo a criança como sujeito histórico, que constrói seu conhecimento na relação com o outro e com o meio.

Na sociedade moderna a ideologia dominante contribui para difusão, na população vulnerável, de uma imagem negativa do sujeito sobre si mesmo e os outros, pois se sustenta em determinado padrão de relacionamento social que se estabelece com base em estereótipos. Partimos de uma compreensão do social não apenas como limitação que se impõe ao indivíduo, mas como possibilidade deste constituir sua individualidade/coletividade, “autoconstrução do homem pelo homem” e que reconhece, no próprio sujeito, a capacidade de modificar a realidade posta (FILHO & GUZZO, 2009).

Os encontros aqui relatados aconteceram por meio de oficinas de recreação, criação e contação de histórias, discussões de filmes, dinâmicas e trabalhos com sucata. O oferecimento do grupo partiu da demanda existente na comunidade, onde praticamente inexistem atividades voltadas para as crianças e adolescentes, na busca de espaços que aproximassem o Grupo de Economia Solidária e a comunidade onde estava inserido. Essa demanda foi reconhecida por meio das visitas domiciliares realizadas pelas estagiárias, juntamente com a psicóloga envolvida no projeto e a coordenadora/mediadora do Grupo de Economia Solidária, realizado por aproximadamente quatro meses antes de iniciar o primeiro encontro.

A atividade do grupo era aberta, ou seja, as crianças puderam ingressar ou desobrigar-se de participar a qualquer momento, no entanto algumas dessas crianças permanecem assíduas durante todos os encontros e outras participam esporadicamente. Os encontros aconteciam nos dois últimos sábados de cada mês (de agosto à novembro de 2012), totalizando nove encontros com duração de aproximadamente 3 horas. Durante as atividades, as estagiárias incentivavam a expressão das ideias, emoções e sensações dos participantes, propiciando a troca de experiências e reflexão sobre o que fora partilhado.

No *primeiro encontro*- estavam presentes vinte e cinco (25) crianças. Inicialmente, todo o grupo se apresentou, e foi interessante perceber que, apesar de não conhecerem as estagiárias, todas falaram sem mostrar-se envergonhadas. Após, discorreu-se sobre as atividades para aquele primeiro dia: duas histórias e o momento do tesouro.

A primeira história era do patinho que tentava falar como os animais de outras espécies, mas não conseguia. Depois da história, debatemos com as crianças as possibilidades de comunicação e refletimos sobre as singularidades e dificuldades de algumas crianças que se identificaram com a problemática vivida pelo patinho. A segunda história era da menina do laço de fita, que se tratava de uma menina muito bonita que tinha a cor de pele negra igual a da sua mãe. No decorrer do conto, a menina acabava encontrando um coelhinho bem branquinho que daria tudo para ter a pele escura igual a da menina. A partir dessa história foi possível refletir as diferenças entre as pessoas, principalmente as que estavam presentes naquele momento no grupo.

Abramovich (2002) fala que a contação de histórias provoca prazer, instiga a imaginação e o poder de observação, além de ampliar as experiências e estabelecer a ligação entre a fantasia e a realidade. O contar histórias é uma possibilidade de descobrir o mundo imenso de conflitos, dos impasses, das soluções, que todos atravessam e vivem, de um jeito ou de outro, através de problemas que vão sendo apresentados pelos personagens (ou não), resolvidos (ou não) a cada história.

Para finalizar o primeiro encontro, realizou-se a dinâmica do baú do tesouro. Foi solicitado às crianças que uma de cada vez fosse até uma caixa forrada e abrisse para ver o tesouro que nela estava e que não contasse a ninguém o que tinha encontrado. Dentro da caixa havia um espelho, de maneira que quando a criança abrisse a caixa, via-se refletido. Foi significativo perceber as diferentes reações de cada criança diante do espelho. Esta dinâmica teve o objetivo de discutir as emoções vivenciadas e a percepção que cada criança tem de si mesma.

O *terceiro encontro*- nesse dia foi contada a história do Sr. Ratinho para as vinte (20) crianças presentes. Esse ratinho era muito respeitoso, quando fazia algo que magoasse, pedia desculpas e mostrava-se agradecido quando recebia algo de bom, além de pedir licença e falar 'por favor'. Esta história teve como intuito estimular a reflexão sobre o respeito e a reciprocidade nas relações, no entanto a reflexão

posterior, em supervisão, evidenciou que, apesar de propiciar uma discussão sobre o respeito nas relações, incorremos no risco de “reproduzir” convenções sociais como as mais saudáveis, situação que se configura em contraponto de nossa proposta.

O *quarto encontro* - contou com a presença de dezesseis (16) crianças e foi realizada uma sessão de cinema, na qual passamos para as crianças o filme: O mágico de OZ. Após o filme, e a partir dele, foi possível levantar questionamentos sobre as percepções das crianças no que se refere aos pontos fracos e aos pontos fortes de cada personagem, refletir acerca dos sentimentos, emoções e dificuldades dos integrantes do grupo, que podia ter alguma semelhança ou não com as dos personagens do filme; fazendo um paralelo com o cotidiano das crianças. Partindo dos temas levantados pelo filme, discutindo sobre amizade, companheirismo, medo, coragem e cooperação.

Um dos personagens do referido filme chamou a atenção das crianças: o espantalho. Esse interesse despertado pelo personagem aliado ao projeto da Horta Comunitária do bairro (em fase de elaboração) foi um campo fértil para provocar os presentes. Perguntamos às crianças a opinião delas sobre a confecção coletiva de um espantalho, para que fosse colocado na horta do Centro Comunitário, e mais tarde, quando a Horta Comunitária estiver pronta, ser transferido para lá. Elas adoraram a ideia e assim dividimos o material, sendo que cada integrante do grupo ficou encarregado de trazer um material ou objeto (a maior parte deles reciclado) para fazermos o espantalho no nosso próximo encontro.

O *quinto encontro* - nesse dia o grupo de crianças e adolescente, dezoito (18) ao todo, construiu o espantalho, para colocá-lo a “cuidar” da horta do Centro Comunitário. Dividimos as crianças em dois grupos, sendo um responsável pela cabeça do espantalho e o outro pelo corpo. As crianças estavam bem concentradas e empolgadas com a atividade. Quando o espantalho ficou pronto era necessário dar um nome a ele, realizou-se então uma rodada de sugestões, seguida de uma votação para escolher um nome. Entre os votados estavam: Estive, Cuidador da Horta, Jorge, Peter, entre outros, porém, o escolhido foi Jorge.

Após colocarmos Jorge na horta, foi realizada uma dinâmica que denominamos de “tenda dos sabores”. Colocou-se em um dos cantos da sala uma mesa composta de vários recipientes cheios de frutas, verduras e legumes cortados em pequenos pedaços e solicitou-se que cada integrante do grupo fosse, individualmente e de olhos vendados, até a tenda dos sabores onde experimentaria o sabor dos alimentos oferecidos, tentando identificá-lo. Alguns alimentos já haviam sido provados pela maioria dos participantes e foi fácil identificar, e outros, a grande maioria do grupo não conhecia o sabor. Esta dinâmica teve o intuito de evidenciar que o novo nem sempre é ruim, que experimentar é um aspecto importante da vida e que nem todos os legumes, verduras ou frutas que aparentam ter gosto ruim realmente não são saborosos.

O objetivo era discutir a alimentação de forma lúdica, prazerosa e vinculada

a um projeto da comunidade, a Horta Comunitária. Muitos discursos e práticas de promoção de saúde focalizam um estilo de vida saudável, onde as de estratégias de prevenção são percebidas como sinônimas de promoção de saúde, desperdiçando ações que podem contribuir na emancipação da população e na busca coletiva para o enfrentamento dos problemas. Nossa intenção não era prescrever a alimentação correta ou vigiar os hábitos que cada um deveria ter, mas experimentar novos lugares e sabores, vinculando esse prazer em experimentar a um projeto desenvolvido pela própria comunidade.

O sétimo encontro - este encontro transcorreu abaixo de muita chuva e estavam presentes doze (12) crianças. Realizou-se uma oficina recreativa composta por jogos e um show de talentos, a fim de proporcionar um momento de lazer, utilizar o lúdico como forma de expressão de sentimentos e evidenciar que todas as pessoas são potentes.

Os jogos estimulavam o raciocínio lógico, a imaginação e a coordenação motora e propiciaram momentos de muitas risadas, lazer, prazer e criação. Após, sugeriu-se às crianças que mostrassem para o grupo habilidades ou atividades que sabiam fazer e que tinham prazer em partilhar, por meio de um “show de talentos”. Todos os presentes realizaram várias atividades, como contar piadas, jogar capoeira, cantar músicas e fazer magia evidenciando suas potencialidades e partilhando com o grupo suas experiências.

O oitavo encontro - estavam presentes quinze (15) crianças e nesse dia realizou-se uma rodada de contação de histórias (algumas de terror) conhecidas ou inventadas pelas crianças, seguida da confecção de um “monstrinho” de argila. Esta atividade objetivou estimular a imaginação e a criação e possibilitar a expressão da criatividade por meio de algo concreto, objetivando sua criação.

Iniciamos a atividade contando uma história e logo após todos os presentes contaram suas histórias, que abarcavam histórias conhecidas, mas também inventaram várias histórias com dragões, bruxas, lobos e cucas. Após as histórias que foram contadas, provocamos novamente a criação e a imaginação das crianças, por meio de atividades concretas e passíveis da visualização de todos. Entregamos à elas argila, pedimos que cada uma criasse o seu próprio monstrinho e disponibilizou-se tinta guache, caso quisessem pintá-lo, após o término da confecção de seus “monstros”, as crianças criaram para cada monstro uma história, que seria partilhada com os demais.

Esse momento possibilitou a expressão de suas vivências e o compartilhamento com o grupo de suas potencialidades e dificuldades, demonstrando criatividade e lógica na sequência de suas histórias inventadas, onde por meio do lúdico puderam expressar seus sentimentos e a maneira como enfrentam seus obstáculos.

Zilbermann (2003) explicita que ouvir e contar histórias desenvolve todo o potencial crítico da criança, faz pensar, duvidar, se perguntar e questionar. Faz sentir-se inquieto, cutucado, querendo saber mais e melhor percebendo que se

pode mudar de ideia. Nesse sentido, podemos afirmar que ouvir e contar histórias desenvolve a capacidade reflexiva das crianças.

O contato com as crianças e com realidade da comunidade contribuiu para a ampliação do nosso olhar sobre a importância do contexto social e cultural para constituição dos sujeitos, que pudemos visualizar além da teoria. A indissociabilidade da teoria e prática e os aspectos surpreendentes nas atividades desenvolvidas (onde era necessário ter sempre a popular “carta na manga”) evidenciaram-se verdadeiros desafios, e em alguns encontros planejou-se atividades com inúmeras dificuldades para sua condução.

A construção do grupo foi coletiva e muitas sugestões de atividades emergiram de seus integrantes ao longo dos encontros, sendo imprescindível que se considere a importância desse aspecto nos trabalhos desenvolvidos com grupos. Outro aspecto relevante é que as atividades que mais envolveram as crianças foram aquelas em que conseguiram desempenhar alguma atividade prática e concreta, aliadas a atividades reflexivas.

O objetivo maior do grupo “Contos & Causos” foi oferecer um espaço de lazer e de trocas significativas, configurando-se em uma vivência estética que teve como mediador a contação de histórias e potencializou a ampliação das possibilidades de “ser” das crianças envolvidas, contribuindo no processo incessante de constituição dos sujeitos. Cabe ressaltar que por constituição entendemos o processo de construção de si, por meio da apropriação do contexto, um “eu” que é eternamente inacabado, constituído nas relações dialéticas e dialógicas que este sujeito estabelece com o social.

Ofertou-se experiências embebidas em afetividade, criatividade e decisões mediadas pelo grupo, propiciando a potencialização da criação e expressão, produzindo lugares mais criativos para “ser no mundo”.

Segundo Sawaia (2007) para atingir a autonomia é necessário desenvolver a criatividade e a imaginação, sendo que toda força criadora encerra elementos afetivos. Essa autora, citando Vigotski e resgatando Lane, aponta que a arte é a expressão da energia criativa que impulsiona a mudança pela criação do novo e, todo ser humano, não só os que superaram a luta pela sobrevivência, tem o direito a ter necessidades elevadas como a do belo, tão fundamental quanto o alimento para se manter vivo.

5 | CONTANDO HISTÓRIAS E PROMOVENDO SAÚDE

Podem estes espaços de contação de histórias serem promotores de saúde? O que sustentaria essa certeza? O que há nessas intervenções capaz de potencializar as crianças vinculadas a elas?

Compreende-se a produção de saúde como sinônima de potencialização

de indivíduos e coletivos para viver a vida com felicidade e liberdade, de maneira emancipada.

Segundo Sawaia (2007) é necessário imaginação e sensibilidade estética para manter viva a capacidade de afetar e ser afetado, nesse sentido é preciso pensar em novas formas de (inter)subjetividades e para tanto, em novas formas de atividade, pois é nela que as subjetividades são modeladas e plasmadas.

Defende-se que a “oficina de contação de histórias” é um espaço de vivência estética que medeia as ações das crianças. Ela promove o estranhamento com o cotidiano e, conseqüentemente, uma ruptura. Por tudo isso, o produto final, não se constitui necessariamente como algo inovador, mas é, essencialmente, a objetivação de um processo de produção, e revela um sujeito que, objetiva sua ação, que não representa sua totalidade, mas o constitui.

Os sujeitos utilizaram a “oficina de contação de histórias” como espaço de expressão de seus sentimentos e emoções, falando de suas famílias, da escola, das possibilidades e impossibilidades vivenciadas nestes dois contextos e assim, destacando o lugar social que ocupam. Vigotski (1999) afirma que a reação estética possibilita que emoções angustiantes e desagradáveis sejam submetidas a uma descarga, a uma complexa transformação dos sentimentos, o que se pode perceber no momento em que compartilham a atividade do dia.

Com bem define Sawaia (1995) a partir de Espinosa, existir é ser **potência**. Ou seja, em existindo, o sujeito dispõe seu corpo ao contato com outros corpos e nesse contato o corpo humano é afetado pelos corpos exteriores de um grande número de maneiras. O encontro com o outro pode resultar numa paixão triste que diminui a potência do corpo, pois retira dele as condições de reagir, uma vez que são encontros perversos que enfraquecem o sujeito; ou podem resultar numa paixão alegre, que aumenta a potência do corpo, imprimindo nele a liberdade de ação, ativando-o em direção ao devir.

Mas como organizar um grupo de promoção de saúde com crianças? Como fazer desse grupo uma experiência estética?

Vigotski (2008) escreve que a brincadeira promove o desenvolvimento da criança, ela proporciona saltos qualitativos na formação dos processos psicológicos complexos. Segundo o autor, “... a brincadeira com situação imaginária é algo essencialmente novo, (...) é um novo tipo de comportamento, cuja essência encontra-se no fato de que a atividade, na situação imaginária, liberta a criança das amarras situacionais”. (VIGOSTKI, 2008, p.7)

Como bem explica Prestes (s/d), com base em Vigotski, a brincadeira imaginária é uma “atividade guia” uma vez que com ela a criança aprende e se desenvolve. Desenvolve seu pensamento abstrato, aprende regras, ela guia o desenvolvimento psicológico gerando novas formações, as formas psicológicas complexas. Nos encontros, as crianças se apropriam da reflexão sobre suas vidas tendo como mediação a afetividade, possibilitando que transcendam as condições existentes. A

afetividade mostra-se mediadora da contação de histórias, sendo linguagem afetivo-reflexiva promotora de possibilidades criativas.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, F.. **Literatura infantil: gostosuras e bobices**. São Paulo: Scipione, 2002.

BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental Infanto-Juvenil**. Ministério da saúde. Brasília/DF: Editora MS, 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Sec. de Vigilância em Saúde - Sec. de Atenção à Saúde. Brasília/DF: Editora MS, 2006.

BUSS, P. M.. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.. & FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

COUTINHO, M.C., BEIRAS, A., PICININ, D., & LUCKMANN, G.L.. Novos caminhos, cooperação e solidariedade: a Psicologia em Empreendimentos solidários. **Psicologia & Sociedade**; 17 (1): 17-28; jan/abr, 2005.

CZERESNIA, D.. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

FILHO, A. E. e GUZZO, R. S. L.. Desigualdade social e pobreza: contexto de vida e de sobrevivência. **Psicologia & Sociedade**; 21 (1): 35-44, 2009.

MACHADO, M. de F. A. S., MONTEIRO, E. M. L. M., QUEIROZ, D. T., VIEIRA, N. F. C. & BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS- uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2), 335-342, 2007.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

SANTOS, L. M. dos, DA ROS, M. A., CREPALDI, M. A. & RAMOS, L. R.. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**, 40(2), 346-52, 2006.

SILVA-ARIOLI, I. G. **Práticas e estilos de pensamento em Promoção de Saúde no contexto da Atenção Básica**. Florianópolis, 190 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

SAWAIA, B.B.. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In: SAWAIA, B.B.. **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

SAWAIA, B.B.. Comunidade como Ética e Estética de Existência: Uma reflexão mediada pelo conceito de Identidade. **Revista PSYKHE**, v.8, N.1, 19-25, 1999.

SAWAIA, B.B.. Teoria Laneana: a univocidade radical aliada à dialética-materialista na criação da Psicologia Social histórico-humana **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 2: 81-89, 2007.

VYGOTSKY, L. **Psicologia da Arte**. (P. Bezerra, Trad). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZILBERMANN, R. **A literatura infantil na escola**. São Paulo: Global, 2003.

FORMAÇÃO DE MONITORES EM IST/AIDS POR MEIO DA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM PARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rodrigo Kelson Pereira dos Santos

Universidade Estadual do Piauí

Teresina – PI

Hellen Tyciane de Santana Gomes

Educação em Saúde e Cuidado Terapêutico –

SESC Ilhotas

Teresina – PI

Francisco Vitor Pereira de Sousa

Faculdade Integral Diferencial – FACID/Wyden

Teresina – PI

Karlla Susane Costa Monteiro

Faculdade Integral Diferencial – FACID/Wyden

Teresina – PI

Flávia de Almeida Carvalho

Hospital Universitário da Universidade Federal do

Piauí - HU-UFPI

Teresina – PI

RESUMO: O projeto Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva (Transando Saúde) do Serviço Social do Comércio – SESC alinha-se à perspectiva da promoção em saúde ao estabelecer objetivos orientados ao autocuidado, que se articulam ao empoderamento para intervenção sobre a qualidade dos ambientes considerados em seus diferentes aspectos – físico, político, social, cultural –almejando, ainda, como um de seus objetivos em longo prazo: ampliar a participação no processo de discussão com os diferentes setores da

sociedade e o envolvimento nas práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade. Sua metodologia prevê o desenvolvimento de processos de capacitação dirigidos aos trabalhadores de empresas e escolas, visando à sua formação como agentes multiplicadores de saúde para a sistematização de ações educativas – educação entre pares – na perspectiva da institucionalização de programas de prevenção no próprio ambiente laboral, sob supervisão, acompanhamento e assessoria técnica do SESC. Ao adotar o raciocínio estratégico e o enfoque participativo na forma de conceber o processo de planejamento, execução e avaliação, integrando atores institucionais das escolas da rede pública e privada (diretores, professores, alunos), secretarias de saúde e de educação, associações comerciais, empresários, trabalhadores das empresas de comércio e serviços, além de representantes da sociedade civil organizada e grupos em situação de vulnerabilidade, conclui-se que esta abordagem tem potencial para efetuar mudanças individuais quanto aos conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos, criar mudanças em nível grupal estimulando a ação coletiva para influenciar políticas e programas e também no nível da sociedade, contribuindo para a alteração de normas instituídas.

PALAVRAS-CHAVE: Educação por pares.

TRAINING OF MONITORS IN STI / AIDS THROUGH THE PEER EDUCATION APPROACH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The project Promotion of Sexual and Reproductive Health (Transando Saúde) by SESC is aligned with the perspective of health promotion by establishing objectives oriented to self-care, which are articulated to the empowerment to intervene on the quality of the environments considered in their different aspects - physical, political, social, cultural - still aiming at one of its long-term objectives: to increase participation in the process of discussion with the different sectors of society and the involvement in the practices of health promotion and quality improvement of community life. Its methodology envisages the development of training processes aimed at the workers of companies and schools, aiming at their training as health multipliers for the systematization of educational actions - peer education - in the perspective of institutionalization of prevention programs in the workplace, under supervision, monitoring and technical advice of SESC. By adopting strategic thinking and a participatory approach in designing the planning, execution and evaluation process, integrating institutional actors from public and private schools (principals, teachers, students), health and education secretariats, trade associations, entrepreneurs, trade and service workers, as well as representatives of organized civil society and vulnerable groups, it is concluded that this approach has the potential to effect individual changes in knowledge, attitudes, beliefs and behaviors, stimulating collective action to influence policies and programs and also at the level of society, contributing to the change of norms instituted.

KEYWORDS: Peer education. Sexual and reproductive health. Prevention of Sexually Transmitted Infections.

1 | INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são extremamente endêmicas e constituem um desafio de saúde pública em escala mundial. Estima-se que surjam, anualmente, 357 milhões de novos casos das quatro principais IST curáveis no grupo etário dos 15 aos 49 anos de idade, ou seja: infecções por clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV (OMS, 2016).

Algumas IST quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo óbito. Assim, pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública (BRASIL, 2015).

A prevenção, estratégia básica para o controle da transmissão, se dá por meio

da constante informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: percepção de risco, mudanças no comportamento sexual e promoção e adoção de medidas preventivas. Tais práticas são mais efetivas quando realizadas por indivíduos capazes de desempenhar atividades informativo-educativas nos mais diversos meios em que estejam inseridos (AYRES, 2003).

Desde o ambiente escolar ao profissional, a educação entre pares – mediação da informação intragrupo – vem se mostrando capaz de abordar aspectos mais estruturais ou contextuais de uma realidade, com melhores resultados (AYRES, 2003).

2 | OBJETIVOS

Formar agentes multiplicadores de saúde direcionados à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

3 | MÉTODOS

Foram formados 15 multiplicadores - 1 professor e 3 alunos da rede pública de ensino, 5 colaboradores de empresas da área da saúde e 6 da entidade promotora - através de curso com 10h de duração, organizado em dois encontros de 5h, no decorrer de duas semanas. O programa foi constituído de quatro oficinas: 1) sexualidade, 2) prevenção às IST/AIDS, 3) prevenção ao uso indevido de drogas e 4) planejamento. A capacitação utilizou metodologia participativa e problematizadora, mediada por profissional de enfermagem capacitada sobre a temática. Aliou-se a sensibilização quanto à temática e a transmissão de conhecimentos, através de técnicas grupais vivenciais, motivando o compromisso e a reflexão crítica e oportunizando a tomada de consciência. Foram desempenhados jogos e dinâmicas de grupo e elaboração de ferramentas para transmitir os conhecimentos aos seus pares.

Os aspectos teóricos abordados foram: metodologia participativa, conceitos de vulnerabilidade, prevenção e promoção de saúde e protagonismo, assim como orientações e cuidados referentes à coordenação de oficinas. Avaliações a cada encontro possibilitaram a adequação do planejamento e dos objetivos do grupo. No final do curso, realizou-se uma oficina de planejamento sobre as possibilidades concretas de ações de prevenção em cada meio.



Imagem 1: Grupo em uma roda de discussão
(Fonte: Próprio autor)



Imagem 2: Parte da equipe de monitores e a formadora
(Fonte: Próprio autor)



Imagem 3: Materiais utilizados no curso
(Fonte: Próprio autor)

4 | ANÁLISE CRÍTICA

De acordo com o relato dos participantes, o curso foi capaz de não só formar a respeito dos conceitos das doenças, mas também de sensibilizar quanto à

necessidade de transmissão das informações.

Verificou-se o empenho no planejamento das ações e, por acompanhamento dos monitores, a realização de atividades de educação em saúde, com resultados satisfatórios, nos meios em que estavam inseridos.

5 | CONCLUSÃO

A formação de multiplicadores do tema IST/AIDS, por meio de metodologias ativas, demonstrou bons resultados práticos, com efetividade da estratégia de multiplicação da informação nos mais diversos meios da sociedade.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. **Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers**, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.113-28, 2003.

BARROS, C.M.S.. **Mediação intersetorial para a promoção da saúde – o projeto Transando Saúde do SESC**. Rio de Janeiro : s.n., 2009. 223 f., il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**, Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

OMS, **Estratégia Mundial do Sector da Saúde para o VIH para 2016-2021**, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2016 (WHO/VIH/2016.05)

IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA-SNA COMPONENTE MUNICIPAL EM UBAJARA-CE

João Harley de Menezes Vasconcelos

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Tanguá - Ceará

Patrícia Feitoza Santos

(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC
Sobral - Ceará

Ione Campos da Silva

Centro Universitário INTA – UNINTA
Sobral - Ceará

Deisyane Sousa do Nascimento Silva

Faculdade Ieducare – FIED
Tanguá-CE

Taynara Viana Paiva

Centro Universitário INTA – UNINTA
Sobral - Ceará

RESUMO: O Sistema Nacional de Auditoria tem a sua representatividade nos entes federativos, através da implantação de seus componentes. A atividade de auditoria, realizada no âmbito das unidades de auditoria do Ministério da Saúde, é crucial para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços no SUS. Através dos relatórios produzidos, desde que sigam métodos e técnicas apropriadas, as auditorias materializam-se em instrumentos utilizados para detectar irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS. O município

de Ubajara-CE implantou seu componente municipal em 2014, através de decreto municipal. A relevância desse estudo se faz no sentido de reconhecer a institucionalização do SNA de forma a ser capaz de realizar auditoria e ser um instrumento de apoio à gestão do SUS do sistema implantado e para isso tem como objetivo descrever a importância do Sistema Nacional de Auditoria Componente Municipal de Ubajara-CE. O componente do SNA estruturado traz benefícios à gestão apontando as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde. Subsidiaria o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde. Para atingir o objetivo, o presente estudo irá analisar as auditorias no período de 2017 a abril de 2018, na atenção primária à saúde, tratando-se de um estudo documental com abordagem quanti-qualitativa. Espera-se através desse estudo demonstrar a importância das auditorias realizadas através de seus componentes no sentido de subsidiar na prevenção de erros que poderiam afetar a população e a própria gestão. **PALAVRAS-CHAVE:** Auditoria, Gestão em Saúde, Atenção Primária a Saúde.

IMPORTANCE OF THE IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL AUDIT SYSTEM - A

ABSTRACT: The National Audit System has its representation in federative entities, through the implementation of its components. The audit activity carried out within the audit units of the Ministry of Health is crucial for improving the quality of actions and services in the SUS. Through the reports produced, as long as they follow appropriate methods and techniques, audits materialize in instruments used to detect irregularities and opportunities for improvement in SUS management. The municipality of Ubajara-CE implemented its municipal component in 2014, by municipal decree. The relevance of this study is in the sense of recognizing the institutionalization of the ANS in order to be able to perform auditing and be a tool to support the SUS management of the implanted system and for this purpose it has to describe the importance of the National System of Audit Component Municipal of Ubajara-CE. The structured ANS component brings benefits to the management by pointing out the fragilities and potentialities of the health system. It subsidizes the planning and adequacy of health policies and actions. To reach the objective, the present study will analyze the audits in the period from 2017 to April 2018, in the primary health care, being a documentary study with quantitative-qualitative approach. It is expected through this study to demonstrate the importance of audits carried out through its components in order to subsidize the prevention of errors that could affect the population and the management itself.

KEYWORDS: Audit, Health Management, Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO

O SNA (Sistema Nacional de Auditoria) é um sistema que quando implantado em cada esfera de governo, ou seja, União, Estados, Municípios e Distrito Federal, tem a finalidade de realizar auditorias, sob a supervisão do (DENASUS) Departamento Nacional de Auditoria do SUS. (BRASIL, 2014).

Para descrever um pouco melhor sobre esse sistema, faz-se necessário realizar um breve levantamento da fundamentação legal do mesmo. Em 1977, pela lei nº 6.439, é criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), delineando um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, o qual era voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios (CARVALHO E SONIA [2019?]). Ao INAMPS cabia a prestação de serviços médico-hospitalares a clientelas previdenciárias, nos marcos da ideia meritocrática de seguro social e eram realizadas pelos supervisores por

meio de apurações em prontuários de paciente e em contas hospitalares. Na época não havia auditorias em hospitais (SNA, [2019?]).

A lei nº 8.689/93 dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada. A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal. (BRASIL, 1993).

Mas, o que o SNA (Sistema Nacional de Auditoria), que substituiu o Inamps, teria como responsabilidade? Segundo Brasil (2014) é de responsabilidade do SNA, exercer atividades de controle das ações e dos serviços de saúde, verificando sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, deve proceder à avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para atingir parâmetros da eficiência, eficácia e efetividade, bem como realizar auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e in loco.

A Constituição Federal, no artigo 97 diz que são de relevância pública as ações e serviços de saúde e que cabe ao Poder Público dispor, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 descreve que o gestor a cada quadrimestre em suas prestações de contas, deverá informar além das ações e serviços públicos de saúde, as auditorias foram realizadas, ou em fase de elaboração e suas recomendações e determinações (BRASIL, 2012).

Seguindo a necessidade de implantação, precedida pela fundamentação legal descrita acima, o município de Ubajara-CE, localizado na Serra da Ibiapaba, a noroeste do estado do Ceará, implantou em 2014 o Sistema Nacional de Auditoria componente Municipal, através de um decreto municipal. A partir da implantação, a equipe de auditores do componente tem realizado atividades de responsabilidade do sistema, dentre elas, auditorias na atenção básica, assessorias para a gestão e a partir disso o presente trabalho têm as seguintes perguntas de partidas: qual importância o sistema trouxe ao município? As auditorias realizadas têm trazido resultados para a gestão? O sistema está realmente estruturado conforme descrito na literatura? Há instâncias regionais, estadual e nacional estão preocupadas com o engajamento do sistema no município de Ubajara-CE?

A relevância desse estudo se faz no sentido de reconhecer a institucionalização do SNA de forma a ser capaz de realizar auditoria e ser um instrumento de apoio à gestão do SUS do sistema implantado e para isso tem como objetivo descrever a

importância do Sistema Nacional de Auditoria Componente Municipal de Ubajara-CE. O componente do SNA estruturado traz benefícios à gestão apontando as fragilidades e potencialidades do sistema de saúde. Subsidia o planejamento e a adequação das políticas e das ações de saúde.

2 | MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo documental, realizado no município de Ubajara-CE, localizado na mesorregião noroeste do estado do Ceará. De acordo com o IBGE (2019), no ano de 2018 o município tinha uma população estimada de 34. 530 pessoas. Em 2019 de acordo com o CNES (Cadastro nacional de Estabelecimento de Saúde) Ubajara-CE, possui 22 estabelecimentos públicos municipais, sendo 13 (treze) unidades básicas de saúde, 4(quatro) postos de saúde, 1 (um) hospital municipal, 1 (um) Centro de atenção Psicossocial do tipo I, 1(um) núcleo de reabilitação, 1(uma) coordenadoria da assistência farmacêutica.

Estudo do tipo documental utiliza fontes primárias, isto é, dados e informações que ainda não foram tratados cientificamente. Como fonte primária, o estudo realizou análise das auditorias e assessorias realizadas pelo componente municipal de auditoria no período de janeiro de 2017 a março de 2019 na atenção básica em Ubajara-CE: auditoria na assistência à prevenção do câncer de mama e colo do útero, auditoria integrada realizada na atenção básica e auditoria na atenção ao pré-natal e realizou análise qualitativa das constatações e da estrutura (documentação legal e estrutura física) do componente implantado. O componente municipal de Auditoria em Ubajara-CE, foi implantado em 2014 por decreto municipal. De 2014 até os dias atuais, tem-se realizados atividades de auditorias e assessorias, por uma equipe mínima formada por duas pessoas.

O presente estudo irá abordar as normas de trabalho acadêmico conforme o parágrafo único do Art. 1 Item III da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | DESENVOLVIMENTO

A estrutura e o funcionamento dos componentes do SNA são definidos por ato normativo próprio de cada ente, de forma a cumprir as competências estabelecidas no artigo 6º da Lei nº 8.689/93. Cada ente com o seu sistema implantado, tem a responsabilidade de contribuir com a gestão do SUS por meio da análise dos resultados das ações e serviços públicos de saúde, com o foco no acesso oportuno e qualidade da atenção oferecida à população. Desempenha também papel importante para a gestão no controle de desperdícios de recursos, viabilizando a transparência e conseqüentemente a credibilidade da gestão (BRASIL,2017a).

Dentre as atividades que os componentes do SNA realizam são as auditorias. De acordo com BRASIL (2014), auditoria é um conjunto de técnicas que avalia a gestão de forma preventiva e operacional, auditando aspectos relacionados aos recursos financeiros, dos recursos, dos processos mediante a confrontação entre uma situação encontrada e o que há de legislação.

O processo de auditoria precisa ser sistemático, documentado, independente, com avaliação objetiva, com critério de auditoria. É sistemática porque possui três fases descritas logo abaixo, é documentado pois todos os seus procedimentos e produtos devem ser registrados segundo determinados padrões de modo a assegurar sua revisão e a organização. É independente porque ao auditor cabe a imparcialidade do seu julgamento, a avaliação objetiva porque a execução de suas atividades o auditor se apoia em fatos e evidências que permitam o convencimento razoável da realidade ou a veracidade dos fatos. O critério de auditoria é o referencial utilizado pelo auditor para fazer seus julgamentos em relação à situação ou condição existente (BRASIL,2017b).

A atividade de auditoria, realizada no âmbito das unidades de auditoria do Ministério da Saúde, é crucial para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços no SUS. Através dos relatórios produzidos, desde que sigam métodos e técnicas apropriadas, as auditorias materializam-se em instrumentos utilizados para detectar irregularidades e oportunidades de melhoria na gestão do SUS. (BRASIL,2017a)

Para o SNA, auditoria é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS, por meio de recomendações e orientações ao auditado, com a finalidade de garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Essa fundamentação, inclusive, contradiz a concepção outrora trazida pelo INAPMS, onde a produção e faturamento eram prioritários, sem necessariamente se preocupar com a qualidade das ações, políticas de saúde. (BRASIL,2011).

Para que não haja prejuízos que direcionem à juízos de valores errados, e considerando que auditoria é uma atividade que requer um rigor metodológico, imparcial, o próprio DENASUS, estabelece que o técnico que atue em seus respectivos entes, realizem de forma responsável as fases de auditoria que consiste: fase analítica, operativa e de relatório final (BRASIL,2017a).

Na analítica os auditores planejam sua auditoria para que esta seja eficiente e eficaz, evitando erros que possam prejudicar as fases posteriores. O produto dessa fase é o relatório analítico. A fase seguinte é a fase in loco, que se chama auditoria operativa. Nessa fase os auditores executam procedimentos de auditoria que forneçam evidência suficiente para respaldar a última fase que é a de relatório. O produto da fase operativa é o relatório preliminar. A última fase é a do relatório final, nesta os auditores devem avaliar a evidência da auditoria e extrair conclusões respaldadas nos achados, ou seja, devem exercer seu julgamento profissional para chegar a uma conclusão acerca do objeto auditado (BRASIL,2017b).

Considerando todas as características da auditoria e o seu processo e de acordo

com a Portaria de Consolidação N^o 2 que diz em ser Art. 2^o que a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária é necessário atividades de auditoria nesse conjunto de ações (BRASIL, 2017 c).

Atenção primária é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo, assim, o primeiro elemento de um processo de atenção contínua à saúde (CAMPOS et al., 2006). Tem como uma de suas principais características ser a porta de entrada dos serviços de saúde, dando continuidade ao cuidado com um atendimento integralizado, visitas domiciliares, reuniões com a comunidade, ações intersetoriais e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Dessa forma a auditoria contribui para melhorar mais ainda os processos de trabalho da atenção básica, não somente apontando as falhas, mas também constatando ações que estão de acordo com as regras e padrões do ministério da saúde.

3.1 Resultados e discussão

Quantidade de Constatações	Itens Constatados
12	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de Educação em Saúde voltada para evitar câncer de colo do útero e mama • Realização de citologia oncológica • Rastreamento do câncer de colo do útero de maneira adequada, ou seja na faixa etária de risco • Educação Permanente em Saúde ou curso de qualificação no rastreamento do Câncer de Colo do útero e mama. • Entrega de resultados em tempo oportuno • Protocolo ou algum instrumento que oriente o processo de trabalho dos profissionais. • Prontuários preenchidos de maneira adequada, com anamnese e exame físico ginecológico • Quantitativo de exames realizados com a quantidade de mulheres na faixa etária da área • Prevenções realizadas X prevenções digitadas no Sistema (SISCAN) • Levantamento de mulheres na faixa e se há busca ativa • Se as mulheres com a lesão de colo do útero são devidamente acompanhadas e cadastradas • Se local que recebe as citologias para serem encaminhadas para laudo está com estrutura adequada para recebimento de lâminas.

Quadro 01: Itens auditados do programa de prevenção do câncer de colo do útero e mama, em Ubajara-CE, 2017.

Fonte: SNA componente municipal Ubajara-CE.

Conforme quadro 1, a equipe do componente municipal ao realizar auditoria no programa de prevenção ao câncer de colo de útero e mama, constatou situações importantes para prevenção, promoção, cura e reabilitação do câncer de colo do útero e de mama. Itens como, educação popular em saúde, educação permanente para profissionais, levantamento e realização de exames nas mulheres em faixa etária de risco, alimentação de sistema de informações, acompanhamento de mulheres já com lesão e outros citados no quadro 1, são achados que melhoram a qualidade da assistência. Tais constatações subsidiam as equipes, para que caso estejam desconformes as equipes possam adaptar-se às recomendações da auditoria, ajustando o que está em desacordo com as portarias, manuais, leis e mantendo o que está de acordo com o preconizado.

Quantidade de Constatações	Itens Constatados
24	<ul style="list-style-type: none"> • Deliberações/Resoluções do Conselho Municipal de Saúde; • Programação Anual de Saúde – PAS/2017/2016; • Metas do SISPACTO não atingidas; • Ausência de protocolos clínicos de regulação; • Demanda reprimida do ano de 2017 e 2018 (janeiro a maio); • Condições insatisfatórias para alimentação do SI-PNI; • Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde; • Mecanismos de Monitoramento, Acompanhamento e Avaliação; • Cobertura Populacional dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS; • CNES e atetos dos profissionais; • Registro de controle de câncer de colo de útero e mama; • Atividades de planejamento reprodutivo; • Exames laboratoriais em gestantes; • Práticas voltadas ao Programa Saúde na Escola – PSE • Linhas de cuidado para pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes; • Qualidade da Atenção/Satisfação do Usuário; • Sobrecarga de atendimentos nas UBS; • Consultório odontológico em condições de funcionamento; • Recursos Materiais/Equipamentos odontológicos; • Certidão de Regularidade Técnica – CRT da Central de Abastecimento Farmacêutica - CAF; • Estrutura Física da CAF; • Armazenamento/Controle de Estoque/Validade da CAF e das UBS; • Satisfação do Usuário/Queixas/Denúncias • Estruturação/Fundamentação Legal do Fundo Municipal de Saúde;

Quadro 02: Itens auditados na auditoria de acompanhamento da auditoria integrada, Ubajara-CE, 2018.

Fonte: SNA componente municipal Ubajara-CE.

Antes de proceder às explicações das constatações da auditoria do quadro 2, faz-se necessário a descrição do conceito de auditoria Integrada. De acordo com Brasil (2011) uma auditoria integrada consiste na participação de entes federativos

podendo ser união, estado e município participando da atividade. Em Ubajara-CE, em 2015, aconteceu uma auditoria Integrada, com a participação do SEAUD-CE, ente que representou o Ministério da Saúde, a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, que representou o Estado e o componente municipal de Ubajara. Esta auditoria foi realizada na atenção básica, onde foi nesse momento que o componente municipal teve a oportunidade de se aproximar do passo a passo que os auditores do Ministério da Saúde já realizavam em sua prática, qualificando ainda mais o componente municipal de Ubajara-CE.

Em 2018, sendo uma determinação do próprio SEAUD-CE, e fazendo parte do planejamento anual da equipe do componente municipal, este realizou uma auditoria de acompanhamento da auditoria integrada de 2015. Conforme quadro 2, os itens constatados na auditoria de acompanhamento, são itens relacionados aos instrumentos de planejamento e gestão como Programação Anual de Saúde do Município, Pactuação Federal de metas que são alimentadas no SISPACTO, Regulação, SI-PNI, Estrutura Física das UBS, e todos outros amplamente descritos no quadro 2. Tais itens serão de extrema relevância para qualificação da gestão, assim como as recomendações para ajustes conforme a legislação vigente.

Quantidade de Constatções	Itens Constatados
13	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade de óbitos fetais e não fetais do município • Sistema de Informação e-SUS • Exames Laboratoriais • Ultrassonografia Obstétrica • Intervalo de Consultas das gestantes • Consultas de profissionais médicos, dentistas e enfermeiros. • Tipos de risco gestacional • Dados antropométricos • Registro de Pressão Arterial, Altura Uterina, e Batimento Cardio/ Fetal • Visita de Puerpério • Entrevista com Gestantes • Educação em Saúde • Técnica do Pré-Natal

Quadro 03: Itens auditados na auditoria no programa de pré-natal, parto e puerpério, Ubajara-CE, 2019.

Fonte: SNA componente municipal de Ubajara-CE

De acordo com o quadro 3, segue os itens constatados na auditoria do programa de pré-natal, parto e puerpério do município. Estes itens são de muita importância de qualificação do pré-natal e prevenção de situações graves que comprometem a saúde da gestante e filho. As recomendações do relatório de auditoria para as situações que não estejam conforme, ampliam o escopo de atuação da saúde da família, e ajudam a gestão corrigindo os erros, principalmente relacionados ao prazo de exames laboratoriais, de ultrassonografia obstétrica.

Dessa forma, através desses quadros descritos, pode-se perceber que a auditoria é sem dúvidas muito importante ao município, pois seu processo de trabalho traz informações pertinentes baseando-se em evidências norteadas pela legislação federal e manuais padronizado e reconhecidos nacionalmente. Pôde-se perceber melhorias implantadas após acatamento das recomendações.

Os processos de trabalho dos componentes municipais têm tido apoio constante da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, que implantou uma Câmara Técnica onde mensalmente tem reuniões em que os auditores realizam capacitações, esclarecem dúvidas, discutem sobre as auditorias de seus respectivos componentes. Além do apoio da Regional de Saúde que o município de Ubajara-CE faz parte, o DENASUS, através do SEAUD-CE, tem tido inúmeras participações do processo de desenvolvimento do componente, participando das reuniões, ou solicitando a presença da Coordenação da Câmara Técnica em Fortaleza-CE, para saber do andamento de trabalhos das equipes dos componentes municipais da 13ª CRES.

Enfim, para finalizar, infelizmente o componente municipal de auditoria de Ubajara-CE apesar de ter tido avanços, tem ainda dificuldades relacionadas à estrutura física, recursos humanos. De acordo com Brasil (2014), o que caracteriza um componente do SNA estruturado, é estar no organograma da secretaria de saúde, com estrutura físico-financeira e logística definida e uma equipe multiprofissional. Precisa também utilizar o sistema de informação SISAUD/SUS e a equipe a exemplo do federal com uma equipe capaz de desenvolver ações técnicas e administrativas de auditoria. A sala do componente municipal de Ubajara-CE ainda é compartilhada com o setor de Controle e Avaliação e possui algumas deficiências como computadores insuficientes, armários para a guarda de documentos. Além disso, o componente possui somente dois auditores com especialização na área, havendo a necessidade de uma equipe maior. Ainda não há alimentação das auditorias no SISAUD/SUS, pois sistema passou por modificações e a equipe do componente municipal de Ubajara-CE, está aguardando treinamento, porém as auditorias realizadas são enviados para o Conselho Municipal de Saúde de Ubajara-CE para o conhecimentos dos conselheiros. Apesar de uma equipe mínima, esta tem se empenhado para desenvolver atividades de auditoria com muita ética e tecnicismo conforme preconiza o DENASUS (Departamento Nacional de Auditoria do SUS)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria é sem dúvidas, um processo sistemático, documentado, independente, que utiliza critérios que objetivam a atividade. Nada mais que justo, que existam processos de trabalho de auditoria na atenção básica a saúde, visto que esta é o primeiro nível de atenção à saúde onde as pessoas tem acesso. É importante a implantação dos componentes municipais através do Sistema Nacional

de Auditoria, pois estes, mesmos com inúmeros desafios, têm realizado auditorias que subsidiam a gestão na tomada de decisões.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS: orientações básicas**, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria: SNA do Sistema Único de Saúde**, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria: SNA do Sistema Único de Saúde**, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Auditoria do SUS no contexto do SNA: qualificação do relatório de Auditoria**, 2017 a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão estratégica e participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde**, 2017 b.

_____. Lei 8.689 de 27 de julho de 1993. **Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm Acesso em 15 mai de 2019.

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

_____. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso, 15mai 2019.

_____. Portaria de Consolidação Nº 2. **Consolidação das normas sobre as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde**. Anexo XXI, Política Nacional da Atenção Básica, 2017.

CAMPOS, G.W.S, et a. **Atenção Primária a Saúde e Estratégia de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006

Sistema Nacional de Auditoria. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>. Acesso em: 17 mai.2019.

Sonia Fleury e Antônio Carvalho (Sonia Fleury e Antônio Ivo de Carvalho). **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social**. In: CPDOC I FGV Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Rio de Janeiro, RJ [2019?]. Disponível em <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em:18 mai.2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília:Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

INSTRUMENTOS VALIDADOS UTILIZADOS COM CUIDADORES NO CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Livia Alessandra Gomes Aroucha

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFMA
São Luís – Maranhão

Tamires Barradas Cavalcante

Doutoranda do Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva da UFMA
São Luís – Maranhão

Ana Hélia de Lima Sardinha

Doutora em Ciências Pedagógicas pelo Ministério de Educacion del Instituto Central Ciências Pedagógicas. Professora associado III da UFMA.
São Luís – Maranhão

Ana Paula Matos Ferreira

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFMA
São Luís – Maranhão

Moisés Ferreira Serra

Graduado pela UFMA, especialista em Unidade de Terapia Intensiva e em saúde pública com ênfase em saúde da família pela UFMA/ UNASSUS.
São Luís – Maranhão

RESUMO: Foi realizada uma revisão integrativa com objetivo de identificar na literatura instrumentos validados utilizados com cuidadores no contexto hospitalar. A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, Web of Science, Lilacs e CINAHL com os descritores

cuidadores, estudos validados, educação em saúde e hospitalização. Foram selecionados 17 artigos. Foram encontrados 28 instrumentos validados utilizados com cuidadores no contexto hospitalar. Os resultados foram categorizados por temáticas: Avaliação de conhecimento do cuidador (n=13); Cuidador como objeto de cuidado (n=13) e; Relacionamento paciente x cuidador (n=1). A utilização de instrumentos validados com cuidadores representa um avanço na qualidade da assistência. Este estudo constitui-se um facilitador para outros pesquisadores com interesse em conhecer os instrumentos validados e disponíveis na literatura.

PALAVRAS CHAVES: Cuidador. Estudos validados. Educação em saúde. Hospitalização.

VALIDATED INSTRUMENTS USED WITH CAREGIVERS IN THE HOSPITAL CONTEXT: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: An integrative review was carried out to identify validated instruments used with caregivers in the hospital context. The search was performed in the PubMed, Web of Science, Lilacs and CINAHL databases with the descriptors caregivers, validated studies, health education and hospitalization. 17 articles were selected. We found 28 validated instruments

used with caregivers in the hospital context. The results were categorized by the following themes: Assessment of knowledge of the caregiver (n = 13); Caregiver as care object (n = 13) e; Relationship between patient and caregiver (n = 1). The use of validated instruments with caregivers represents an advance in the quality of care. This study is a facilitator for other researchers interested in knowing the instruments validated and available in the literature.

KEYWORDS: Caregiver. Validated studies. Health education. Hospitalization.

INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma área do conhecimento que abrange diversas atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar. Nos diferentes cenários de atuação, sejam eles creches, escolas, ambulatórios, hospitais, o exercício da prática profissional não se restringe apenas a sujeitos em situação de doença. Desse modo, na sociedade moderna, a prática educativa na enfermagem vem despontando como principal estratégia de promoção de saúde (SILVA et al. 2015).

O Ministério da Saúde define educação em saúde como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde cujo objetivo é à apropriação temática pela população, sendo um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e na discussão com os profissionais e os gestores alcançando uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades e prioridades (BRASIL, 2006).

A educação em saúde é um processo ensino-aprendizagem e sua funcionalidade envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG et al. 2014).

O processo depende do desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, que permita desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de opinar, propor, repensar e avaliar suas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (SILVA et al. 2015; MACHADO et al. 2007).

Apesar da assistência de enfermagem destacar-se com o cuidado ao doente, com o passar do tempo, o progresso científico e o estabelecimento da enfermagem como ciência, lançam suportes para que novos espaços sejam conquistados. O cenário que consistia apenas no indivíduo adoecido, passa a contemplar a família e seus cuidadores, que por sua vez, sempre tiveram uma presença significativa no cuidado ao paciente, seja no cuidado (in) direto no cuidado em nível hospitalar ou domiciliar (FELDMAN; FORTES; CUNHA; 2005).

A idealização da qualidade dos serviços hospitalares traz consigo a necessidade

de discutir estratégias que deem suporte às instituições para que possam atender às necessidades e exigências do paciente e da família em todas as suas dimensões. A criação de fichas, protocolos, sistemas, programas e políticas têm ganhado espaço nas discussões e pesquisas no campo hospitalar (KARINO, FELLI; 2012).

A utilização de instrumentos validados em pesquisas, além de representarem este novo espaço, torna-se válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar. A validação de instrumentos inclui validade de conteúdo, validade de aparência, validade de critério e validade de constructo (NETTO et al. 2018).

Nessa perspectiva, são relevantes estudos que evidenciem o uso de instrumentos validados no contexto hospitalar desvelando o processo de educação em saúde para além do cliente e que direcionem a sociedade científica na escolha do melhor instrumento a ser utilizado segundo seu objeto de pesquisa.

Assim, este estudo visa buscar na literatura instrumentos validados utilizados com cuidadores durante a internação hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Para atingir o objetivo foi definida a questão norteadora da pesquisa: Quais instrumentos validados podem ser encontrados na literatura utilizados em pesquisa com cuidadores no contexto hospitalar?

O estabelecimento dos termos chave da pesquisa foi realizado através da estratégia PICo, com adaptação para pesquisas não clínicas, onde foram definidos como: População/Paciente/Problema (P): Acompanhantes/ Cuidadores; Interesse (I): Estudos de validação/ Educação em saúde/ Conhecimento e Contexto (Co): Contexto Hospitalar/ Hospitalização (KARINO, FELLI; 2012).

Após esta etapa, foi realizada a identificação dos descritores e palavras-chave relacionados aos termos da estratégia PICo. O termo População (P) abrangeu os descritores padronizados e não padronizados: “medical chaperones”, “caregivers”, “companions” e “caregiver support”; Interesse (I): “validation studies”, “Instruments for management of scientific activity”, “knowledge”, “health education”, “research instruments”, “instrument validation”, “education continuing”; Contexto (Co): “hospitalization”, “inpatient care units” e “inpatients”.

O levantamento das publicações indexadas foi realizado nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018. As bases de dados escolhidas para a busca foram: PubMed, Web of Science, Lilacs e CINAHL depois de estabelecidos os descritores padronizados e não padronizados.

Foram feitas as combinações com os termos utilizando-se os operadores booleanos (delimitadores) “OR” e “AND”, onde o primeiro foi usado para combinação dos descritores e palavras-chave comum a cada componente da estratégia PICo, e

o segundo, para finalização da estratégia de busca, foi feita a combinação dos três termos: (P) AND (I) AND (Co).

A seleção dos artigos baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos deste trabalho. Foram adotados como critérios de elegibilidade artigos com textos completos disponíveis, relacionados à referente pesquisa; estudos primários encontrados tanto diretamente nas bases de dados, como em referências de artigos de revisão. Os critérios de não inclusão contemplaram artigos de revisão, duplicados, pesquisas realizadas a nível ambulatorial ou domiciliar, pesquisas com aplicação de instrumentos validados com pacientes, pesquisas qualitativas que utilizavam apenas questionários semiestruturados não validados e estudos anteriores ao ano de 2008.

Foram encontrados 1.004 estudos e selecionados 55 após a leitura de títulos e resumos. Após leitura na íntegra dos artigos selecionados, foram utilizados na amostragem desta revisão 17 artigos.

RESULTADOS

A amostra final foi de 17 artigos. Destes apenas 04 são pesquisas nacionais, os demais, internacionais.

Autor	Ano	País	Instrumentos validados utilizados
Negretto, GW; Almeida SHO; Pizzol TSD ⁽⁸⁾	2011	Brasil	1. Material educativo impresso (MEI)*
Cabrera GV ⁽⁹⁾	2015	Peru	1. Instrumento – Conocimientos (Manual de Psicoeducación para familiares del paciente com esquizofrenia)*
Meade et al ⁽¹⁰⁾	2014	Estados Unidos	1. Family Needs Questionare- FNQ (Kreutzer, 1988)
Sahin ZA ⁽¹¹⁾	2008	Turquia	1. Perceived Social Support From Family Scale (PSS-Fa); 2. Loneliness Scale (UCLA-LS); 3. Beck Depression Inventory (BDI)
Ozer N; Akyil R ⁽¹²⁾	2012	Turquia	Zarit Burden Interview (ZBI)
Jongudomkarn D; Angsupakorn N; Siripul P ⁽¹³⁾	2008	Tailândia	1. KKU Pediatric Pain Assessment Tool*
Shulman RW; Kalra S; Jiang JZ ⁽¹⁴⁾	2016	Canadá	1. Sour Seven Questionnaire*
Chirongoma F; Chengetanai S; Tadyanemhandu C ⁽¹⁵⁾	2014	Zimbábue	1. First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries*
Boltz et al ⁽¹⁶⁾	2016	Estados Unidos	1. Quality of the relationship 2. Modified Caregiver Strain Index (MCSI) 3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) subscale for Depression (HADS-D)

Jeong YG; Jeong YJ; Kim WC ⁽¹⁷⁾	2015	Korea	1. Zarit Burden Interview (ZBI)
Smoleń E; Ksykiewicz A ⁽¹⁸⁾	2015	Polônia	1. Questionário padronizado para o nível de satisfação dos pais / cuidadores de cuidados de enfermagem*
Kipperman et al ⁽¹⁹⁾	2013	África	1. Asthma knowledge, aptitude, and practice” *
Bull et al ⁽²⁰⁾	2017	Estados Unidos	1. Family Version of the Confusion Assessment Method (FAM-CAM)
Ullrich et al ⁽²¹⁾	2017	Alemanha	1. Short Form-8 Health Survey (SF-8) 2. Distress Thermometer (DT) of the National Comprehensive Cancer Network 3. Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) 4. Patient Health Questionnaire depression module 9 (PHQ-9) 5. Family Inventory of Needs (FIN) 6. Palliative Care Outcome Scale (POS) 7. FAMCARE-2
Commodare E. ⁽²²⁾	2010	Itália	1. Psychological Stress Measure (PSM) State Trait Anxiety Inventory (STAI)
Paes et al ⁽²³⁾	2009	Brasil	1. SF 36 (Short Form)
Rossit et al ⁽²⁵⁾	2011	Brasil	1. Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Denver I (BONNER; MILLING; WALKER, 1984 apud BRASIL, 2002)

Quadro 1–Caracterização das referências participantes da amostra do estudo referências com os respectivos instrumentos validados utilizados em seus percursos metodológicos, 2018, São Luis- MA

As referências que atenderam ao objetivo proposto estão elencadas com os seus respectivos instrumentos validados utilizados durante seu percurso metodológico, conforme o quadro 1.

Após a realização dos levantamentos das referências com seus respectivos instrumentos validados, realizou-se a busca individual de cada instrumento por meio de seus artigos originais (artigos primários) para compreensão de seus objetivos e seus critérios de avaliação, conforme o quadro 2.

Instrumento Validado	O que avalia?
Material educativo impresso (MEI)	Foi desenvolvido para auxiliar na preparação de medicamentos extemporâneos pós-alta hospitalar em pediatria. Foi elaborada uma primeira versão de MEI e avaliada por 26 profissionais da saúde por meio do instrumento EVALPEM (Evaluation of Printed Education Materials) modificado. A partir das contribuições dos profissionais foi elaborada uma segunda versão avaliada por 5 cuidadores de crianças utilizando-se o questionário adaptado de Doak.
Instrumento – Conocimientos (Manual de Psicoeducación para familiares del paciente com esquizofrenia)	O instrumento do programa de Psicoeducação é efetivo em avaliar e aumentar conhecimento de cuidadores familiares de pacientes esquizofrênicos através de 22 itens que trabalham com a temática.

Family Needs Questionnaire- FNQ	Foi desenvolvido para fornecer informações sobre as necessidades únicas dos membros da família após lesão cerebral traumática. O FNQ inclui 40 itens que representam diversas necessidades que podem surgir durante a reabilitação aguda, logo após a alta, e no longo prazo. As escalas derivadas do fator incluem: Informações sobre saúde, suporte emocional, suporte instrumental, suporte profissional, rede de apoio comunitário e envolvimento com cuidados.
Perceived Social Support From Family Scale	Mede a extensão ao qual um indivíduo percebe sua necessidade de apoio e informações. A escala consiste de 20 declarações, às quais o indivíduo responde com “sim” “Não” ou “não sei”. Para cada item, a resposta indicativa. Os escores totais variaram de 0 (sem suporte social percebido) a 20 (máximo suporte social percebido).
Loneliness Scale (UCLA-LS)	Avalia os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. Os participantes são convidados a avaliar 20 declarações sobre a frequência com que concordaram com a descrição. As respostas variaram de 1 (não de todo) a 4 (muitas vezes), com um alcance total de 20-80.
Beck Depression Inventory (BDI)	Avalia sintomas depressivos e é uma escala de 21 itens que varia de 0 (raramente ou nenhum tempo) a 3 (a maioria ou a toda a hora). A mais alta pontuação é 63; 1-10 é considerado normal, 11-16 indica uma leve perturbação do humor, 17-20 indica depressão clínica limítrofe, 21-30 indica depressão moderada, 31-40 indica depressão grave e mais de 40 indica depressão extrema.
Zarit Burden (ZBI)	Avalia 22 itens que refletem nos aspectos da saúde, social e pessoal; situação financeira; bem-estar emocional; e relacionamentos interpessoais. A escala foi desenvolvida para ser autoadministrada, mas pode também ser administrado por um entrevistador. Cada item é classificado de 0 a 4, onde 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = bastante frequentemente, e 4 = quase sempre. O fardo do cuidador é avaliado por meio do escore total obtido a partir do soma total das perguntas. A pontuação total é obtida por adicionando todos os itens, que podem variar de 0 a 88. O maior a pontuação total, maior o fardo.
KKU Pediatric Pain Assessment Tool	Instrumento avalia dor pediátrica para serem utilizados pelos pais e cuidadores de crianças hospitalizadas. Teve suporte de 3 outros instrumentos já validados: Pain Assessment Tools, Numeric Rating Scale e Wong-Baker FACES Pain Rating Scale.
Sour Seven Questionnaire	Ferramenta de triagem para o delírio, um questionário de 7 itens concluído a partir de observação de cuidador informal ou inexperiente.
First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries	O instrumento inclui três seções: a demográfica, o histórico de queimadas e práticas de primeiros socorros que os cuidadores haviam ouvido falar, mas não necessariamente, usaram quando ocorreu a queimadura.
Quality of the relationship	A Escala de Mutualidade reflete a natureza interativa da qualidade do relacionamento, incluindo dimensões de reciprocidade, amor, atividades compartilhadas agradáveis e valores compartilhados. Quinze itens são classificados em uma escala de 5 pontos que varia de 0 (não do todo) a 4 (um ótimo negócio) com pontuações variando de 0 a 60 (alta mutualidade).
Modified Caregiver Strain Index (MCSI)	Ferramenta de 13 questões com muito boa confiabilidade interna. O MCSI mede a tensão relacionada aos seguintes domínios afetados em cuidadores de saúde: emprego, financeiro, físico, social e horário. Uma pontuação positiva (7 ou mais itens positivos) no MCSI indica a necessidade de uma avaliação mais aprofundada para facilitar a intervenção apropriada.
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) subscale for Depression (HADS-D)	Avalia a depressão em cuidadores familiares. As pontuações podem variar de 0-21 com pontuações classificadas da seguinte forma: normal (0-7), leve (8-10), moderada (11-14), grave (15-21).

Questionário padronizado para o nível de satisfação dos pais / cuidadores de cuidados de enfermagem	O questionário consiste em 5 partes (critério principal) e atribuído total 44 pontos. Os critérios específicos são: informação (8 critérios), cuidados e tratamento (9 critérios), disponibilidade (2 critérios), participação dos pais (6 critérios), abordagem profissional (19 critérios).
Asthma knowledge, aptitude, and practice	Avaliam o conhecimento da asma (fisiopatologia, prevenção e gestão), incluindo acesso a um plano de ação de asma; Frequência e uso de medicamentos que foram utilizados conforme classificação da gravidade e controle da asma antes e depois das oficinas de Educação em saúde. O questionário foi inicialmente administrado a 10 cuidadores para garantir que a linguagem e o conteúdo era apropriado para a nossa população de pacientes. As respostas foram registradas como resposta binária (Sim / Não) ou como uma resposta de 5 pontos (1 = não útil, 2 = pouco útil, 3 = moderadamente útil, 4 = bastante útil e 5 = extremamente útil).
Family Version of the Confusion Assessment Method (FAM-CAM)	É um questionário de 19 itens que avalia o conhecimento do delírio, sintomas, fatores de risco e ações apropriadas quando um adulto mais velho tem esses sintomas. Os itens incluem ação adequada e inadequada. Os itens são marcados 1 para respostas corretas e 0 para respostas incorretas. O intervalo possível é de 0 a 19, com maiores pontuações que refletem mais conhecimento sobre o delírio.
Short Form-8 Health Survey (SF-8)	Avalia a qualidade de vida por meio de oito aspectos e de modo curto. A escala varia de 0 (excelente) a 5 (muito mal). Valores mais elevados representam menor qualidade de vida.
Distress Thermometer (DT) of the National Comprehensive Cancer Network	Mede a angústia subjetiva em uma escala que varia de 0 (sem angústia) para 10 (dificuldade extrema). A lista adicional de problemas são respondidas com “sim” e “não”. A lista constitui 23 problemas.
Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7)	Com base no diagnóstico DSM-IV de ansiedade generalizada o instrumento avalia a frequência de sintomas de ansiedade generalizada últimas 2 semanas. Os itens são classificados em quatro pontos variando de 0 (nao) para 3 (quase todos os dias) com um total pontuação variando de 0 a 21. Uma pontuação até 4 indica a ausência, pontuação de 5-9 leve, pontuação de 10-14 moderado e pontuação ≥ 15 grave níveis de sintomas de ansiedade.
Patient Health Questionnaire depression module 9 (PHQ-9)	Com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV para depressão o instrumento com 9 itens avaliam a frequência de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas. Os itens são marcados em uma escala de de quatro pontos variando de 0 (nada) a 3 (quase todos os dias) com uma pontuação total variando de 0 a 27. Uma pontuação até 4 indica a ausência, pontuação de 5-9 leve, pontuação de 10-14 moderado e pontuação ≥ 15 grave níveis de sintomas depressivos.
Family Inventory of Needs (FIN)	Mede as necessidades de apoio da família cuidadores e à medida que estes são atendidos. 20 itens são classificados em duas subescalas: FIN-Importance e FIN-Fulfillment. Avaliações variam entre 1 (não importante) e 5 (extremamente importante para FIN-Importance e 0 (não encontrado), 0,5 (parcialmente preenchido) e 1 (encontrado). Para FIN-Importance, resposta categorias foram dicotomizados em “não / um pouco /moderado “vs.” muito / extremamente importante “. Para FIN-Fulfillment, as necessidades indicadas (em menos “um pouco importante”) foram classificados “não atendidas” se parcialmente ou não encontradas.

Palliative Care Outcome Scale (POS)	Avalia através de 11 itens aspectos físicos, a prática, o emocional, e preocupações psicossociais do paciente e cuidador familiar. As faixas de pontuação geral variam de 0 a 40. Uma pontuação de soma menor indica melhores resultados de cuidados paliativos.
FAMCARE-2	Ferramenta usada para medir a satisfação da família dos cuidados oferecidos ao paciente com câncer avançado. Consiste em 17 itens marcados em escala de cinco pontos de “muito satisfeito” para “muito insatisfeito”. A pontuação total que varia de 17 a 85. Maiores resultados indicam maior satisfação.
Psychological Stress Measure (PSM)	O PSM mede o estresse como resultado de um complexo sistema de resposta. Segundo os autores, a resposta ao estresse é uma tentativa de lidar com a tensão que se manifesta de diferentes formas psicológicas e fisiológicas, também como em diferentes graus. Portanto, não é puramente clínico. O questionário consiste em 49 itens, com base no várias percepções individuais de aspectos cognitivos, fisiológicos e estado comportamental.
State Trait Anxiety Inventory (STAI)	Avalia o estado de ansiedade como um reflexo de estado emocional transitório e uma condição do organismo humano que se caracteriza por subjetividade, conscientemente percebido através de sentimentos de tensão e apreensão com aumentou a atividade do sistema nervoso autônomo. O STAI emergiu como um procedimento psicometricamente sólido para medir a ansiedade. As pontuações STAI têm uma interpretação: pontuações altas em suas respectivas escalas significa mais traço ou estado de ansiedade e baixa pontuação significa menos.
SF 36 (Short Form)	O questionário possui 36 itens, reunidos em dois grandes componentes denominados físicos e mentais. Apresenta oito domínios: capacidade funcional, aspecto físico, aspecto emocional, saúde mental, aspectos sociais, vitalidade, dor e percepção geral da saúde. O escore é de zero a cem, com valores maiores indicando melhor qualidade de vida.
Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Denver I	A Ficha funciona como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, incluindo alguns aspectos psíquicos. O instrumento contempla quatro indicadores: maturativo; psicomotor; social; e psíquico. Ao se aplicar o instrumento, algumas das seguintes situações podem ocorrer: a) presença das respostas esperadas para a idade – desenvolvimento normal; b) falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade – atraso no desenvolvimento; e c) ausência do marco do desenvolvimento com persistência do atraso sendo um indicativo de alteração no desenvolvimento a ser melhor investigado - inspira cuidados (ou no último quadro sombreado).

Quadro 2– Instrumentos validados com referências de seus artigos primários e seus critérios avaliativos.

Nos 17 estudos selecionados para esta revisão sistemática, encontrou-se 28 instrumentos validados utilizados com cuidadores com o enfoque na Educação em saúde, sendo que apenas o instrumento “Zarit Burden Interview” (ZBI) foi utilizado

em dois artigos distintos.

Apesar do acesso as referências dos artigos primários de cada Instrumento Validado, a maior parte deles não estava disponível na íntegra, ou não disponibilizavam o acesso ao instrumento. Os artigos secundários que utilizaram os instrumentos validados devidamente referenciados relataram em seu percurso metodológico que o mesmo foi cedido pelo autor.

Para facilitar a compreensão, categorizou os instrumentos por temáticas de avaliação. 13 instrumentos encontram-se na categoria Avaliação de conhecimento do cuidador, 13 na categoria Cuidador como objeto de cuidado e 01 na categoria Relacionamento paciente x cuidador.

DISCUSSÃO

Muitas pesquisas têm buscado ampliar o conhecimento e a aplicação de procedimentos de avaliação confiáveis e específicos, delimitando assim o objeto de pesquisa. No entanto, faz-se necessário que esses instrumentos possuam qualidades psicométricas (validade e reprodutibilidade) que garantam a confiabilidade dos indicadores avaliados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para a validade de um instrumento, uma das dimensões mais importantes e implica em analisar se este é capaz de avaliar o que esta sendo proposto. A confiabilidade e validade de conteúdo de um questionário é uma avaliação subjetiva, feita com o objetivo de analisar a capacidade de representar um comportamento da amostra a ser avaliado, determinando se os itens selecionados para sua composição é adequada. É importante verificar, por meio de procedimentos que asseguram a confiabilidade dos indicadores, instrumentos que permitam conhecer o indivíduo ou o objeto em questão, de forma eficiente e mais generalizada (NASCIMENTO et al. 2011; NETTO, 2018).

A primeira categoria dos resultados obtidos engloba todos os instrumentos validados cujo objetivo é avaliar o conhecimento do cuidador. Nos artigos em questão, temos avaliação conhecimento sobre patologias, como asma, lesão cerebral traumática e esquizofrenia, assim como reconhecimento de sinais e sintomas, como o Delírio, e avaliação da satisfação deste frente à assistência prestada ao seu paciente.

A capacitação e acompanhamento de membros familiares e cuidadores se constitui como parte elementar de assistência, na tentativa de promover o cuidado como uma atividade mais leve, de forma a melhorar a qualidade de vida de todos os envolvidos (FERNANDO; ANGELO, 2018).

O enfermeiro detém importante papel na preparação para a alta hospitalar, garantindo práticas assistenciais domiciliares de continuidade, após levantamento dos pontos de intervenção. Todas essas práticas realizadas com o cuidador familiar podem estabelecer uma assistência de forma mais correta, desde que a intervenção

seja capaz de minimizar anseios, dúvidas e as possíveis complicações geradoras de reinternações (SOUZA et al. 2014).

A utilização de instrumentos para avaliar o conhecimento do cuidador, engloba aspectos importantes e bem delimitados para o exercício da educação em saúde, onde o cuidador passa a reconhecer sinais de piora do quadro clínico, assim como preparo de medicações, manuseio dos acessórios e dispositivos de assistência em uso. Essa capacitação torna-se uma maneira de promover a humanização com acolhimento destinado ao cuidador, que se encontra tão desgastado pela situação (MACHADO et al.2013).

A segunda categoria contempla os instrumentos validados que utilizaram o cuidador como objeto de cuidado, com enfoque nos mais diversificados temas, como qualidade de vida, avaliação de isolamento social, fardo e angústia subjetiva, avaliação/triagem de sintomas depressivos e ansiedade generalizada.

As demandas de cuidado vêm sendo estudadas como preditoras importantes para os cuidadores. A depressão e a ansiedade, por exemplo, são constantemente citadas e avaliadas por meios de instrumentos validados que funcionam como triagem de tais patologias. As sobrecargas muitas vezes referenciadas pelo cuidador também se mostram como um relevante preditor de saúde do mesmo, que por vezes é associada com menor qualidade de vida do cuidador (SANTOS et al. 2014).

Além do desgaste emocional, sentimentos de angústia diante do desgaste a que estão submetidos constantemente, há alterações no padrão de saúde devido à sobrecarga imposta pela rotina de trabalho, como a movimentação de pacientes pesados em estado crítico de saúde, resulta no aumento da incidência de doenças nos cuidadores formais (ALVES, 2013).

O bem estar físico do cuidador tem sido uma variável importante nos estudos com cuidadores, sendo associada a sintomas depressivos, de ansiedade e de isolamento social. Como o cuidador avalia a sua saúde é um aspecto relevante nos estudos com cuidadores, partindo do princípio que para cuidar, é necessário projetar-se no lugar do outro, tomando consciência de si próprio, para sentir e ser capaz de ver a necessidade do outro (PINQUART; SÖRENSEN, 2011).

A terceira categoria contém um único instrumento validado que é voltado para avaliação do relacionamento entre paciente e cuidador. O bom relacionamento entre o cuidador e o ser que é cuidado é fundamental para o sucesso da terapêutica. Essa relação será influenciada diretamente pelo nível de dependência do paciente. Quanto mais dependente este for, melhor deverá ser o estabelecimento de vínculos, seja com o cuidador informal ou o familiar.

Apesar da mínima quantidade de estudos que relacionem apenas o relacionamento do cuidador com o paciente, sendo mais comum a análise da tríade enfermeiro- cuidador- paciente, estudos apontam como aspectos positivos da atividade de cuidar e de ajudar a superar dificuldades, como união, solidariedade, valorização do trabalho, humanização, capacidade de colocar-se no lugar do outro e

oportunidade de reaproximação (ALVES, 2013; ANJOS; ZAGO, 2014).

Alguns autores declaram que o apego e envolvimento podem levar a uma aproximação, subsequenciada pelo sofrimento advindo da sensação de perda, que pode ser gerada tanto pela alta hospitalar quanto pela morte de um paciente. O vínculo cuidador- paciente se estabelece devido numa proporção direta ao tempo de internação. O vínculo é fundamental para a humanização do cuidado, porém os cuidadores devem estar atentos ao estabelecimento de limites, para que nenhuma das partes tenha prejuízos (ALVES, 2013; *CHRISTOFOLETTI et al. 2013*; *SANTOS et al. 2014*).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou a reflexão e a compreensão sobre o uso de instrumentos validados com cuidadores no contexto hospitalar. Os instrumentos revelam aspectos envolvidos no cuidar para promoção de educação em saúde pela equipe multidisciplinar, ampliando assim o espectro do cuidado para os cuidadores no contexto hospitalar.

Identificou-se ainda, que a preocupação com o paciente hospitalizado, para garantir seu atendimento integral e humanizado, como também o próprio cuidador como objeto de cuidado como condicionante para garantia da assistência integralizada e qualificada nos mais diversos âmbitos de saúde.

As dificuldades bem mais frequentes nos discursos dos pesquisadores que utilizam instrumentos validados em seus estudos além de aspectos que abrangem os desgastes físicos e emocionais, avaliados por instrumentos que fazem a triagem de sintomas depressivos e ansiosos, por exemplo, também ressaltam as situações de morte, surgimento de doenças, estabelecimento de vínculos e o cuidado com o cuidador.

Apesar das limitações deste estudo, este se apresenta como um facilitador para outros pesquisadores que tiverem interesse de conhecer os instrumentos validados e disponíveis na literatura, contribuindo assim para estudos futuros e possíveis comparações dos resultados com outras investigações já realizadas ou que estão por vir acerca dessa temática, bem como para desvelar novos conhecimentos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M; COLUCI, M. Z. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8. Review.

ALVES, F. E. **O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva**. Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PR, Brasil. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2013;15(2):115-22.

- ANJOS, A. C. Y; ZAGO, M. M. F. **Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer.** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Reben Brasília* Vol. 67, Iss. 5, (Sep/Oct 2014): 752-758.
- AOUN, S; BIRD, S; KRISTJANSON, L. J; CURROW, D. **Reliability testing of the FAMCARE- 2 scale: measuring family carer satisfaction with palliative care.** *Palliat Med.* 2010;24:674–81.
- ARCHBOLD, P. G; STEWART, B. J; GREENLICK, M.R; HARVATH, T. **Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain.** *Research in Nursing & Health.* 1990; 13:375–384.
- BAUSEWEIN, C. et al. **Validation and clinical application of the German version of the palliative care outcome scale.** *J Pain Manage.* 2005;30:51–62.
- BECK, A. T; WARD, C. H; MENDELSON, M; MOCK, J; ERBAUGH, J. **An inventory for measuring depression.** *Archives of General Psychiatry,* 4, 561–571, 1961.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica de Saúde: caderno n. 19.* Brasília: Ministério da Saúde /Secretaria de Política de Saúde/DAB, 2006.
- BJELLAND, I; DAHL, A. A; HAUG, T. T; NECKELMANN, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research.* 2002; 52(2):69–77.
- BONNER, B; MILLING, L; WALKER, C. E. **Denver Developmental Screening Test.** In: JRAYSER, D.; SWEETLAND, R.C. (Editors). *Test Critiques.* v. 1. Test Corporation of America, 1984.
- BOLTZ, M. et al. **Anxiety in family caregivers of hospitalized persons with dementia: Contributing factors and responses.** *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2015 ; 29(3): 236–241.
- BULL, M; BOAZ, L; MAADOOLIAT, M; HAGLE, M. E; GETTRUST, L; GREENE, M. T; HOLMES, S. B; JANE S. **Preparing Family Caregivers to Recognize Delirium Symptoms in Older Adults After Elective Hip or Knee Arthroplasty.** *Journal compilation.* 2016, The American Geriatrics Society.
- CABRERA, G. V. **Efectividad de un programa psicoeducativo en el incremento de conocimientos y emociones expresadas en familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos.** Hospital Hermilio Valdizan. Universidad nacional mayor de san marcos. Facultad de medicina humana. Escuela de post-grado. 2016.
- CICCONELLI, R. M; FERRAZ, M. B; SANTOS, W; MEIRÃO, I; QUARESMA, M. R. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF – 36 (Brasil SF-36).** *Ver. Brás. Reumatologia* 39:143-150, 1999.
- COMMODARI, E. **Children staying in hospital: a research on psychological stress of caregivers.** *Commodari Italian Journal of Pediatrics* 2010.
- CHIRONGOMA, F; CHENGETANAI, S; TADYANEMHANDU, C. **First aid practices, beliefs, and sources of information among caregivers regarding paediatric burn injuries in Harare, Zimbabwe: A cross-sectional study.** *Malawi Medical Journal* 29 (2): June 2017 *Noncommunicable Diseases Special Issue.*
- CHRISTOFOLETTI, G; CARREGARO, R. L; OLIANI, M. M; STELLA, F; BUCKEN-GOBBI, L. T; GOBBI, S. Locomoção, distúrbios neuropsiquiátricos e alterações do sono de pacientes com demência e seus cuidadores.* *Fisioter. Mov., Curitiba,* v. 26, n. 1, p. 47-53, jan./mar. 2013 Licenciado sob uma Licença Creative Commons.
- D' ASSUNÇÃO, C. F; SANTOS, A. L. D; LINO, F. A, SILVEIRA, E. A. A. **A enfermagem e o**

relacionamento com os cuidadores dos portadores de esquizofrenia. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min; 6(1):2034-2051, jan.-mar. 2016.

FALKENBERG, M. B; MENDES, T. P. L; MORAES, E. P; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** *Ciência & Saúde Coletiva* 19.3 (Mar 2014): 847-852.

FERNANDES, C. D; ANGELO, M. **Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP · 2016;50(4):675-682.

ESKIN, M. **Reliability of the Turkish version of the perceived social support from friends and family scales.** *Journal of Clinical Psychology*, 49, 515–522, 1993.

FELDMAN, L. B. G; FORTES, M. A; CUNHA, I. C. K. O. **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação.** *Acta Paul Enferm* 2005;18(2):213-9.

INOUYE, S. K; PUELLE, M. R; SACZYNSKI, J. S. ET AL. **The Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM): Instrument and Training Manual.** Boston, MA: Hospital Elder Life Program. 2011 [on-line].

JEONG, Y; JEONG, Y; KIM, W. **The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life.** *J. Phys. Ther. Sci.* 27: 1543–1547, 2015.

JONGUDOMKARN, D; ANGSUPAKORN, N; SIRIPUL, P. **The Development and Validation of the Khon Kaen University Pediatric Pain Assessment Tool for School-Aged Isaan Children in Thailand.** *Journal of Transcultural Nursing.* Volume 19 Number 3. July 2008 213-222.

KARINO, E. M; FELLI, V. E. A. **Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas.** *Cienc Cuid Saude* [internet]. 2012 [cited 2017 Jan 26];11 (suplem):11-5.

KIPPERMAN, N. P. **Caregiver Asthma Knowledge, Aptitude, and Practice in High Healthcare Utilizing Children: Effect of an Educational Intervention.** *PEDIATRIC ALLERGY, IMMUNOLOGY, AND PULMONOLOGY.* Volume 26, Number 3, 2013. Mary Ann Liebert, Inc.

KREUTZER, J. S. **Family Needs Questionnaire.** Richmond, VA: Rehabilitation Research and Training Center on Severe Traumatic Brain Injury, Medical College of Virginia, 1988.

KROENKE, K; SPITZER, R. L; WILLIAMS, J. B. **The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.** *J Gen Int Med.* 2001;16:606–13.

LATOUR, J. M; HAZELZET, J. A; DUIVENVOORDEN, H. J; VAN GOUDOEVER, J. B. **Construction of a parent satisfaction instrument: Perceptions of pediatric intensive care nurses and physicians.** *J. Crit. Care* 2009;24:255–266.

LAZARUS, R. **Stress and coping process NY:** Mc Graw-Hill; 1966.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D. T; VIEIRA, N. F. C; BARROSO, M. G. T. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007: 335-342

MEADE, M. A; TAYLOR, L. A; KREUTZER, J. S; MARWITZ, F. H; THOMAS, V. **A Preliminary Study of Acute Family Needs After Spinal Cord Injury: Analysis and Implications Rehabilitation Psychology.** 2004 by the Educational Publishing Foundation. 2004, Vol. 49, No. 2, 150–155.

MEHNERT, A; MÜLLER, D; LEHMANN, C; KOCH, U. **The German version of the NCCN distress thermometer: validation of a screening instrument for assessment of psychosocial distress in**

cancer patients. Psychiat Psych Psychother. 2006;54:213–23.

MONDINI, C. C. S. D. **Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Sequência de Robins.** Universidade de São Paulo. 2008.

NASCIMENTO, E. R. P; HILSENDEGER, B. R; NETH, C; BELAVER, G. M; BERTONCELLO, K. C. G. **Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da equipe de enfermagem.** Rev Enferm UERJ 2011;19(1):84-8.

NEGRETTO, G. W; ALMEIDA, S. H. O; DAL PIZZOL, T. S. **Elaboração e avaliação de material educativo impresso para auxiliar na adesão medicamentosa de pacientes pediátricos pós-alta hospitalar.** Revista HCPA. 2011;31(4):443-450.

NETTO, J. J. M. et al. Construção e validação de instrumento para subsidiar o cuidado ao adolescente na Atenção Primária à Saúde. REVISTA OFICIAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE / UERJ. Vol. 15 nº 2 - Abr/Jun - 2018

ORNSTEIN, K; GAUGLER, J. E; ZAHODNE, L; STERN, Y. **The heterogeneous course of depressive symptoms for the dementia caregiver.** Int J Aging Hum Dev. 2014;78 (2):133-48.

ÖZER, N; YURTTAS, A; AKYIL Ç. **Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in Family Caregivers of Inpatients in Medical and Surgical Clinics.** Journal of Transcultural Nursing. 23(1) 65–71, 2012.

PAES, C. C. T; AUGUSTO, F. P; COSTA, L. M. B. N; SANTOS, N. O; LOBO, R. C; BENUTI, G. R. G; LUCIA, M. C. S. **A criança hospitalizada é fator de risco para o adoecimento psíquico da família? - qualidade de vida de cuidadores em uma unidade de pediatria geral.** Psicologia Hospitalar, 2009, 7(2), 15.

PINQUART, M; SÖRENSEN, S. S. **Adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison.** Psychol Aging. 2011;26(1):1-14.

PROCIDANO, M. E; HELLER, K. **Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies.** American Journal of Community Psychology, 11, 1–24, 1983.

ROSANA, A; ROSSIT, S; CORRÊA, C. G; FRANÇA, K. G. B; RODRIGUES, R. S. **Avaliação do desenvolvimento de crianças hospitalizadas e orientação de cuidadores para a estimulação.** Revista de Extensão da Univasf. Volume 1, número 1.

SANTOS, R. L. et al. **Caregivers' quality of life in mild and moderate dementia.** Arq Neuropsiquiatr. 2014; 72(12):931-7.

SAHIN, Z. A; MEHTAP, T. A. N. Depression, and Social Support of Patients With Cancer and Their Caregivers. Clinical Journal of Oncology Nursing. April 2012, Volume 16, Number 2.

SCHUR, S. et al. **Validation of the family inventory of needs (FIN) for family caregivers in palliative care.** Palliat Support Care. 2015;13:485–91.

SHULMAN, W. R; KALRA, S; ZHUAN JIANG, J. **Validation of the Sour Seven Questionnaire for screening delirium in hospitalized seniors by informal caregivers and untrained nurses.** BMC Geriatrics (2016).

SILVA, R. C. et al. **The role of the nurse as an educator and research in the integration between evidence-based practice and continuing education.** Percurso Acadêmico, Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 417-430, jul./dez. 2015.

SMOLEŃ, E; DOROTA, A. K. **Profesjonalizm pielęgniarek jako element oceny satysfakcji rodziców/opiekunów dzieci Z opieki pielęgniarstwiej.** *Medycyna Pracy* 2015;66(4):549–556.

SOUZA, I. C. P; SILVA, A. G; QUIRINO, A. C. S; NEVES, M. S; MOREIRA, L. R. **Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas do cuidado domiciliar.** *Revista Mineira de Enfermagem.* Volume 18.1.

SOUZA, L. M; WEGNER, W; GORINI, M. I P. C. **Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo.** *Latino Americana de Enfermagem,* 2007. Março- Abril, VOL. 15, N 2.

SPIELBERG, C. D; GORSUCH, R; LUSHENE, R. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form X-1).** Palo Alto, CA., Consulting Psychologist Press; 1970.

SPITZER, R. L; KROENKE, K; WILLIAMS, J. B; LOWE, B. **A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.** *Arch Int Med.* 2006;166:1092–7.

ULLRICH, A; ASCHERFELD, L; MARX, G; BOKEMEYER, C; BERGELT, C; OECHSLE, K. **Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients.** *BMC Palliative Care* (2017) DOI 10.1186/s12904-017-0206-z.

THORNTON, M; TRAVIS, S. S. **Analysis of the reliability of the Modified Caregiver Strain Index.** *The Journals of Gerontology.* 2003; 58B(2):S127–S132.

WARE, J. E; KOSINSKI, M; DEWEY, J. E; GANDEK, B. **How to score and interpret single-item health status measures: a manual for users of the SF-8 health survey.** Lincoln: QualityMetric Incorporated; 2001.

ZARIT, S. H; ORR, N. K; ZARIT, J. M. **Understanding the stress of caregivers: Planning an intervention.** In *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress* (pp. 69-86), 1985. New York: New York University Press.

LOGÍSTICA REVERSA DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE

Rogério Pereira de Sousa

aluno do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Geografia da Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão-Brasil e-mail: rogeriopereira1948@hotmail.com

José Henrique Rodrigues Stacciarini

Professor titular do curso de mestrado e graduação em Geografia da Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão- Brasil e-mail: jhrstacciarini@hotmail.com

RESUMO: O objetivo geral deste artigo é analisar a importância da logística reversa para a gestão dos resíduos sólidos hospitalares. Realizou uma pesquisa bibliográfica considerando as atribuições dos autores FREITAS et al. (2011); LEITE (2003); PEREIRA; PEREIRA (2011), entre outros, que avaliam a necessidade de um apropriado gerenciamento de resíduos sólidos de saúde e os impactos positivos que a logística reversa pode trazer para destinação final destes resíduos. Os Resíduos do Serviço de Saúde vêm recebendo destaque no campo das autoridades ambientais e ocupacionais devido aos seus possíveis riscos para a saúde humana e ambiental. Esses resíduos necessitam ser descartados de maneira apropriada para que exista uma diminuição eficaz dos resíduos infectantes e ainda dos riscos de acidentes ocupacionais. O manuseio e o descarte do lixo

hospitalar necessitam ser feito com cuidado, habilidade e segurança, visando entre outros aspectos a prevenção de acidentes, aprimorar a qualidade de vida dos funcionários envolvidos, além de conservar o meio ambiente e impedir a contaminação com terceiros. Os resíduos de serviços de saúde, ainda que potencialmente contaminantes são passíveis de um gerenciamento apropriado até o seu descarte final. É admissível tornar mínimo os impactos negativos no meio ambiente e no homem se os métodos previstos nos regulamentos e regras estiverem apropriados.

PALAVRAS-CHAVE: Logística Reversa. Resíduos Sólidos. Saúde. Impactos. Gerenciamento.

INTRODUÇÃO

Segundo a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), estabelecida pela Lei n. 12.305/2010, a logística reversa pode ser determinada como instrumento de desenvolvimento econômico e social assinalado por um conjunto de ações, processos e meios propostos a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente apropriada.

Os Resíduos do Serviço de Saúde vêm recebendo destaque no campo das autoridades ambientais e ocupacionais devido aos seus possíveis riscos para a saúde humana e ambiental. Esses resíduos necessitam ser descartados de maneira apropriada para que exista uma diminuição eficaz dos resíduos infectantes e ainda dos riscos de acidentes ocupacionais.

O adequado gerenciamento dos Resíduos do Serviço de Saúde denota não somente diminuir a quantidade de resíduos, todavia acima de tudo reduzir os riscos que abarcam pacientes, funcionários e meio ambiente. Se o sistema de manejo é correspondente admite segurança e controle dos riscos para a saúde da população.

A Logística é um processo que pode ser dividido em diversas etapas que envolvem a compra e venda, restituição de mercadoria por motivo de desistência ou de defeito e, por fim, se atenta com o destino de um produto ao final de sua vida útil. A preocupação da Logística Reversa é fazer com que esse material, sem condições de ser reutilizado, retroceda ao seu ciclo produtivo ou para o de outra indústria como insumo, impedindo uma nova procura por recursos na natureza e admitindo um rejeito ambientalmente apropriado.

O objetivo geral deste artigo é analisar a importância da logística reversa para a gestão dos resíduos sólidos hospitalares. E os objetivos específicos são: discorrer sobre a Logística Reversa, analisar a questão do lixo hospitalar na atualidade, bem como discorrer sobre classificação, destinação e tratamento final.

Freitas et al. (2011) discorrem que os Resíduos de Serviços de Saúde possuem composição variada de acordo com suas características biológicas, físicas, químicas e de acordo com a origem de sua geração. Em ambiente hospitalar, destacam-se os resíduos biológicos contaminados, objetos perfurocortantes, peças anatômicas, produtos químicos, tóxicos e materiais perigosos. O manejo sanitariamente apropriado dos resíduos de serviços de saúde é fundamental para a manutenção da qualidade ambiental e da saúde dos profissionais que trabalham em locais geradores desses resíduos.

No ambiente hospitalar muitos funcionários não se preocupam com o descarte adequado dos resíduos por entenderem mal seu descarte e o resultado dessa ação é um grande desperdício, prejuízos ao meio ambiente e um grande número de acidentes com trabalhadores, além do risco de contaminação a terceiros. O manuseio e o descarte do lixo hospitalar necessita ser feito com cuidado, habilidade e segurança, visando entre outros aspectos a prevenção de acidentes, aprimorar a qualidade de vida dos funcionários envolvidos, além de conservar o meio ambiente e impedir a contaminação com terceiros.

O artigo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, analisando a importância do tema, procurando distinguir sob a visão de alguns autores. Para o desenvolvimento da pesquisa e melhor compreensão do objeto de estudo, a confecção do artigo foi organizada a partir dos registros, análise e levantamento dos dados bibliográficos.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Assad (2016), o termo lixo foi trocado pelo termo resíduos sólidos devido a sua própria designação. Lixo é entendido somente como simples subprodutos do sistema produtivo e ainda originam prejuízos ao meio ambiente, já os resíduos sólidos são aqueles que têm um valor agregado por permitirem um reaproveitamento no próprio processo produtivo.

A resolução n. 05 de 1993 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), no seu art. 1º, assim define resíduos sólidos:

Resíduo nos estados sólidos e semissólidos, que derivam de atividades de comunidade de origem: industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam abrangidos nesta definição todos os derivados de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável seu lançamento na rede pública, de esgoto ou corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis, em face à melhor tecnologia disponível (CONAMA, 1993, p. 1).

Para Shenini et al. (2006), os Resíduos do Serviço de Saúde (RSS), precisam receber atenção específica, pois, não obstante de serem uma pequena parcela do total de resíduos gerados, são resíduos infectantes e por esse motivo, os prejuízos ambientais, sociais e a saúde necessitam ser levados em consideração no momento do tratamento e descarte desses.

A RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05, classifica os RSS, enquanto que a NBR-7500 da ABNT organiza símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material.

GRUPO A: Resíduos com a admissível presença de agentes biológicos que, por suas propriedades de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. É identificado pelo símbolo com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

GRUPO B: Resíduos que apresentam substâncias químicas que podem trazer risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas propriedades de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. É identificado por meio do símbolo de risco e com discriminação de substância química e frases de risco.

GRUPO C: Quaisquer materiais derivados de atividades humanas que contenham radionuclídeos em níveis superiores aos limites de eliminação apontados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é inadequada ou não prevista.

GRUPO D: Resíduos que não ofereçam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser igualados aos resíduos domiciliares.

GRUPO E: Materiais perfurocortantes tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de

coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

A Lei 6.938/81, que versa da Política Nacional do Meio Ambiente define no seu art. 14, parágrafo 1º, que o poluidor é obrigado a ressarcir ou reparar os danos ocasionados ao meio ambiente e a terceiros afetados por sua atividade, independentemente da existência de culpa. Assim sendo, os estabelecimentos de serviços de saúde são responsáveis pelos resíduos que geram e como dispõem.

De acordo com Shenini et al. (2006), os resíduos produzidos em unidades de saúde são compostos de lixo comum, resíduo infectante ou de risco biológico e resíduos especiais, ou seja, farmacêuticos, químicos e radioativos. Os RSS quando gerenciados de forma inadequada proporcionam risco ao ambiente, assim sendo a sua apropriada separação racionaliza recursos e reduz a exposição de pessoas a riscos infecciosos.

Ainda para Shenini et al. (2006), quando a separação apropriada não acontece, existe um desperdício de materiais e, por conseguinte um grande volume de resíduos contaminados. É importante observar que a responsabilidade da separação é daquele que gera o resíduo, assim sendo todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde são geradores de resíduos e necessitam ser treinados, orientados periodicamente e supervisionados quanto a separação destes.

Segundo Schneider e Stedile (2015), o descarte impróprio de resíduos, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, tem causado problemas ambientais capazes de envolver os recursos naturais e a qualidade de vida das atuais e futuras gerações. Os RSS se implantam dentro desta problemática e vêm adquirindo grande seriedade recentemente.

Os problemas localizados no gerenciamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde em todas as suas fases podem ser conferidos a diferentes fatores, como o descuido dos responsáveis envolvidos, a falta de conhecimentos característicos e ausências de programas de prevenção, com finalidade de minimizar a geração e a propagação de germes patogênicos e agentes infecciosos (SCHNEIDER; STEDILE 2015, p. 34).

Tais questões são importante durante o processo de modificação de modelos de tratamento de resíduos sólidos hospitalares dentro de uma instituição, porque não basta seguir as leis e os regulamentos, é imprescindível a participação proativa de todos, frente à aplicabilidade de um gerenciamento desses resíduos e seu descarte final.

Segundo Chavez e Batalha (2006), na década de 1980, o conceito de logística reversa ainda estava restrito a um movimento oposto ao fluxo direto de produtos na cadeia de suprimentos. Foi nos anos 90 que novos enfoques foram introduzidos e o conceito desenvolveu estimulado pelo avanço da preocupação com questões de preservação do meio ambiente. A partir deste período, as empresas de processamento e distribuição passaram a observar a logística reversa como uma fonte valiosa de diminuição de perdas.

Para Novaes (2007), a logística reversa é um campo atual de estudo da logística

empresarial que apresenta por finalidade concretizar o retorno dos produtos rejeitados pelos clientes. É um processo que cuida dos fluxos de materiais que se principiam nos pontos de consumo dos produtos e finalizam nos pontos de procedência, com o objetivo de recapturar valor ou de acondicionamento final.

Conforme Pazzini et al. (2011), existe uma legislação ambiental que obriga as empresas cada vez mais a voltarem seus produtos e preocupar-se do tratamento indispensável. O Decreto 7.404/2010 que institui as regras para a efetivação da Política Nacional de Resíduos Sólidos - Lei n. 12.305/2010 é prova da fiscalização e interesse do governo na gerência de uma política mais consciente e socialmente responsável.

A Política Nacional de Resíduos Sólidos agrupou um conjunto de princípios, objetivos, instrumentos, diretrizes, metas e ações seguidas pelo Governo Federal, com a participação dos Estados, Distrito Federal, Municípios ou particulares, com o objetivo de promover uma gestão integrada e o gerenciamento ambientalmente apropriado dos resíduos sólidos.

Segundo Freitas et al. (2011), com a publicação da Lei n. 12.305/2010, o Brasil passa a apresentar um marco regulatório na área de resíduos sólidos. A Lei faz a distinção entre resíduos (lixo que pode ser reaproveitado ou reciclado) e rejeito (o que não pode ser possível reaproveita-lo). A Lei se refere a todo tipo de resíduo: doméstico, industrial, construção civil, eletroeletrônico, lâmpadas de vapores mercuriais, agrosilvopastoril, da área de saúde, perigosos etc.

Para Pazzini et al. (2011), a normatização e fiscalização governamental quanto à logística reversa, ligada a maior conscientização socioambiental dos consumidores pode trazer distinção e valor agregado, aprimorando a concorrência da empresa. Além desses motivos, com o uso da logística reversa de maneira dinâmica a empresa poderá alcançar benefícios econômicos como o uso de produtos que regressarem ao processo de produção, ao oposto dos elevados custos do correto rejeito do lixo. Por meio da logística reversa a empresa pode limpar seu canal de distribuição, resguardar a margem de lucro e reconquistar parte do valor de ativos.

De acordo com Leite (2003), os canais de distribuição reversos são responsáveis pelo regresso ao ciclo de negócios ou ao ciclo produtivo de uma fatia dos bens que são comercializados através da cadeia de distribuição direta. Os bens de pós-venda, com pouco ou sem nenhum uso, compõem os canais reversos de pós-venda, enquanto os bens de pós-consumo, que foram utilizados e não apresentam importância ao primeiro possuidor, serão voltados pelos canais reversos de pós-consumo.

Para Leite (2003), o foco de ação da logística reversa abrange a reintrodução dos produtos ou materiais na cadeia de valor pelo ciclo produtivo ou de negócios. Destarte, o rejeito do produto deve ser a última alternativa a ser considerada. Pela gestão do fluxo reverso de produtos e/ou informações, a logística reversa agrega os canais de distribuição reversos.

As fases, as formas e os meios em que uma quantia desses produtos, com pouco uso depois da comercialização, com ciclo de vida útil expandido ou depois de eliminada a sua vida útil, retrocede ao ciclo produtivo ou de negócios, recobrando importância em mercados secundários pelo reuso ou reciclagem de seus materiais constituintes (LEITE, 2003, p.04).

Deste modo, ressalta-se a logística reversa de pós-venda, em conjunto com a de pós-consumo, leva a melhoramentos à imagem da organização, competitividade e diminuição de despesas da empresa

A motivação da aquisição em implantação de um sistema de logística reversa pode estar vinculada à questão de preservação do meio ambiente e qualidade de vida. Contudo, necessita ficar evidente que se trata de um negócio que apresenta continuidade, e não de uma frente de trabalho para deliberar um problema breve.

Freitas et al. (2011) menciona que o gerenciamento de resíduos de saúde pode ser entendido como um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com a finalidade de tornar mínimo a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos geradores uma condução segura, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

De acordo com Freitas et al. (2011), os resíduos produzidos pelos serviços de saúde, não obstante de representarem uma pequena parcela do total dos dejetos sólidos produzidos em uma comunidade, são particularmente importantes tanto para a segurança ocupacional dos funcionários que o manuseiam como para a saúde pública e para a qualidade do meio ambiente, por isso não podem ser mal gerenciados.

Conforme Pereira e Pereira (2011), na gestão e no gerenciamento de resíduos sólidos necessita ser notada a seguinte ordem de prioridade: não geração, redução, reutilização, reciclagem, tratamento dos resíduos sólidos e disposição final ambientalmente adequada dos rejeitos. O papel social da logística reversa precisa priorizar a participação de cooperativas ou de outras formas de associação de catadores de materiais reutilizáveis e recicláveis constituídas por pessoas físicas de baixa renda.

Para que a gestão de resíduos seja realizada de forma adequada, é preciso que as pessoas sejam devidamente capacitadas para que saibam identificar, segregar, acondicionar, transportar e dar o correto destino para cada grupo de resíduos de serviços de saúde. Deficiências de treinamento podem resultar em acidentes com perfurocortantes em profissionais de limpeza, contaminação por agentes patógenos em profissionais de assistência à saúde, danos ao meio ambiente e exposição da população aos riscos (PEREIRA; PEREIRA, 2011, p. 198).

O gerenciamento reverso realizado de maneira impropria pode derivar na segregação dos Resíduos Sólidos da Saúde de forma inconveniente, na qual tudo é avaliado como contaminado, levando a um maior investimento de recursos no tratamento desse tipo de resíduo, montante que poderia ser investindo na capacitação

de pessoas e melhoramento nos serviços de saúde em geral.

Torna-se essencial as instituições de saúde identifiquem os materiais descartáveis que não tragam mais serventia para a unidade, evitando a reutilização dos mesmos e tratar estes resíduos com o objetivo de prevenir que aconteçam infecções que coloquem a saúde em risco de funcionários, pacientes e população geral. É de suma importância acompanhar determinadas ações que visam um progresso no sistema de gerenciamento de resíduos voltada para a qualidade de processos, saúde, meio ambiente, responsabilidade social e a segurança das pessoas.

A aquisição de produtos hospitalares necessita ser feita por meio de empresas que seguem a política da logística reversa. E somente assim, os produtos atendem as necessidades estabelecidas pela consultoria ambiental que fornecem a identificação dos aspectos legais e ambientais que estão conexos com os serviços hospitalares, avaliando as condições que cumpram as legislações.

Ao acompanhar as orientações prevenidas na logística reversa e contraindo serviços de uma prestadora que emprega essas diretrizes, é admissível reduzir o impacto originado pelos resíduos hospitalares ao meio ambiente e à sociedade, descartando todos eles de forma adequada, e operando de acordo com a responsabilidade sustentável.

A questão do gerenciamento correspondente dos resíduos sólidos de serviços de saúde não necessita ser somente um procedimento interno, ou seja, meramente desempenhar o protocolo de documentações, em consideração aos princípios e regulamentos. Devem-se seguir todas as fases do processo, desde a geração até o descarte final.

O Brasil apresenta uma Legislação Ambiental adiantada na totalidade dos países em desenvolvimento e isso demonstra uma crescente apreensão com o meio ambiente e a percepção de que o desenvolvimento futuro depende das condições ecológicas conservadas. E, no que se menciona ao Sistema de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o estabelecimento que não estiver apropriado ao que esta norma determina estará incidindo em infração sanitária e levando o infrator às penalidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resíduos sólidos produzidos no setor da saúde precisam de uma atenção específica com relação à armazenagem e transporte até chegar ao seu destino final e a logística é de fundamental importância, pois é observada como o gerenciamento do fluxo de materiais do ponto de aquisição ao ponto de consumo. E quando o seu fluxo é reverso, principia no ponto de consumo e retorna ao seu ponto de procedência.

A logística reversa é indispensável para as instituições de saúde e apresenta-se

como um instrumento estratégico para a gestão dos resíduos sólidos hospitalares, colaborando com a diminuição de materiais que trariam sua destinação de maneira inadequada e despejados no meio ambiente, que leva a impactos negativos a toda sociedade.

A preocupação da sociedade com a degradação ambiental que os resíduos sólidos causam vem aumentando a cada dia, sobretudo, no campo da saúde. Faz-se necessário modificar o quadro atual e assim reduzir os impactos negativos que estes resíduos causam. Os resíduos de serviços de saúde, ainda que potencialmente contaminantes são passíveis de um gerenciamento apropriado até o seu descarte final. É admissível tornar mínimo os impactos negativos no meio ambiente e no homem se os métodos previstos nos regulamentos e regras estiverem apropriados.

REFERÊNCIAS

ASSAD, Leonor. Apresentação - lixo: uma ressignificação necessária. *Cienc. Cult.* [online]. 2016, vol.68, n.4, pp.22-24.

BRASIL. *Lei 6.938/81*. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências.

CHAVEZ, Gisele de Lorena Diniz; BATALHA, Mário Otávio. Os consumidores valorizam a coleta de embalagens recicláveis? Um estudo de caso da logística reversa em uma rede de hipermercados. *Gest. Prod.* v.13 n.3 São Carlos set./dez. 2006.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE – CONAMA/BRASIL. *Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993*. Dispõe sobre o Gerenciamento de Resíduos Sólidos. Diário Oficial da União, nº 166, 1993.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE – CONAMA/BRASIL. *Resolução nº 358, de 29 de abril de 2005*. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 84, de 4 de maio de 2005.

FREITAS, Geylson Azevedo Freitas; CARMO, Getúlio Gomes do; KAMIMURAN, Quesia Postigo; SILVA, José Luís Gomes da. A logística reversa e a gestão dos resíduos sólidos hospitalares. Anais... *XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e XI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação*, Universidade do Vale do Paraíba, 2011.

LEITE, Paulo Roberto. *Logística reversa: meio ambiente e competitividade*. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

NOVAES, Antônio Galvão. *Logística e gerenciamento da cadeia de distribuição: estratégia, operação e avaliação*. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

PAZZINI, Humberto Santiago; OLIVEIRA, Nerlandes Nunes de; GURGEL, Claudio Roberto Marques. Logística Reversa: conceitos e aplicações observados numa cooperativa de coletadores. *ANPAD, III Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho*, Joao Pessoa, 2011.

PEREIRA, André Luiz; PEREIRA, Sandra Rosa. A cadeia de logística reversa de resíduos de serviços de saúde dos hospitais públicos de Minas Gerais: análise a partir dos conceitos da nova Política Nacional de Resíduos Sólidos Urbanos. *Desenvolvimento e Meio ambiente*, n. 24, p. 185-199, jul./dez. 2011.

SCHNEIDER, Vania Elisabete; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. *Manual de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde*. Caxias do Sul: Educs, 2015.

SCHENINI, Pedro Carlos; BRINCKMANN, Gabriel Jardim; SILVA, Fernando Amorim da. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: estudo de caso no Hospital Universitário da UFSC. Anais... *XIII SIMPEP* - Bauru, SP, Brasil, 6 a 8 de novembro de 2006.

MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO (MEI), COMO UMA ESTRATÉGIA NO CONTROLE DA ESPÉCIE INVASORA *Achatina fulica* Bowdich, 1822 (GASTROPODA: PULMONATA)

Carla Vasconcelos Freitas

Núcleo de Controle de Vetores (NUVET)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Vivian da Silva Gomes

Núcleo de Controle de Vetores (NUVET)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho

Núcleo de Informação em Saúde (NUIAS)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Roberta de Paula Oliveira

Núcleo de Vigilância Ambiental (NUVAM)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

RESUMO: A *Achatina fulica* é um molusco originalmente africano, introduzido ilegalmente no Brasil para ser utilizado na gastronomia. Não obtendo o êxito comercial esperado, *A. fulica* foi solta no ambiente. A alta resistência da espécie permite que ela viva em uma ampla

variedade de temperaturas e altitudes, junto ao fato de não ter predadores naturais, favoreceu sua proliferação, tornando-a uma praga ambiental, econômica e de saúde pública. Esta espécie pode vir a ser reservatório e vetor dos nematóides *Angiostrongylus cantonensis* e *A. costaricensis*, causadores de doenças em humanos. As propostas de manejo do caramujo africano têm na sensibilização e adesão da população as principais ações de controle, além da coleta e destruição seletiva. Materiais impressos educativos (MEI) possuem uma grande importância de ordem educativa na área da saúde, atingindo de forma acessível e direta um grande número de pessoas e colaborando na prevenção de problemas de saúde pública. Este estudo objetivou confeccionar um material educativo visando adesão da população nas ações de controle da espécie exótica *A. fulica*. A metodologia utilizada na confecção do material educativo consistiu, primeiramente, em pesquisa bibliográfica para elaboração do conteúdo e edição gráfica, processada no programa Inkscape. Utilizou-se linguagem acessível, de fácil compreensão e uso de recursos visuais. O material produzido em formato de folder contribui com informações e instruções que agregam a força da população nas ações de vigilância em saúde, assim como na prevenção e controle de doenças associadas à *A. fulica*.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em saúde pública, Manejo de espécimes, Educação em saúde.

PRINTED EDUCATION MATERIALS AS A STRATEGY IN CONTROL OF INVASIVE SPECIES *Achatina fulica* Bowdich, 1822 (GASTROPODA: PULMONATA)

ABSTRACT: *Achatina fulica* is an originally African mollusk, introduced illegally in Brazil in gastronomy area. Not obtaining expected commercial success, *A. fulica* was released into the environment. High resistance of the species allows it to live in a wide variety of temperatures and altitudes, together with the fact that it does not have natural predators, favoring its proliferation, making it an environmental, economic and public health pest. This species may be the reservoir and vector of *Angiostrongylus cantonensis* and *A. costaricensis* nematodes, which cause disease in humans. Management proposals of African mollusk have in sensitization and adhesion of the communities the main actions of control, besides collection and selective destruction. Educational printed materials (EPM) have got a great educational importance in health area, reaching a large number of people in an accessible and direct manner and collaborating in prevention of public health problems. This study aimed to make an educational material aimed at population 's adherence in control actions of this exotic species *A. fulica*. The methodology used in the preparation of the educational material consisted primarily in bibliographical research for content elaboration and graphic editing processed in Inkscape program. It was used accessible language, easy to understand, and visual resources use. The material produced in a folder format contributes information and instructions that add strength to the population in health surveillance actions, as well as in prevention and control of diseases associated with *A. fulica*.

KEYWORDS: Public Health Surveillance, Management of specimens, Health education

1 | INTRODUÇÃO

Considerada uma das cem espécies exóticas invasoras mais danosas do mundo (FISCHER; COSTA, 2010), a *Achatina fulica*, um molusco pulmonado originário da África, ficou conhecida no Brasil como caramujo africano. Esta espécie foi introduzida ilegalmente no país, a partir de uma feira agropecuária em Curitiba em 1988, com a intenção comercial na área da gastronomia, para ser consumido como “escargot” (TELES; FONTES, 2002).

A *Achatina fulica* possui características como, porte avantajado, plasticidade adaptativa, elevada capacidade de proliferação e resistência a variáveis bióticas e abióticas, que geraram um grande interesse inicial dos criadores de caramujos ao perceberem na espécie uma vantagem em comparação à criação dos “escargots verdadeiros” do gênero *Helix*. Em pouco tempo, porém, em decorrência da falta de fiscalização e legislação específica para as criações informais, além da pequena

demanda do mercado consumidor, várias criações foram abandonadas, e justamente pelo perfil de alta resistência desta espécie invasora, que permite que ela sobreviva em uma ampla variedade de temperaturas e altitudes, junto ao fato de não ter predadores naturais, favoreceu a proliferação dos moluscos liberados no ambiente, tornando-os uma praga ambiental e econômica (FISCHER; COSTA, 2010).

Além dos prejuízos para as lavouras e prejuízos à biodiversidade local a espécie pode ser responsável por problemas de saúde pública por causarem doenças no homem. O caramujo africano pode ser reservatório e vetor dos nematóides *Angiostrongylus costaricensis*, causador da angiostrongilíase abdominal e *A. cantonensis*, causador da angiostrongilíase meningoencefálica, doença também denominada meningite eosinofílica. Os ratos são os hospedeiros definitivos do *A. cantonensis* e albergam os parasitas adultos nos pulmões, onde as fêmeas depositam os ovos que eclodem, liberando larvas de primeiro estágio (BRASIL, 2018).

Após um ciclo de vida envolvendo os ratos e caramujos, o homem pode aparecer como hospedeiro acidental, infectando-se ao ingerir moluscos ou alimentos crus ou mal cozidos contaminados com larvas dos nematóides liberadas no muco dos moluscos (BRASIL, 2018; TELES et al., 1997). No ser humano, o parasita aloja-se no sistema nervoso central, ou raramente nos pulmões (MENEZES, 2014). Ao alojar-se no cérebro, esta larva finalmente morre, gerando graves consequências ao causar a angiostrongilíase meningoencefálica (BRASIL, 2018).

A sociedade tem importante papel na vigilância destas doenças, pois ao acumular resíduos orgânicos, entulhos, pilhas de telhas e tijolos, restos de alimentos, entre outros, propicia a proliferação de roedores, além de oferecer à *A. fulica* locais ideais para abrigo e reprodução da espécie. Sendo assim, são de extrema relevância para as ações de controle e vigilância da *A. fulica*, a sensibilização da população sobre os problemas gerados pelo caramujo invasor e a integração e colaboração da sociedade nas campanhas (COLLEY, 2010).

Para o biólogo Eduardo Colley (2010) dentre as formas de controle da espécie a que tem o melhor custo / benefício, é o controle físico, pois os controles químico e biológico podem trazer consequências inviáveis ao ambiente, sendo assim, a coleta manual é tida como a alternativa mais adequada para o manejo, controle e erradicação da *A. fulica*.

Para que a efetividade do controle manual, por meio da catação, possa ser um método de sucesso no controle da *A. fulica*, é necessário o envolvimento da sociedade, realizando manejo adaptado de acordo com a realidade das localidades atingida pela infestação, levando-se em consideração os aspectos culturais da população. Outra medida fundamental é a promoção de capacitações de profissionais para monitoramento das ações, com objetivo de orientar a população para que não ocorra captura acidental de espécies nativas e alertar sobre os cuidados com a segurança durante as coletas (COLLEY, 2010).

Materiais educativos impressos (MEI) podem ser bastante eficientes na

difusão de informações de saúde, promovendo resultados expressivos ao facilitar o entendimento dos indivíduos e ao uniformizar orientações (ECHER, 2005). Este tipo de recurso pode ser um facilitador nos processos de ensino-aprendizado e auxiliar na promoção da saúde, atingindo de forma acessível e direta um grande número de pessoas, sendo um aliado na prevenção de problemas de saúde pública (PAIVA; VARGAS, 2017).

Neste trabalho é proposta a construção de um material educativo em formato de folder, como forma de sensibilizar a população quanto às ações e medidas de controle e prevenção da espécie invasora *A. fulica*, divulgando como deve ser realizado o manejo ambiental, de forma segura e responsável pela população.

2 | MÉTODOS

A metodologia utilizada na confecção do material educativo consistiu, em primeiro momento, de revisão integrativa bibliográfica, visando assegurar informações necessárias para o embasamento teórico na construção do material voltado para ações de medida de controle e prevenção da espécie invasora e para sensibilização da população sobre a importância do seu envolvimento para desenvolver as ações de manejo.

Na fase seguinte, elaboração e construção gráfica do folder, utilizou-se o programa de edição e ilustração gráfica Inkscape, onde as informações foram processadas e editadas, utilizando-se de linguagem acessível e de fácil compreensão e informações separadas em seções para facilitar a visualização dos tópicos e despertar o interesse do público para a leitura do conteúdo do informativo. Também foram utilizadas imagens e recursos visuais com o objetivo de chamar a atenção do público para informações importantes, como a imagem de um exemplar da *Achatina fulica*, imagens comparativas entre um caramujo nativo e a *A. fulica*, visando facilitar a distinção entre a espécie exótica e a espécie nativa, para que, durante o manejo manual, a população possa reconhecer as duas espécies e capturar a invasora. O manejo da captura foi abordado em uma imagem com manipulação da espécie, onde as mãos estavam devidamente protegidas com luva, para reforçar o cuidado com a segurança no manuseio dos caramujos.

3 | RESULTADO

O material produzido em formato de folder informativo (Figura 1) nas dimensões 148 mm x 210 mm, aborda os seguintes tópicos: informações biológicas da *A. fulica*; breve histórico da introdução da espécie no Brasil, problemas associados à disseminação da espécie; transmissão de doenças em humanos; manejo da espécie; como distinguir *A. fulica* da espécie nativa; medidas de segurança no manuseio da

espécie; ações de prevenção e vigilância em saúde.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE
***Achatina fulica* (Caramujo africano).**
De praga agrícola a ameaça à saúde pública.

O caramujo africano, *Achatina fulica*, foi introduzido de forma ilegal no Brasil, vindo da África, com a intenção de ser comercializado como escargot na culinária. Não obtendo-se o sucesso comercial esperado, os caramujos foram soltos no ambiente.

Além de prejuízos econômicos, devorando lavouras e problemas ambientais, o caramujo africano também pode causar problemas de saúde pública, pois pode ser hospedeiro intermediário do "verme do pulmão do rato", transmissor de doenças como **MENINGITE EOSINOFÍLICA** e a **ANGIOSTRONGILÍASE ABDOMINAL**.

TRANSMISSÃO
Ocorre com ingestão do caramujo contaminado ou vegetais contaminados por lesmas e caramujos.

MANEJO DO CARAMUJO AFRICANO

DIFERENÇAS ENTRE O CARAMUJO AFRICANO E O CARAMUJO NATIVO

Apice pontudo / coração escuro / Africano
Apice arredondado / coração mais claro / Nativo

COMO ELIMINAR O CARAMUJO AFRICANO?

- Promover limpeza em terrenos baldios e quintais
- Coleta manual seletiva do animal
- Incineração em tambor de ferro
- Destruição/ trituração das conchas para evitar o acúmulo de água em ambientes externos

UTILIZE luvas ou saco plástico nas mãos para coletar os caramujos!

O CONTROLE DE ROEDORES É ESSENCIAL PARA IMPEDIR A DISSEMINAÇÃO DAS DOENÇAS!

CUIDADOS PARA EVITAR DOENÇAS CAUSADAS PELO CARAMUJO AFRICANO

- Cozinhar bastante alimentos de origem aquática
- Desprezar alimentos com presença de caramujos e lesmas
- Fazer o controle de roedores nas residências
- Evitar contato sem proteção com lesmas e caramujos

Figura 1. Folder informativo sobre a espécie invasora *A. fulica*. Fonte: Freitas, 2019

4 | CONCLUSÃO

Concluimos que o material educativo elaborado contribui com informações e instruções quanto às ações de controle e medidas preventivas da espécie *A. fulica*, colaborando com o controle da população da espécie invasora, e prevenindo doenças associadas à transmissão deste molusco, fortalecendo a vigilância em saúde do estado do Ceará.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria da Vigilância em Saúde – Boletim eletrônico Epidemiológico: **Investigação de casos de meningite eosinofílica causada pela infecção por *Angiostrongylus cantonensis* no Espírito Santo, Brasil**, ano VIII, n. 18, dezembro de 2008. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/25/Ano08-n18-meningite-eosinoflica-es-completo.pdf>> Acesso em 14/05/2019.

COLLEY, E. **Medidas de controle de *Achatina fulica***. In: FISCHER, M. L.; COSTA, L. C. M. (Ed.). O caramujo gigante africano *Achatina fulica* no Brasil. Curitiba: Champagnat Editora – PUCPR, 2010. p. 203-229.

ECHER, I. C. **The development of handbooksof health care guidelines**. Rev. Latino-am.

Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p.754-757, set - out. 2005. Disponível em: <<http://rlae.eerp.usp.br/section/1/sobre-a-revista>>. Acesso em: 14 maio 2019.

FISCHER, M. L.; COSTA, L. C. M. **O caramujo gigante africano *Achatina fulica* no Brasil**; Curitiba: Editora Champagnat, PUCPR, Coleção Meio Ambiente, v. 1. 269 p. 2010.

MENEZES, M. (Rio de Janeiro). loc/ Fiocruz. **Casos de meningite transmitida por caramujo se espalham pelo país**. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/casos-de-meningite-transmitida-por-caramujo-se-espalham-pelo-pais>>. Acesso em: 14 maio 2019.

PAIVA, A. P. R. C. de; VARGAS, E. **Material Educativo e seu público: um panorama a partir da literatura sobre o tema. Revista Práxis**, Volta Redonda, v. 9, n. 18, p.89-99, dez. 2017. Semestral. Disponível em: <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/index>>. Acesso em: 14 maio 2019.

TELES, H. M. S.; VAZ, J. F., FONTES, L. R.; DOMINGOS, M. F. **Registro de *Achatina fulica* Bowdich, 1822 (Mollusca, Gastropoda) no Brasil: caramujo hospedeiro intermediário da angiostrongilíase**. Revista Saúde Pública, v. 31, n. 3, p. 310-312. 1997.

TELES, H.M.S.; L.R. FONTES. **Implicações da introdução e dispersão de *Achatina fulica* Bowdich, 1822 no Brasil**. Boletim do Instituto Adolfo Lutz 12: 3-5, 2002.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

***Achatina fulica* (Caramujo africano).**
De praga agrícola a ameaça à saúde pública.



Foto: lfeonwhite.com

O caramujo africano, *Achatina fulica*, foi introduzido de forma ilegal no Brasil, vindo da África, com a intenção de ser comercializado como escargot na culinária. Não obtendo-se o sucesso comercial esperado, os caramujos foram soltos no ambiente.

Além de prejuízos econômicos, devorando lavouras e problemas ambientais, o caramujo africano também pode causar problemas de saúde pública, pois pode ser hospedeiro intermediário do "verme do pulmão do rato", transmissor de doenças como **MENINGITE EOSINOFÍLICA** e a **ANGIOSTRONGILÍASE ABDOMINAL**.

TRANSMISSÃO

Ocorre com ingestão do caramujo contaminado ou vegetais contaminados por lesmas e caramujos

MANEJO DO CARAMUJO AFRICANO

DIFERENÇAS ENTRE O CARAMUJO AFRICANO E O CARAMUJO NATIVO



Ápice pontudo
coloração escura
Africano



Ápice arredondado
coloração mais clara
Nativo

CUIDADOS PARA EVITAR DOENÇAS CAUSADAS PELO CARAMUJO AFRICANO

- Cozinhar bastante alimentos de origem aquática
- Desprezar alimentos com presença de caramujos e lesmas
- Fazer o controle de roedores nas residências
- Evitar contato sem proteção com lesmas e caramujos



Foto: pereirabarreto.sp.gov.br

IMPORTANTE!

Utilizar luvas ou saco plásticos nas mãos para coletar os caramujos!

COMO ELIMINAR O CARAMUJO AFRICANO?

- Promover limpeza em terrenos baldios e quintais
- Coleta manual seletiva do animal
- Incineração em tambor de ferro
- Destruição/ trituração das conchas para evitar o acúmulo de água em ambientes externos

O CONTROLE DE ROEDORES É ESSENCIAL PARA IMPEDIR A DISSEMINAÇÃO DAS DOENÇAS!

Folder informativo sobre a espécie invasora *Achatina Fulica*.

MATERIAL IMPRESSO DIRECIONADO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE, COMO UMA ESTRATÉGIA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI NO ESTADO DO CEARÁ

Carla Vasconcelos Freitas

Núcleo de Controle de Vetores (NUVET)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Vivian da Silva Gomes

Núcleo de Controle de Vetores (NUVET)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Ananda Caroline Vasques Dantas Coelho

Núcleo de Informação em Saúde (NUIAS)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

Roberta de Paula Oliveira

Núcleo de Vigilância Ambiental (NUVAM)
Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS)
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-
CE).
Fortaleza– CE

RESUMO: A esquistossomose mansoni é uma doença infecto parasitária provocada pelo verme trematódeo *Schistosoma mansoni* e têm como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria*. Observamos na literatura que a associação

de medidas de controle junto a educação em saúde, colabora para a redução da prevalência da esquistossomose, aumentando a eficácia e ação dos programas de vigilância, sendo o uso de materiais impressos informativos um aliado no controle da doença. O presente trabalho tem como objetivo estimular o envolvimento dos profissionais da saúde nas ações de vigilância da esquistossomose, através de materiais impressos acessíveis, incorporando em seus protocolos de rotina a prevenção do agravo. A metodologia utilizada na confecção do material educativo consistiu, em primeiro momento, de pesquisa bibliográfica visando informações necessárias para as ações de vigilância do agravo e conscientização dos profissionais de saúde. As informações foram processadas e editadas no programa Inkscape, utilizando-se como referência o manual do Ministério da Saúde “Vigilância da Esquistossomose Mansoni: Diretrizes Técnicas”. O material produzido em formato de folder informativo nas dimensões 210 mm x 297 mm, aborda os seguintes tópicos a respeito da esquistossomose: Agente etiológico, ciclo biológico do *S. mansoni*, ciclo de transmissão, sintomas, hospedeiro intermediário, diagnóstico, tratamento, fluxo de aquisição do medicamento, como evitar a doença. Concluímos que o material educativo do tipo folder é uma tecnologia leve que deve ser incorporada no processo de educação

permanente dos profissionais da área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em saúde pública, Platelmintos, Educação em Saúde

DIRECTED MATERIAL FOR HEALTH PROFESSIONALS, AS A STRATEGY IN THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF MANSONI SCHISTOSOMOSIS IN THE STATE OF CEARÁ

ABSTRACT: Schistosomiasis Mansonii is an infectious parasitic disease caused by the worm Trematode *Schistosoma mansoni* and it has as intermediate hosts snails of freshwater of the genus *Biomphalaria*. We observed in the literature that the association of control measures with health education contributes to the reduction of the prevalence of schistosomiasis, increasing the efficacy and action of surveillance programs, and the use of informative printed materials is an Ally in the control of the disease. To stimulate the involvement of health professionals in the surveillance actions of schistosomiasis, through accessible printed materials, incorporating in their routine protocols the prevention of the aggravation. The methodology used in the preparation of the educational material consisted, first of all, of bibliographic research aimed at information necessary for the actions of surveillance of the health professionals ' aggravation and awareness. The information was processed and edited in the Inkscape program, using as reference the manual of the Ministry of Health "surveillance of schistosomiasis Mansonii: Technical guidelines. The material produced in informative folder format in dimensions 210 mm x 297 mm, discusses the following topics regarding schistosomiasis: etiological agent, biological cycle of *S. Mansonii*, transmission cycle, symptoms, host Diagnosis, treatment, flow of drug acquisition, how to avoid the disease. We conclude that the educational material of the folder type is a light technology that must be incorporated in the process of continuing education of health professionals.

KEYWORDS: Public Health Surveillance, Platelmintos, Health Education

1 | INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansoni é uma doença infecto parasitária provocada pelo verme trematódeo *Schistosoma mansoni* e têm como hospedeiros intermediários caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria*. A doença pode evoluir desde formas assintomáticas, até as formas clínicas, extremamente graves. Na maioria dos casos de infecção esquistossomótica os efeitos patológicos mais importantes são observados na fase crônica da doença, podendo haver comprometimento hepático e consequente hipertensão portal, contudo, na forma inicial pode haver consequências graves como paraplegia ou morte, sendo essencial o diagnóstico precoce (BRASIL, 2014).

Estima-se que no Brasil cerca de 1,5 milhões de pessoas vivem em áreas vulneráveis sob o risco de contrair a esquistossomose. A ocorrência do agravo nas

regiões Nordeste e Sudeste, que são as mais afetadas do país, estão vinculadas à presença dos moluscos transmissores (BRASIL, 2019). De acordo com os dados do Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE), o percentual global de positividade para a doença no estado do Ceará foi de 0,37% no período de 2015 a 2019. A endemicidade da esquistossomose no estado está concentrada na Região do Cariri, Maciço de Baturité e Serra da Ibiapaba (SESA-CE, 2019).

É incontestável que as ações de vigilância em saúde, devem envolver um esforço conjunto de vários setores públicos e a combinação de diferentes estratégias, como aumento da cobertura de exames parasitológicos e tratamento, melhorias em saneamento básico, educação em saúde, assistência às populações atingidas, pelas ações das equipes de Atenção Básica à Saúde.

A associação de medidas de controle junto a educação em saúde colabora para a redução da prevalência da esquistossomose, aumentando a eficácia e ação dos programas de vigilância, sendo o uso de materiais impressos informativos um aliado no controle da doença. De acordo com Massara (2016), estudos apontam que a associação das medidas de controle com a educação em saúde, contribui para a redução da prevalência da esquistossomose, propiciando maior eficácia e continuidade das ações preconizadas pelos programas de vigilância e controle. Sendo o uso de materiais impressos informativos um aliado no controle da doença.

A Educação dos profissionais de saúde tem uma relevância na conformação de conceitos e de práticas na área da saúde (FEUERWERKER, 2007). O presente trabalho tem como objetivo estimular o envolvimento dos profissionais da saúde nas ações de vigilância da esquistossomose, por meio de materiais educativos impressos, incorporando em seus protocolos de rotina a prevenção do agravo.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada na confecção do material educativo consistiu, em primeiro momento, de pesquisa bibliográfica visando informações necessárias para as ações de vigilância do agravo e conscientização dos profissionais de saúde. O levantamento inicial consistiu em pesquisar materiais educativos para a população sobre esquistossomose produzidos por instituições públicas e privadas. A ferramenta de busca foi no browser Google, com as expressões educação em saúde para esquistossomose e educação em saúde para profissionais da saúde. As informações foram processadas e editadas no programa Inkscape, também utilizando-se como referência o manual do Ministério da Saúde “Vigilância da Esquistossomose Mansonii: Diretrizes Técnicas, e as principais dúvidas, relatadas pelos profissionais da atenção básica durante as capacitações sobre o agravo.

3 | RESULTADOS

O material produzido em formato de folder informativo nas dimensões 210 mm x 297 mm, aborda os seguintes tópicos a respeito da esquistossomose: Agente etiológico, ciclo biológico do *S. mansoni*, ciclo de transmissão, sintomas, hospedeiro intermediário, diagnóstico, tratamento, fluxo de aquisição do medicamento, como evitar a doença.



Figura 1. Lado externo do folder informativo sobre esquistossomose.

Fonte: Freitas, 2019

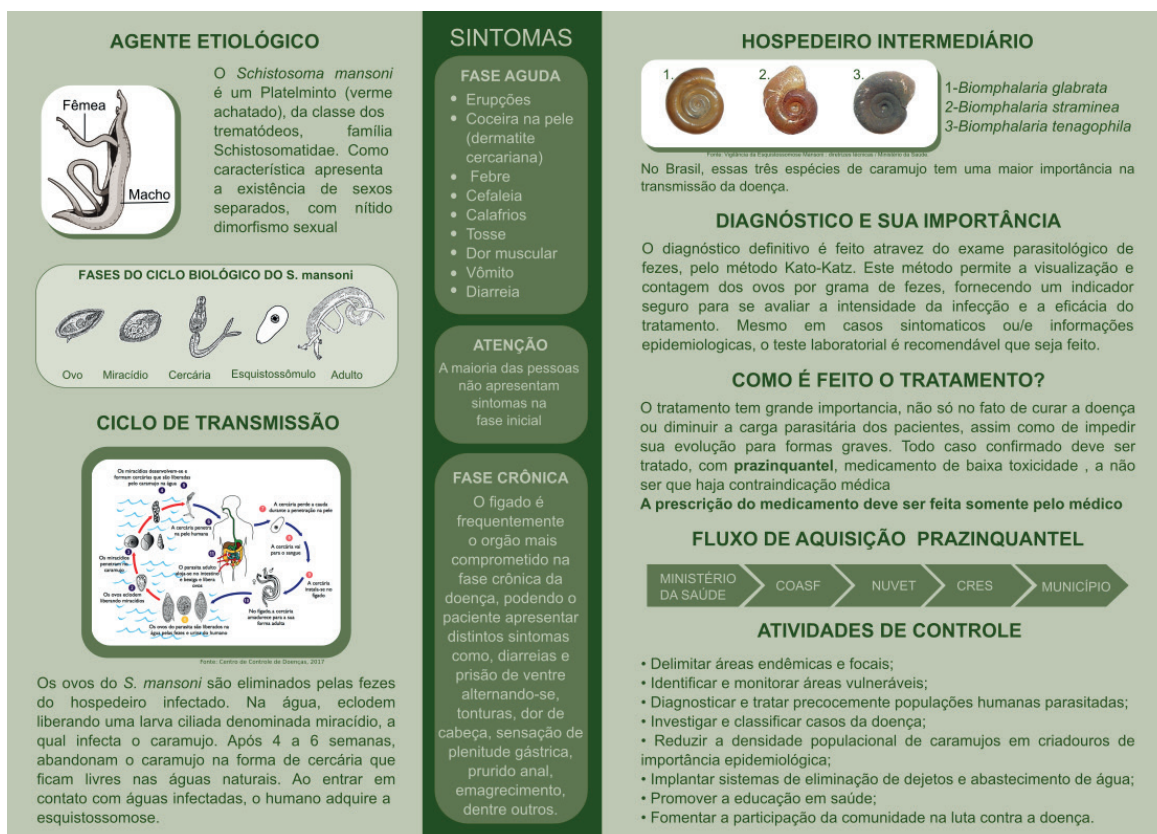


Figura 2. Lado externo do folder informativo sobre esquistossomose.

Fonte: Freitas, 2019

4 | DISCUSSÃO

O presente artigo descreveu a construção de material educativo destinado a profissionais da área da saúde sobre o agente etiológico, ciclo de transmissão, sintomas, hospedeiro intermediário, importância do diagnóstico, tratamento e atividades de controle da esquistossomose mansoni. As questões e tópicos de interesses abordados no folder, foram norteadas por dois parâmetros: o roteiro do manual de “Vigilância da Esquistossomose Mansoni: Diretrizes Técnicas”, e as principais dúvidas relatadas pelos profissionais da saúde. Ao comparar o contexto dos questionamentos sobre o agravo com as ações operacionais regulamentada no manual do Ministério da Saúde, percebe-se, o quanto há um distanciamento das informações com as práticas nos processos de trabalho SANTOS; RAMOS; ASSIS, 2019).

A produção do material educativo na maioria das vezes está voltada para as populações acometidas pelo agravo, poucos são os materiais educativos voltados para o profissional da área da saúde. Neste estudo, os questionamentos sobre a suspeição de casos, o que fazer? Como fazer? Foram abordados, no folder proporcionando ao profissional uma melhor sistematização das informações.

5 | CONCLUSÃO

Concluimos que o material educativo do tipo folder é uma tecnologia leve que deve ser incorporada no processo de educação permanente dos profissionais da área da saúde como uma iniciativa de sistematizar os conhecimentos técnicos que são necessários no cotidiano destes profissionais.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ (SESA-CE). Coordenadoria de Vigilância em Saúde-COVIG. Núcleo de Controle de Vetores – NUVET. **Boletim Epidemiológico – Esquistossomose**. Fortaleza: SESA-CE, 2016. Disponível em; Acesso em: 13 mai. 2019

FEUERWERKER, Laura C. M. **Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 3 -4, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 14 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000100001>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância da Esquistossomose Mansoní: diretrizes técnicas** / Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

SANTOS, R. O. M. dos, RAMOS, D. N. ASSIS, M. de. **Construção compartilhada de material educativo sobre câncer de próstata**. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2019, v. 42 [Acessado 16 Mai 2019], e122. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.122>>. Epub 07 Jan 2019. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.122>.

METODOLOGIAS ATIVAS: UMA NOVA ABORDAGEM PEDAGÓGICA UTILIZADA COM ALUNOS DA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nayana Santos Arêa Soares

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Márcia Astrês Fernandes

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Ítalo Arão Pereira Ribeiro

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Rosa Jordana Carvalho

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Carliane da Conceição Machado Sousa

Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A linha evolutiva sobre a formação dos profissionais de saúde, mostra sua historicidade pautada no uso de metodologias conservadoras ou tradicionais, em que o processo ensino-aprendizagem se restringe à reprodução do conhecimento, com o docente no papel de transmissor de conteúdos e o discente receptor, sem crítica ou reflexão. Contudo, novas estratégias de ensino têm surgido como forma de aprimoramento, dentre as quais se destacam as metodologias ativas, uma ferramenta útil e necessária. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de mestrandos com a utilização de metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem, durante oficinas sobre Teorias de Enfermagem, para alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí. **MÉTODO:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência,

acerca da vivência em adotar as metodologias ativas como instrumento inovador para o processo ensino-aprendizagem de alunos de graduação em Enfermagem. **RESULTADOS:** Foram utilizadas as metodologias ativas como método de ensino por trazer a essência de um processo interativo de conhecimento, que está sempre conduzindo a formação crítica e favorecendo autonomia dos participantes. As ações educacionais desenvolvidas foram: dinâmica de apresentação, dramatização, situação problema e aprendizagem baseada em equipe. Notavelmente percebeu-se que as ações educacionais foram promissoras ao atingirem um espaço educativo favorável para discussão em grupo capaz de promover uma socialização das ideias. **CONCLUSÃO:** O uso das metodologias ativas mostrou-se como estratégia pedagógica eficaz e inovadora, capaz de trazer uma efetiva participação dos alunos, que veio a favorecer o aprimoramento e aquisição de conhecimentos, priorizando uma análise crítica e reflexiva das temáticas discutidas.

PALAVRAS-CHAVE: Aprendizagem Baseada em Problemas. Educação em Saúde. Estudantes de Enfermagem.

ACTIVE METHODOLOGIES: A NEW
PEDAGOGICAL APPROACH USED WITH

ABSTRACT: INTRODUCTION: The evolution of health professionals shows their historicity in the use of conservative methodologies, that is, where the teaching-learning process is restricted to the reproduction of knowledge, with the teacher in the role of content transmitter and the receiving student, without criticism or reflection. The new teaching series have emerged as a form of improvement, which stand out the active technologies, a useful and necessary tool. **OBJECTIVE:** To report an experience of master's students with the use of active methodologies as a teaching-learning strategy, during the workshops on Nursing Theories, for undergraduate students in nursing at the Universidade Federal do Piauí. **METHOD:** Descriptive study, experience report type, about the experience in adopting active methodologies as an innovative instrument for the teaching-learning process of nursing undergraduate students. **RESULTS:** The active methodologies were used as teaching methods to bring the essence of an interactive process of knowledge, which is always functioning as critical training and in favor of opportunity self-management. The educational actions used were: dynamic presentations, dramatization, problem situation and team-based learning. Notably, it was noticed that the educational actions were promising in achieving a favorable educational space for group discussion capable of promoting ideas socialization. **CONCLUSION:** The use of active methodologies proved to be an effective and innovative pedagogical strategy, capable of becoming a measure of student participation, which favored the improvement and the acquisition of knowledge, prioritizing a critical and reflexive analysis of the topics discussed.

KEYWORDS: Problem-Based Learning. Health Education. Nursing Students.

1 | INTRODUÇÃO

Ao traçarmos uma linha evolutiva sobre a formação dos profissionais de saúde, perceberemos que toda a sua historicidade tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras ou tradicionais. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição dos mesmos, sem a necessária crítica e reflexão (MITRE et al., 2008; FREITAS et al., 2015).

Desta forma, as estratégias de ensino tradicionais compõem um escopo de teóricos, não só da área da educação, mas de toda uma conjuntura intelectual, que busca o seu aprimoramento através de novas metodologias de ensino-aprendizagem. Sendo assim, o uso das metodologias ativas se torna uma ferramenta útil e necessária (PAIVA et al., 2016) .

Sabe-se que o processo de construção da educação foi permeado por várias tendências e métodos de ensino. Os mesmos foram moldados conforme as necessidades impostas pela própria sociedade e por necessidades de adequação

do “mundo de sala de aula” com o “mundo real”, pois a transformação da realidade, segundo tendências tradicionais, não mais estava sendo apropriada para a sociedade moderna, pois com a globalização o conhecimento passa a ser compartilhado com todos e em tempo real, exigindo adaptações tanto dos professores quanto dos próprios alunos (SEBOLD et al., 2010).

Sendo assim, as necessidades que vem se assistindo na sociedade atual, e o avançar das problematizações que envolvem o processo tradicional de ensino, exigem cada vez mais transformações necessárias, no que tange ao processo de ensino-aprendizagem, visto que os modelos de ensino tradicionais levam o discente a uma postura quase sempre passiva, submissa e não participativa, sem a oportunidade de demonstrar suas opiniões, interesses e de repassar seus saberes, dentro de uma troca mútua de conhecimentos entre professor e aluno (FREITAS et al., 2015; FERNANDES et al., 2018), principalmente quando esse processo de ensino é voltado para formação de profissionais no campo da saúde.

À vista disso, o processo e as técnicas de ensino-aprendizagem necessitam constantemente de reformulação, no intuito de formar cada vez mais profissionais adequados às necessidades de saúde da população brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a efetiva articulação das políticas de saúde com a educação, propiciando a capacidade de trabalhar em equipe, comunicar-se e ter agilidade diante das situações novas. Tais características tornam-se necessárias à formação de profissionais do futuro e não se associam ao modelo de ensino pedagógica tradicional (LIMBERGER, 2013; SOUZA, 2016; FERNANDES et al., 2018).

Nessa direção, para operarem nos mais diversos cenários do SUS, as instituições de ensino têm como desafio formar profissionais críticos e reflexivos, capazes de compreenderem as diferentes demandas dos usuários, famílias e comunidades, bem como de intervirem nos determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população. Assim, dentro das novas tendências pedagógicas, as Metodologias Ativas de Ensino (MAE) podem contribuir nessa perspectiva, uma vez que estudos nacionais recentes relatam experiências positivas de aplicação dessas metodologias e discutem a relevância que vem sendo atribuída à sua implementação na formação dos profissionais da saúde, em especial, aos da enfermagem (XAVIER et al., 2014; HERMIDA; BARBOSA; HEIDEMAN, 2015).

A utilização das metodologias ativas contribui com a formação dos futuros enfermeiros, atendendo à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), defensora das orientações pautadas nos serviços especializados para a população, estabelecendo relações de reciprocidade e acolhendo a importância do atendimento para as demandas sociais do SUS. Na prática, contribui para qualificação técnica e humanizada de profissionais suficientemente comprometidos com o bem-estar da sociedade e com competências para gerir, implementar e liderar resoluções de problemas de saúde, observados na realidade, estando aptos à proporem ações

para a comunidade (SOUZA; SILVA; SILVA, 2018).

Essa nova concepção de ensino é capaz de definir rumos para a formação profissional, o que pode ter impactos na prática e no fazer em saúde. Especificamente, os cursos de graduação em Enfermagem são estimulados a investir em inovação metodológica no processo de formação, tendo as metodologias ativas como aposta de ofertas de vivências na realidade social ao enfermeiro. Diante dessa visão, a Enfermagem, qualificada como disciplina teórico-prática, tem potencial para criação de ideias inovadoras, possibilitando uma motivação em alguns profissionais para novas experiências (FABBRO et al., 2018; BACKS et al., 2012).

Dessa forma, aprender a aprender, como aprender e envolver o afeto no processo de atuação são as principais habilidades que devem acompanhar e desafiar os alunos de enfermagem no momento presente. Isso porque a enfermagem é reconhecida por sua versatilidade e capacidade de adaptação a ambientes em transformação. Enquanto o trabalho em equipe no bojo do contexto global acarreta mais profundidade e amplitude ao conhecimento dos profissionais (OLIVEIRA; CAPPOLA, 2017).

Neste contexto, ganha ênfase a educação problematizadora, centrada no estudante, que constrói seu conhecimento e desenvolve um discurso próprio de maneira ativa, por meio de novas abordagens de ensino e aprendizagem, em que o professor se torna um facilitador do processo. Assim, no processo de formação por meio das metodologias ativas, o profissional de saúde é convidado a trabalhar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes e interagindo com a população e outros profissionais de áreas afins, construindo um perfil de trabalhadores capazes de prestarem os cuidados e assistência adequada aos usuários de todos os níveis da saúde (JORGE et al., 2017; LIMBERGER, 2013).

Considera-se, portanto, importante o desenvolvimento de novas técnicas no processo ensino-aprendizagem, como forma inovadora e relevante para formação de profissionais da saúde. Assim, julga-se relevante partilhar a presente experiência de mestrandos em enfermagem com a utilização das metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem, durante a disciplina Fundamentos Teóricos e Filosóficos do Cuidar em Enfermagem, oferecida pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, em que tiveram a oportunidade de ministrarem oficinas sobre Teorias de Enfermagem, para alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí- UFPI, no sentido de propagar novas concepções sobre estratégias de ensino-aprendizagem, diferentes das usualmente utilizadas no ensino tradicional.

Nesta perspectiva delineou-se como objetivo do presente estudo: Relatar a experiência de alunos mestrandos com a utilização de metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem, durante oficinas sobre Teorias de Enfermagem, para alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Piauí- UFPI.

Ademais, leva-se em conta, também, a importância de divulgar estudos que

retratam os aspectos pertinentes da atuação do enfermeiro, enquanto docente, com a utilização de novas metodologias de ensino para formação em saúde, ponderando novos conhecimentos e saberes em relação à reestruturação das técnicas aplicadas no processo de ensino-aprendizagem, considerando o aluno como centro do processo educativo, com base em uma formação crítico-reflexiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da vivência em adotar as metodologias ativas como instrumento inovador para o processo ensino-aprendizagem, que teve como público alvo alunos do 4º período da Graduação em Enfermagem de uma universidade pública do nordeste brasileiro.

Entende-se que o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que reflete sobre uma determinada ação que interpela uma situação vivenciada no âmbito acadêmico de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

Elaborou-se este estudo com base em práticas vivenciadas por mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFPI) que oportunizaram a vivência de saberes e experiências com métodos inovadores para a atualização do conhecimento dos discentes de enfermagem sobre as Teorias de Enfermagem.

As Oficinas que deram origem a redação deste relato aconteceram no mês de novembro de 2017, em uma sala de aula do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (PPGEnf/UFPI) com os alunos do 4º período de Graduação em Enfermagem. As atividades foram idealizadas e conduzidas pelos mestrandos em Enfermagem da UFPI.

No âmbito do Curso de Graduação em Enfermagem é proposta dos componentes curriculares a apresentação das Teorias da Enfermagem com o intuito de estudar aspectos conceituais e históricos e a aplicabilidade das Teorias de Enfermagem na assistência ao ser humano.

Para melhor assimilação dos conteúdos de Teorias da Enfermagem foi proposta a utilização das metodologias ativas por serem reconhecidas como estratégias de ensino que favorecem a reflexão de ideias com base em uma aprendizagem significativa, o que favorece a construção de conhecimento.

Desse modo, o uso das metodologias ativas favorece a formação de sujeitos críticos e reflexivos, tornando-os proativos e criativos. Assim, o processo ensino aprendizagem envolve o participante em atividades complexas para que aprendam a tomar decisões e, posteriormente, avaliá-las (MACEDO et al., 2018).

Dentre as ações educacionais desenvolvidas nas Oficinas e que serão discutidas detalhadamente posteriormente, destacam-se: as dinâmicas de apresentação, dramatização, situação problema e aprendizagem baseada em equipe. Notavelmente,

percebeu-se que as ações educacionais foram promissoras ao atingirem um espaço educativo favorável para discussão em grupo, que promoveu a socialização das ideias.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as Oficinas de Teorias de Enfermagem foram utilizadas as metodologias ativas como métodos de ensino por trazer a essência de um processo interativo de construção e consolidação do conhecimento, condução da formação crítica e favorecimento da autonomia dos participantes.

As ações educacionais desenvolvidas durante a oficina tiveram início com a dinâmica de apresentação dos participantes. Este momento ocorreu com a entrega de tarjetas e pincéis para que cada participante colocasse uma conquista e um desafio. Depois todos fizeram um círculo para expor aos colegas suas respostas.

Esse primeiro momento foi consolidado pela formação de quatro grupos nos quais os participantes foram alocados através de suas respostas. Os grupos foram formados através daqueles que possuíam divergência de pensamentos. Essa atividade ficou conhecida como formação dos Grupos Diversidade.

Assim, os grupos diversidade são formados com um quantitativo de no máximo dez participantes, de maneira a contemplar a maior diversidade possível de experiências prévias dos alunos e a ampliar as possibilidades de intervenção de acordo com cada situação (PETTA et al., 2015).

No segundo momento, os facilitadores distribuíram nos Grupos Diversidade uma Situação Problema (SP) com temáticas que refletiam as Teorias de Enfermagem. Após leitura e discussão das SP, os integrantes dos grupos colocaram em cartolinas as prováveis respostas sobre cada situação simulada. Ao término da apresentação, os facilitadores mediarão a discussão sobre as respostas mencionadas por cada grupo.

Nesse contexto percebe-se que a utilização de métodos ativos de aprendizagem focados na problematização de situações reais, de interesse dos participantes, favorece a motivação, e os envolvem no processo de busca de solução (BERBEL, 2011; BARBOSA; MOURA, 2013).

A SP apresenta-se como estímulo para busca de conhecimento e deve ser trabalhada de modo cooperativo entre facilitadores e participantes. Vale ressaltar que a SP possibilita ao participante interpretar os problemas com base em suas experiências e conhecimento prévio e ainda, elencar pontos que possam auxiliar na resolução do problema em discussão (DORNELAS et al., 2016).

Corroborando as estratégias adotadas, a SP permite aos participantes sentirem-se presentes no cenário criado para o enredo do problema a ser discutido, o que favorece a criação de estratégias pertinentes para a resolutividade do problema em análise. Nessa perspectiva, facilitadores e participantes compartilham o

desenvolvimento da aprendizagem, a partir do reconhecimento das potencialidades e fragilidades, construindo possibilidades de aprendizagem.

O terceiro momento consistiu na realização de uma dramatização da solução de cada caso, apresentada pelos Grupos Diversidade. Tal estratégia pode levar o aluno ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de promover seu próprio desenvolvimento.

A propósito disso, a dramatização é um tipo de metodologia ativa que pode ser desenvolvida por meio de simulações clínicas, role play, paciente simulado, dentre outras. Esse tipo de estratégia se mostra eficaz por inserir o aluno em um contexto semelhante à realidade, o que lhe permite adentrar numa ótica diferente, assumindo o papel do público de suas futuras ações profissionais e a entender esse outro ponto de vista, o que possibilita o desenvolvimento de competências e habilidades inerentes à sua formação baseadas não somente na teoria aprendida, mas também na tomada de decisão de forma empática. Permite ainda o desenvolvimento do raciocínio lógico, trabalho em equipe, motiva o discente a aprender, fortalece a autonomia e facilita o aprendizado por meio da interação dessa realidade simulada e de suas experiências pessoais (NEGRI et al., 2017)

Nesse entendimento, confirma-se que dramatização vem sendo utilizada como estratégia de ensino que objetiva a formação de profissionais mais críticos, reflexivos, e capazes de trabalhar em equipe. Ademais, verifica-se que ao aplicar essa dinâmica ao campo da saúde, percebe-se que o uso dessas estratégias de ensino considerada não convencional, vem a propiciar a assimilação melhor do conteúdo programático (ALMEIDA, 2013).

Estudo realizado com profissionais de saúde de uma Unidade Básica de um município do nordeste brasileiro revelou, de forma perceptível, que a dramatização foi positiva na construção do conhecimento, não somente pelas razões citadas anteriormente, mas também pela reflexão de sua prática profissional diária, ou seja, serviu como um parâmetro para repensar sua rotina de trabalho, adequar suas ações para fortalecer o vínculo e, assim, melhor atender aos pacientes e suas demandas (FERNANDES et al., 2018).

Importa ressaltar também que, as metodologias ativas potencializam a curiosidade, à medida que os alunos se inserem na teorização e trazem elementos novos, que permeiam em uma aprendizagem cada vez mais efetiva. É importante mencionar que este método inovador consegue motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas (BERBEL, 2011).

Notavelmente, percebeu-se que as ações educacionais foram promissoras ao atingirem um espaço educativo favorável para discussão em grupo capaz de promover uma socialização das ideias.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de Metodologias Ativas como estratégia pedagógica na oficina permitiu que houvesse a construção do conhecimento de modo ativo e autônomo, dado que a vivência e aprendizado em equipe, além da dinâmica, dramatização e situação problema estimularam a interação, criticidade e a capacidade de resolução dos discentes.

O uso desse método mostrou-se eficaz e promissor, visto que a aplicação dessa metodologia favoreceu a discussão em grupo e socialização de ideias, sendo possível a concepção e compartilhamento de conceitos, posturas e raciocínios entre todos os envolvidos na oficina, estimulando os futuros enfermeiros a serem profissionais indagadores, comprometidos e reflexivos.

Por fim, considerou-se rica e válida a experiência com o uso das metodologias ativas como estratégia pedagógica eficaz e inovadora, capaz de trazer uma efetiva participação dos alunos envolvidos, o que veio a favorecer o aprimoramento e aquisição de conhecimentos, priorizando uma análise crítica e reflexiva das temáticas discutidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. P. B. **Dramatização como método ativo de ensino-aprendizagem: A saúde coletiva como cenário de prática.** *Revista Conhecimento Online*, Novo Hamburgo, v. 2, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/220>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

BACKES, D. S. et al. **Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem.** Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 597-602, 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2019.

BARBOSA, E. F; MOURA, D. G. **Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica.** Boletim Técnico do Senac, v. 39, n. 2, p. 48-67, 2013. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/349>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>>. Acesso em set. 2018.

CAVALCANTE, B.L.L; LIMA, U.T.S. **Report of an experience of a nursing student in a clinic specialized in treatment of wounds.** J Nurs Health [Internet]. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

DORNELAS, R. et al. **Avaliação da situação-problema por tutores e discentes em um curso de graduação vivenciado em metodologias ativas.** Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, [S.l.], p. 245-257, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7613/5711>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

FABBRO, M. R. C. et al. **Estratégias ativas de ensino e aprendizagem: percepções de estudantes de Enfermagem.** REME – Rev Min Enferm. v. 22, e-1138, 2018. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1276>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FERNANDES, M. A. et al. **Active methodologies as a tool for training in mental health.** Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 12, n. 12, p. 3172-3180, 2018. Available from: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237762>>. Accessed on: 15 may. 2019.

FREITAS C.M, et al. **Using active learning methodologies for education in health: scientific production analysis.** Trab Educ Saúde. Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 117-130 2015. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500117&lng=en&nrm=iso>. Access on: 15 may. 2019.

HERMIDA, P. M. V.; BARBOSA, S. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. **Metodologia ativa de ensino na formação do enfermeiro: inovação na atenção básica.** Rev. Enferm. UFSM [internet], v. 5, n. 4, p. 683-691, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/16920>. Acesso em: 11 set. 2018.

LIMBERGER, J. B. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência.** Interface, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 969-975, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400020&lng=en&nrm=iso>. Access on: 15 may. 2019.

JORGE, M. S. B. et al. **Utilização de metodologias ativas na formação permanente de trabalhadores da rede de atenção integral aos usuários de crack e outras drogas.** CIAIQ [internet], v. 2, p. 1204-1213, 2017. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1569/1524>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MACEDO, K. D. S. et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 22(3): 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2019.

MITRE, S. M. et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso>. Access on: 15 may. 2019.

NEGRI, E. C. et al . Clinical simulation with dramatization: gains perceived by students and health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 25, e2916, 2017 . Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100604&lng=en&nrm=iso>. Access on: 15 may. 2019.

OLIVEIRA, W. A.; COPPOLA, N. **A importância das metodologias ativas na formação do enfermeiro no Brasil.** Revista de Saúde da Fiaciplac, Brasília, v.4, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/RSF/article/view/409>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

PAIVA et al. **Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem: Revisão Integrativa.** SANARE, Sobral - v.15 n.02, p.145-153, 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1049>>. Acesso em: 15 mai 2019.

PETTA, H. L *et al.* **Preceptorial no SUS:** caderno do curso. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.

SEBOLD, L. F. et al. **Metodologias ativas: Uma inovação na disciplina de fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem.** Cogitare Enfermagem, [S.l.], v. 15, n. 4, dez. 2010. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/view/20381>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

SOUZA, M. C. B. M. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica /Saúde Mental:** avanços, limites e desafios. SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas [internet], v.12, n. 3, p. 139-146, 2016. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/120777/117844>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. **Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, supl. 2, p. 920-924, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000800920&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2019.

XAVIER, L. N. et al. **Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** SANARE [internet], v. 13, n. 1, p. 76-83, 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/436/291>. Acesso em: 12 nov. 2018.

O ENSINO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS: UMA PESQUISA-AÇÃO

Leandro Ferreira de Melo

Universidade Estadual Do Rio Grande Do Norte –
UERN

Mossoró/Rio Grande do Norte

Ana Karina Matos Figueira

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço – FAMEV
Mossoró/Rio Grande do Norte.

Cristiane de Góis Pereira

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço – FAMEV
Mossoró/Rio Grande do Norte.

Emanuela Karine Gomes da Silva

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço – FAMEV
Mossoró/Rio Grande do Norte

Emanuelle Monaliza de Sousa Gomes

Universidade Estadual Do Rio Grande Do Norte –
UERN

Mossoró/Rio Grande do Norte

Erison Moreira Pinto

Universidade Potiguar-UNP
Apodi/Rio Grande do Norte

Ilza Iris dos Santos

Faculdade Metropolitana de Ciência e Tecnologia
- CENPEX

Mossoró/Rio Grande do Norte

Ingrid Rafaely Alves Saraiva

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço – FAMEV
Mossoró/Rio Grande do Norte

Lenilson de Góis Pereira

Instituto, Brasil de Ensino – IBRA
Mossoró/Rio Grande do Norte

Lidiane Augusta de Souza

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Mossoró/Rio Grande do Norte

Ranielly Regina da Silva

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço – FAMEV
Mossoró/Rio Grande do Norte

Verenilson de Paiva Silva

Faculdade Atendeu – FATE
Mossoró/Rio Grande do Norte

RESUMO: É de interesse do SUS que os profissionais da área da saúde recebam capacitação e uma educação direcionada a implementação das PICS na realidade do serviço de saúde, sendo então, de suma importância que, o estudante das várias instituições de ensino superior possam aprender sobre a temática e assim colaborar para a efetivação das PICS. A presente produção trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, com objetivo exploratório, quanto a seu procedimento foram adotadas as técnicas da pesquisa-ação e para a coleta foram usados os elementos da entrevista por meio da gravação da voz com questionamento de cunho aberto. Objetiva-se compreender o ensino das Práticas Integrativas e Complementares no SUS como componente de suma importância na formação acadêmica dos estudantes da área da saúde dentro de

uma instituição privada de ensino superior, bem como registrar, através da inserção na realidade, a efetivação do ensino das PICS, dentro de uma instituição privada de ensino superior; definir a aplicabilidade das Práticas Integrativas e Complementares no SUS como conteúdo didático dentro da formação acadêmica de estudantes da área da saúde; identificar as concepções e a importância do ensino das PICS por meio do entendimento adquirido pelos estudantes da saúde de uma instituição de ensino superior. A formação do profissional que irá integrar o SUS em um futuro próximo, deve conter métodos técnicos e práticas criativas, devendo ser um dos objetivos das instituições de formação em todo o Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias Complementares; Educação Superior; Sistema Único de Saúde

THE TEACHING OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES IN SUS: AN ACTION RESEARCH

ABSTRACT: It is in the interest of the SUS that health professionals receive training and an education directed to the implementation of PICS in the reality of the health service, and it is therefore of the utmost importance that the students of the various higher education institutions can learn about thematic and thus collaborate for the implementation of the PICS. The present production is a qualitative research, of an applied nature, with exploratory objective, as to its procedure the techniques of action research were adopted and for the collection the elements of the interview were used by recording the voice with questioning of open. The objective is to understand the teaching of Integrative and Complementary Practices in the SUS as an extremely important component in the academic training of health students within a private institution of higher education, as well as to register, through the insertion in reality, the effectiveness of teaching of the PICS, within a private institution of higher education; to define the applicability of Integrative and Complementary Practices in the SUS as didactic content within the academic training of students in the health area; to identify the conceptions and importance of the teaching of the PICS through the understanding acquired by the students of the health of an institution of higher education. The training of the professional that will integrate the SUS in the near future, should contain technical methods and creative practices, and should be one of the objectives of training institutions throughout Brazil

KEYWORDS: Complementary Therapies; College education; Health Unic System

1 | INTRODUÇÃO

As técnicas integrativas que atuam como complemento no tratamento dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, é um assunto tratado desde a Conferência Mundial de Alma-Ata, que ocorreu no ano de 1978, realizada onde, até então, era a União Soviética. A Organização Mundial da Saúde (OMS) deliberou

que para que a saúde seja algo de todos, seria necessário integrar as práticas da medicina popular ou tradicionais nos modelos nacionais dos sistemas de saúde, visando assim a integralidade dos sujeitos (SESAP, 2011).

As práticas integrativas e complementares no SUS caracterizam-se como métodos que visam o estímulo natural de mecanismos de profilaxia e recuperação/reabilitação da saúde, por meio de técnicas que vem mostrando resultados positivos, possuindo como base norteadora a escuta acolhedora a qual possibilita ao ser humano uma maior integração social/ambiental (BRASIL, 2015).

De acordo com Mello, Alves e Lemos (2015) diante do proposto pelo Ministério da Saúde, é muito importante que as instituições de ensino superior, venham a buscar novas estratégias de ensino, que vissem se adequar as necessidades da sociedade e do SUS, garantindo assim a qualidade da assistência a comunidade usuária.

Essas habilidades devem ser formadas durante a graduação, o estudante dos mais diversos ramos da saúde, em seu processo de formação, deve ser capacitado para que, quando se tornar um egresso, ele possa ter domínio técnico/científico, o que evidencia esses conhecimentos através da aplicação efetiva, e assim, no seu exercício profissional, possibilitar a comunidade, um maior empoderamento e autonomia, que são indispensáveis a um atendimento de qualidade (MELLO, ALVES e LEMOS, 2015).

Ao se observar a necessidade de se evidenciar uma educação superior de qualidade e o que é proposto pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos de governo, além do espelho exposto pelas grades curriculares de muitas instituições, nasce desta forma as indagações que motivam a presente pesquisa: o ensino das Práticas Integrativas e Complementares no SUS tem sido realizado? Quais as concepções dos estudantes a esse respeito? Qual a importância dada por eles a essa temática?

Nesse sentido, objetivou-se com esse trabalho compreender o ensino das Práticas Integrativas e Complementares no SUS como componente de suma importância na formação acadêmica dos estudantes da área da saúde dentro de uma instituição privada de ensino superior.

Bem como, registrar, através da inserção na realidade, a efetivação do ensino das PICS, dentro de uma instituição privada de ensino superior; Definir a aplicabilidade das Práticas Integrativas e Complementares no SUS como conteúdo didático dentro da formação acadêmica de estudantes da área da saúde; Identificar as concepções e a importância do ensino das PICS por meio do entendimento adquirido pelos estudantes da saúde de uma instituição de ensino superior.

Para Oliveira et. al. (2014) é necessário que as coordenações possam escutar as opiniões e necessidades dos acadêmicos, entendendo seus anseios, e assim, formar uma estratégia de ensino que seja mais humana e acolhedora visando uma formação qualitativa para que assim, ele se torne um profissional qualificado.

Sendo assim, deseja-se realizar uma produção de cunho científico por meio de uma pesquisa dentro da realidade, a efetividade do ensino das técnicas regidas

pelas práticas integrativas e completares no SUS, e assim, fornece conhecimentos a comunidade acadêmica, as instituições de ensino superior, aos órgãos governamentais e demais interessados.

Esta pesquisa poderá servir como base para formulação de políticas públicas, como base para elaboração de grades curriculares em instituições de ensino superior, como fonte para as coordenações acadêmicas para que desenvolvam um maior conhecimento sobre as impressões dos estudantes a respeito das bases do ensino da temática aqui abordada, e formulações de soluções cabíveis e que supram os desejos do Ministério da Saúde e da comunidade.

2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A efetivação do ensino das práticas integrativas e complementares no SUS

De acordo com VENTURA et. al. (2014) as instituições de ensino superior formulam suas grades curriculares de acordo com as Diretrizes Curriculares para o ensino da graduação, em qualquer das áreas do conhecimento, e de acordo com os preceitos políticos/sociais e com a realidade do mercado de trabalho.

O modelo de ensino, por meio das diretrizes, determina o perfil do profissional recém-formado, que deve possuir, para um exercício de qualidade de sua formação, habilidades como por exemplo: capacidade de conhecer e intervir em problemas/situações de saúde/doença, além de agir no cenário ideal de acordo com o perfil global (VENTURA et. al. 2014).

Para BRASIL (2004) para a efetivação na qualidade do ensino superior, dentro das diversas graduações que permeiam a área da saúde, é indispensável que haja um engajamento entre docentes, trabalhadores, estudantes, gestores e movimentos sociais, uma vez que a educação qualitativa, não envolve apenas a instituições e o docente, mas todos os atores sociais.

Existe uma articulação entre o Ministério da saúde e o Ministério da educação para que sejam implementadas de forma qualitativa as diretrizes que permeiam o ensino superior no que diz respeito a área da saúde. Além de promover o compromisso constitucional do SUS e de sua gestão dentro da federação e entre todos os seus componentes (BRASIL, 2004).

Em 1980, David Ausubel, propõe a teoria da aprendizagem significativa, onde entende-se, que o indivíduo consegue compreender um determinado assunto, de forma significativa, no momento onde ele consegue incorporar novos conhecimentos a outros já existentes em sua estrutura cognitiva, as quais são denominadas como “subsunçores”, e que para que isso aconteça são necessárias duas condições: que haja disposição para a aprendizagem e que o conteúdo seja significativo para quem almeja aprender (MELLO, ALVES e LEMOS, 2015).

Para que o seja possível um efetivação do ensino, é necessário que as instituições de ensino superior venham a compreender o valor acadêmico, científico e social apresentado pela implementação efetiva e evidenciada desse conteúdo na grade curricular, sendo que, hoje, em virtude de que existem poucas abordagens sobre a temática, esse serviço ainda não está amplamente difundido, todo brasileiro tem o direito de receber um tratamento adequado e que vissem sua integridade de forma integral, desse modo, as técnicas das práticas integrativas e complementares necessitam de atenção para sua efetivação (BRASIL, 2015).

2.2 A aplicabilidade das práticas integrativas e complementares no SUS

Na concepção de Alvim et. al. (2013) mesmo com algumas barreiras, as PICS vêm ganhando cada vez mais espaço na sociedade, uma vez que há uma popularização dos meios não biomédicos de tratamentos das condições de saúde da população, esta influência se dá, principalmente, por questões culturais, ideológicas e econômicas.

Existem diversas técnicas dentro dessa concepção de cuidado ao ser humano, as quais são herdadas, principalmente, pela medicina tradicional chinesa, como por exemplo: a acupuntura, a fitoterapia, o termalismo, shiatsu, a massoterapia, a cromoterapia que estão sendo muito usadas no território ocidental, como no Brasil (ALVIM et al., 2013).

Outras formas também vêm ganhando espaço dentro do território ocidental, como o tratamento com essências florais, o Reiki, argiloterapia, trofoterapia, música terapêutica, brinquedo terapêutico e a ludoterapia. (ALVIM et al., 2013).

As práticas alternativas e complementares, trazem à tona um pensamento reforçado a respeito da promoção da saúde, pois estas são de baixo custo financeiro, de fácil aplicabilidade e estão ao alcance de muitas pessoas, em vários sentidos, e que poderiam servir a toda a população através das Unidades Básicas de Saúde, por ser um meio não medicamentoso de tratar diversas condições da saúde humana (CEOLIN, 2009).

As PICS, surgem como uma forma humanizada de oferecer um tratamento qualitativo e integral a população, que em muitos casos, podem ser tratados sem a presença de medicações, onde outros profissionais poderão acompanhar o cliente, por meio de uma atuação multiprofissional, onde o cliente é o centro dos cuidados (CEOLIN, 2009).

De acordo com Santos et. al. (2017) frente a esse grande aumento na procura pelas PICS, é necessário que os profissionais, das mais diversas áreas, estejam aptos a oferecerem um serviço de qualidade para o usuário do SUS, assim como saber identificar efeitos colaterais, fornecer informações concernentes a prática ao cliente, e realizar a prática das medicinas complementares isoladas, em associação aos tratamentos convencionais da saúde.

As PICS mostram que é possível tornar o Sistema Único de Saúde cada vez

mais universal, evidenciando que podem existir diversas maneiras de se tratar o ser humano, isso só fortalece o princípio da humanização e da integralidade, uma vez que permite ao usuário, a possibilidade de escolha, ou seja, a medicina tradicional é um caminho para se alcançar o SUS ideal (ALVIM et al., 2013).

2.3 O estudante e a aprendizagem das práticas integrativas e complementares no SUS

O espaço democrático e a pesquisa científica, tem possibilitado abrir um leque de possibilidades, por meio do comprometimento em inovar as práticas, para que assim, seja possível, oferecer ao usuário do SUS um serviço de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2015).

É um indicador de qualidade a presença de terapias complementares para isso, os estudantes do ensino superior venham a possuir uma formação que lhes forneça os conhecimentos necessários para que possam atuar de forma qualitativa na realidade, além da produção científica e o desenvolvimento de novas técnicas (SANTOS, et. al. 2017).

No Brasil, já temos vários estímulos a implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, agora é necessário que haja um interesse mútuo entre os atores da sociedade, desde os profissionais dos diversos serviços de saúde, as instituições de ensino superior, para que sejam tomadas medidas de implementação e ensino (SESAP, 2011).

3 | METODOLOGIA

A presente produção trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, com objetivo exploratório, quanto a seu procedimento será adotada as técnicas da pesquisa-ação e para a coleta serão usados os elementos da entrevista por meio da gravação da voz com questionamento de cunho aberto.

De acordo com Prodanov e Cleber (2013) a pesquisa qualitativa não se preocupa com a representação numérica, mas sim, com o aprofundamento de um dado grupo a respeito de uma determinada temática, ela busca explicar a razão das coisas, produzindo amostras aprofundadas e ilustrativas sobre a temática.

A pesquisa de natureza aplicada, visa avaliar e propor uma solução para dado problema ou questão que se apresenta, em determinado contexto, que envolvam verdades e interesses locais sobre determinado tema apresentado (GIL, 2010).

Uma produção com objetivo exploratório procura proporcionar uma maior familiarização com determinada temática, com a finalidade de torna-la mais explícita. Muitas das pesquisas que possuem esse objetivo são, dentre outras possibilidades, realizadas por meio de entrevistas entre indivíduos (PRODANOV e CLEBER, 2013).

A pesquisa-ação pressupõe uma participação do pesquisador de forma planejada

na situação/problema, alvo da investigação, esse processo possui fortes elementos de uma metodologia sistemática no sentido de transformar a realidade observada, a partir da compreensão, conhecimento e compromisso para a ação dos elementos envolvidos na pesquisa, (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Para efetivação da presente produção, foi realizada uma oficina, seguida de entrevista na Faculdade Diocesana de Mossoró, localizada na Praça Dom João Costa, 511, Santo Antônio, na cidade de Mossoró-RN, em sala disponibilizada pela instituição.

A oficina abordou a questão da Práticas Integrativas e Complementares no SUS, foram usados recursos que permitam ao estudante a vivência teórica e experiências na área das práticas lúdicas integrativas, como forma de fornecer instrumentos que induzam a aprendizagem dos acadêmicos sobre a temática, para que em seguida, seja realizada a entrevista.

Como critérios de inclusão, participarão os estudantes dos cursos de graduação em psicologia, fisioterapia de ambos os sexos e que estejam dispostos a participar de todas as etapas da aplicação da oficina e da entrevista.

Como critério de exclusão, estudantes de outros cursos a não ser da escola da saúde da Faculdade Diocesana de Mossoró, os que se neguem a participar das etapas da presente construção, indivíduos incapazes de responder aos questionamentos.

A oficina realizada tem por nome “fábrica de sonhos” a mesma usa elementos lúdicos e da meditação guiada para se desenvolver um ambiente que permita ao participante apurar sua capacidade de imaginação, onde, de início, após breve apresentação do moderador, foram guiados a realizar movimentos aleatórios pela sala, de um lado para outro, com velocidades diferentes, com a finalidade de que os mesmos possam gastar um pouco de suas energias durante a atividade, para facilitar a sensação de relaxamento ao fim desta etapa.

Dando continuidade, o moderador orienta os participantes que se deitem no chão ou que se sentem em cadeiras de forma a se sentirem relaxados e confortáveis, isso ao som de uma música relaxante, reproduzida pelo moderador da oficina.

Nesse instante, com seus corpos relaxados, o moderador através do som da música e de sua voz inicia a contar uma história, onde esperasse que na imaginação dos participantes, aquelas falas criem formas, sentidos, sabores e odores, de acordo com as orientações dadas por quem direciona a atividade.

A história deve ter início, meio e fim, contendo cena de ação como “ataque a um castelo onde você é o rei”, importante salientar que para cada momento se faz necessária uma faixa sonora que arremeta ao momento, como trilhas de suspense, relaxamento, medo, ação e etc.

Após todas essas etapas, a pessoa que está à frente da oficina deve orientar aos participantes que com inspirações lentas, abram seus olhos aos poucos, é necessário se ter paciência e respeitar o espaço de cada um, pois poderão haver pessoas bastante emocionadas.

Em seguida, realizou-se uma roda de conversa para se discutir as experiências vividas e onde será exposta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Por fim, foram colhidos relatos a partir de questionamentos, os quais foram gravados através de gravador, estas falas serviram como base para os resultados que foram produzidos para a conclusão da presente produção.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 o primeiro contato dos discentes com as práticas integrativas e complementares no SUS

A sala de aula disponibilizada contou com a presença de 43 discentes do curso de bacharelado em Psicologia do 4º período regular em uma universidade privada, importante destacar de início que apenas 13 deles já conheciam o termo usado pelo Ministério da Saúde para denominar esse conjunto de métodos terapêuticos, no caso, as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, de acordo com a política nacional.

Tornou-se perceptível que apesar dos mesmos não conhecerem o termo usado, as práticas terapêuticas como meditação, acupuntura, Reike, musicoterapia, cromoterapia e Yoga já faziam parte do dia-a-dia deles, mesmo que não se soubesse sobre seu uso dentro do SUS. Como relata uma das discentes com as seguintes falas:

Beija-flor: "...já conhecia essas práticas, mas não sabia que estavam dentro do SUS também, seria muito bom se todos soubessem, porque faz muito bem para a pessoa, avé Maria, acupuntura é ótimo, me faz um bem tão grande...todos deveriam saber sobre essas práticas..."

Apesar do estranhamento inicial, a descoberta e o engajamento durante todos os momentos da aplicação da pesquisa demonstrou o interesse por este conhecimento, uma vez que a disseminação da consciência crítica sobre essa temática favorece o SUS em seus princípios, por garantir um atendimento integral, equânime e universal.

Canário: "...acredito que todos os estudantes da área da saúde deveriam aprender sobre as práticas integrativas e completares, tipo, porque as pessoas precisam de novas formas de cuidado, as pessoas gostam muito de tomar remédios, mas isso nem sempre é necessário..."

Em conformidade com o relato feito por Canário, Ceballos (2015) diz que a sociedade passa por uma medicalização, com o abuso das tecnologias de cunho médico, como exames, intervenções e principalmente medicamentos, essa realidade está presente em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, assim como em todas as classes sociais.

A realidade da medicalização não necessariamente está relacionada com a melhora na qualidade de vida das pessoas assistidas, uma vez que métodos não farmacológicos podem ser o ideal para o tratamento e para contemplar uma visão integral do ser.

Papagaio: “A experiência foi ótima, me senti muito bem, estava cansado, mas agora me sinto bem mais relaxado, penso que isso deveria ser muita mais abordado, e que a gente deveria aprender mais sobre o assunto, e digo mais, acredito que além de aprender, deveria aplicar no dia-a-dia da universidade, a gente fica muito cansado de tudo isso que acontece aqui, faria muito bem a nossa saúde mental...”

Trabalhar a temática das Práticas Integrativas e Complementares no SUS dentro da universidade gerou inclusive um debate a certa da importância de se encontrar meios de associar a aprendizagem com a saúde mental, onde as técnicas de ensino e aplicação prática sugeriram como qualitativa os meios usados durante a oficina, por fornecerem tanto o conhecimento teórico como a experiência prática.

4.2 Da teoria a prática, vivenciando e aprendendo, as práticas integrativas e complementares do SUS dentro da universidade

Foi unânime dentre os participantes o interesse por uma disciplina teórico/prático que abordasse as PICS, entendeu-se que ao se expor e experimentar, o discente pôde, de forma mais qualitativa, entender os processos e assim fomentar um senso crítico/reflexivo sobre assunto.

Muitos momentos foram vivenciados, o uso da meditação guiada como instrumento de ação dentro da sala de aula possibilitou uma interação mais profunda com os benefícios. Através da sugestão, sensações, cores e sabores foram experimentados:

Bem-te-vi: “...nossa como foi legal! No momento que você falou sobre a maçã, eu tive a impressão de sentir seu cheiro, e foi bom comer ela, você tinha dito que ela era a maçã mais gostosa que já tinha comido e realmente era, foi a mais doce, bonita e cheirosa [risos]...”

A vivência em conjunto com a teoria permite ao estudante entender a importância e aplicabilidade, vale salientar que a experimentação da meditação guiada pode favorecer muitas emoções diferentes e uma sensação muito forte de bem-estar ao termino.

O ato de conhecer perpassa a leitura técnica e vai de encontro a necessidade da experiência prática, quando questionados a respeito da possibilidade de se incluir uma disciplina na grade curricular que visasse aproximar o discente das PICS, concebeu-se algumas respostas como:

Tico-tico: “... penso que é muito importante que tenha uma disciplina desse tipo, nós vamos ser profissionais da saúde e precisamos saber dos meios que existem para melhor tratar de quem precisar. A meditação é muito boa, tem as outras, mas como você fez aqui hoje, deu para perceber como é importante, acho que faria a diferença na vida de muita gente...”

Outro fator muito importante que influencia diretamente na necessidade do ensino das práticas integrativas é o mercado de trabalho, a competitividade exige do profissional inserido nele a capacitação e a criatividade para que o mesmo possa atuar em diferentes vertentes, de acordo com as necessidades da população, saber sobre as PICS abre uma perspectiva diferente de possibilidades de atuação, como relata Pardal:

Pardal: "...eu me preocupo com o trabalho, sabe como é né? Do jeito que difícil arranjar um emprego, essas práticas podem até ser algo com que se possa trabalhar, do jeito que o povo está estressado, oferecer um serviço desse iria atrair muita gente, eu mesma estou querendo trabalhar com isso..."

As habilidades adquiridas em sala de aula deverão influenciar diretamente no comportamento e nas atitudes do futuro profissional, sendo assim, o discente que mantém contato com novos métodos deverá se destacar.

Importante mencionar que o Sistema Único de Saúde visa uma maior abrangência das PICS e para isso a reformulação dos métodos de formação se tornam essenciais.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação e efetivação das Práticas Integrativas e Complementares vem sendo desenvolvida desde a criação da política nacional, a qual passa por reformulações constantes, em virtudes das mudanças contínuas no perfil da sociedade.

No que diz respeito ao modelo de ensino dentro da universidade, percebe-se que ainda existem lacunas em relação a aplicação qualitativa do ensino das PICS, uma vez que as mesmas se destacam como sendo um diferencial que integram os princípios do SUS, merecem uma atenção especial por meio dos atores envolvidos na formulação das grades curriculares.

Desta forma, por entender que a universidade visa formar cidadãos com capacidade crítica/reflexiva de forma atual e abrangente, a atualização dos modelos de ensino deve ser constante.

Vale salientar que a presente produção visa instigar sobre a necessidade de que dentro das universidades, as diretrizes que permeiam o SUS devem ser observadas, inclusive no que diz respeito aos métodos presente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

A formação e a aprendizagem devem interagir de forma significativa na vida do estudante, que será o profissional que irá integrar o SUS em um futuro próximo, métodos técnicos e práticas criativas devem ser formuladas, o que estimula a comunidade científica no desenvolvimento de novas pesquisas com o objetivo de se desenvolver meios para tornar conhecimentos em realidade, como é o caso do abrangente ensino das PICS.

Sugere-se aos interessados, pesquisas que envolvam o perfil do mercado de trabalho em relação as práticas integrativas, a saúde mental de estudantes dentro da universidade tendo as PICS como forma de intervenção e prevenção de transtornos desse aspecto e o desenvolvimento de novos modelos práticos para o ensino das PICS.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N.A.T. et. al. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CUIDADO: APLICABILIDADE E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM, **17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 03 a 05 de jun, Natal, 2013 Disponível em http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/0070pr.pdf

Acessado em 02 de Março de 2018.

BRASIL, **O SUS e os cursos de graduação da área da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf

Acessado em 02 de Março de 2018.

BRASIL, **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. ISBN 978-85-334-2146-2, Brasília, 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf Acessado em 28 de março de 2018.

CEBALLOS, A.C.M; **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**, ISBN: 978-85-415-0723-3 UNA-SUS, Universidade Federal de Pernambuco – Recife, 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3332/2mod_conc_saude_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acessado em 10 de janeiro de 2019.

CEOLIN, T. et. al. A INSERÇÃO DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE VISANDO O CUIDADO INTEGRAL NA ASSISTÊNCIA, **Rev. Electrónica Cuadrimestral de Enfermería** ISSN 1696-6141, N 16 Junio, Murcia, 2009. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/egn16/pt_reflexion2.pdf Acessado em 02 de Março de 2018.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**, Universidade Aberta do Brasil – UAB/ da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre, 2009. Disponível em <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloads/Serie/derad005.pdf> Acessado em 05 de Março de 2018.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

Acessado em 05 de março de 2018.

MELLO, C.C.B; ALVES, R.A; LEMOS, S.M.A. METODOLOGIAS DE ENSINO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA, **Rev. CEFAC**. Nov-Dez; 16(6):2015-2028, Campinas, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n6/1982-0216-rcefac-16-06-02015.pdf>

Acessado em 02 de Março de 2018.

OLIVEIRA, C.T. et. al. Percepções de estudantes universitários sobre a relação professor aluno, **Rev. Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. Vol. 18, N 2, P 239-246 Maio/Agosto, São Paulo, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n2/1413-8557-pee-18-02-0239.pdf> Acessado em 02 de Março de 2018.

PRODANOV, E. C. F.; CLEBER, C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico] : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf> Acessado em 10 de maio de 2018.

SANTOS, I. I. et. al. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS TERAPIAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES- TAC, **1º Congresso Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS**, 12 a 14 de outubro, Natal, 2017. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/congrecpics/trabalhos/TRABALHO_EV076_MD4_SA1_ID1038_20082017101139.pdf Acessado em 04 de Março de 2018.

SESAP, PORTARIA Nº 274/GS de 27 de junho de 2011, Dispõe sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares e da outras providências. Lex: Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Disponível em http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/portaria_274_-_pepic_-_rn.pdf Acessado em 26 de Out. de 2017.

VENTURA, C.A.A. et. al. Competências em saúde global na visão de docentes de enfermagem de instituições de ensino superior brasileiras, **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar.-abr. 22(2):179-86, São Paulo, 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00179.pdf Acessado em 02 de Março de 2018.

OFICINA EDUCATIVA SOBRE MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Livia Alessandra Gomes Aroucha

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

Débora Letícia Silva Martins de Sousa

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto de Ensino Gianna Beretta
São Luís- Maranhão

Ana Hélia de Lima Sardinha

Doutora em Ciências Pedagógicas pelo Ministério de Educacion del Instituto Central Ciências Pedagógicas
São Luís- Maranhão

Moisés Ferreira Serra

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor (AMIB);
São Luís- Maranhão

Josafá Barbosa Marins

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

Kalina Araújo Prazeres

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

Janaína Teixeira de Moraes

Pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva pela UniRedentor.
São Luís- Maranhão

Luciane Sousa Pessoa Cardoso

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão

São Luís- Maranhão

Pabline Medeiros Verzaro

Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

Alyne Radoyk Silva Lopes

Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão
São Luís- Maranhão

Ana Rachel Damasceno de Sousa

Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade Redentor (AMIB)
São Luís- MA

RESUMO: A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas prevalentes de Infecções relacionadas a assistência à saúde de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical. O diagnóstico clínico precoce, associado aos exames complementares fornece evidência para uma adequada terapêutica. As ITU's são responsáveis por aproximadamente 35-45% das IRAS em pacientes adultos, com densidade de incidência de 3,1-7,4/1000 cateteres/dia. A problemática continua quando muitos pacientes permanecem com o dispositivo além do necessário, apesar das complicações infecciosas (locais e sistêmicas) e não infecciosas (desconforto para o paciente,

restrição da mobilidade, traumas uretrais por tração), inclusive custos hospitalares e prejuízos ao sistema de saúde público e privado. O objetivo foi promover oficinas de educação continuada aos profissionais do Serviço de Controle de Infecção relacionado a assistência à saúde de um Hospital Universitário as recomendações para prevenção infecção de trato urinário. Este estudo consiste em um relato de experiência sobre oficinas de educação continuada durante a Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão no ano de 2018 durante a estação prática no Serviço de Controle de Infecção relacionado a assistência à saúde (SCIRAS) seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para sensibilização de uma equipe multiprofissional. As oficinas de atualização e sensibilização para o controle de infecção do trato urinário representam uma estratégia eficaz de combate aos números significativos de infecções por meio do conhecimento e adesão de novas práticas.

PALAVRAS-CHAVES: Prevenção e controle, Educação em saúde, Sistema urinário.

EDUCATIONAL OFFICE ON URINARY TRACT INFECTION PREVENTION

MEASURES: A REPORT OF EXPERIENCE

ABSTRACT: Urinary tract infection is one of the prevalent causes of health-care-related Infections of great preventive potential, since most are related to bladder catheterization. The early clinical diagnosis, combined with the complementary exams provides evidence for an adequate therapy. UTIs account for approximately 35-45% of IRAS in adult patients, with incidence density of 3.1-7.4 / 1000 catheters / day. The problem continues when many patients remain with the device beyond what is necessary, despite infectious complications (local and systemic) and non-infectious (patient discomfort, mobility restriction, traction urethral traumas), including hospital costs and damages to the system public and private health. The objective was to promote continuing education workshops to professionals of the Infection Control Service related to the health care of a University Hospital the recommendations for prevention of urinary tract infection. This study consists of an experience report on continuing education workshops during the Multiprofessional Residency at the Presidente Dutra University Hospital of the Federal University of Maranhão in the year 2018 during the practical season at the Infection Control Service related to health care (SCIRAS) following the recommendations of the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA) to raise awareness of a multiprofessional team. The update and awareness workshops for urinary tract infection control represent an effective strategy to combat significant numbers of infections through knowledge and adherence to new practices.

KEYWORDS: Prevention and control, Health education, Urinary system.

INTRODUÇÃO

A infecção relacionada a assistência à saúde, sobretudo no ambiente hospitalar,

tem sido apontada como um risco que ameaça a segurança do paciente. Está entre as principais causas de mortalidade e de morbidade, representando um importante problema de saúde pública. Esta problemática desafia os avanços científico-tecnológicos e, mobiliza a atenção de profissionais, pesquisadores, organizações nacionais e internacionais que buscam a efetividade das medidas de prevenção e controle (BARBOSA et al. 2014).

A infecção do trato urinário (ITU) é definida como a presença e proliferação de cepas patogênicas de bactérias ou outros microrganismos que colonizem e causem dano ao urotelio (LITTLE et al. 2010). No ambiente hospitalar, a infecção do trato urinário é a mais frequente. Em unidades de terapia intensiva de adultos, aproximadamente 25% das infecções acometem o trato urinário e destas, cerca de 90% estão associadas ao uso do cateter vesical de demora. O aumento estimado de custos hospitalares por caso de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical de demora é de 600,00 dólares (FAKIH et al. 2012).

A busca pela qualidade da assistência médico hospitalar e, como consequência, a redução da ocorrência de danos não desejáveis oriundos do cuidado em saúde, tem sido o foco das instituições públicas e privadas, motivadas pelo avanço de estudos e publicações relacionados à segurança do paciente, gerenciamento de riscos e melhoria dos processos assistenciais. Nesse contexto, é imperativo citar os eventos adversos, também conhecidos como incidentes com dano, uma vez que estão entre as principais causas para o aumento da morbi-mortalidade hospitalar e com impacto significativo na qualidade assistencial (BRASIL, 2013; PADOVEZE, FORTALEZA, 2014).

Segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Dessa forma, a adoção de métodos de prevenção de riscos para assegurar uma assistência sem danos ou com o menor dano possível exige conhecimento por parte dos profissionais que compõem as equipes e, sobretudo, a adoção de métodos de prevenção de riscos (BRASIL, 2013).

Para que isto ocorra, é necessário o conhecimento claro quanto aos fatores que aumentam os riscos de o paciente adquirir a infecção, levando a mudanças nas organizações e nas práticas assistenciais (NOGUEIRA et al. 2014).

Tendo em vista o cenário atual torna-se imprescindível discutir com os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar acerca de medidas para prevenção de infecções no ambiente hospitalar. A assistência ofertada aos clientes deve ser segura, logo as instituições de saúde devem adotar medidas e traçar estratégias para trabalhar junto às equipes na busca de resultados benéficos.

A prevenção de infecção e/ou agravos no ambiente hospitalar é uma ferramenta presente no dia a dia dos profissionais da área da saúde. Estes por sua vez aplicam na assistência medidas para diminuir os riscos inerentes ao processo de cuidar por meio de protocolos, treinamentos, palestras voltadas para capacitação da equipe e normatização da assistência prestada.

Falar em segurança do paciente, não é apenas um assunto a ser discutido entre os profissionais, esta deve perpassar uma sala de reuniões e estar inserida no contexto do familiar inserido dentro do processo do cuidar, do próprio paciente é um agente ativo no seu processo saúde e doença. A busca por uma assistência mais segura é soma do esforço mutuo de uma equipe capacitada, com pacientes e familiares orientados e organizações que prezem e exerçam e ofereçam espaço para uma assistência livre de danos ou com menor dano possível.

OBJETIVO

Promover oficinas de educação continuada aos profissionais do Serviço de Controle de Infecção relacionado à assistência a saúde de um Hospital Universitário as recomendações para prevenção infecção de trato urinário.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência sobre oficinas de educação continuada durante a Residência Multiprofissional no Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão no ano de 2018 durante a estação prática no Serviço de Controle de Infecção relacionado a assistência à saúde (SCIRAS) seguindo as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para sensibilização de uma equipe multiprofissional.

RESULTADOS

A ANVISA disponibiliza anualmente atualizações de conceitos, critérios diagnósticos e medidas preventivas sobre infecção de trato urinário. Sobre as medidas a mesma disponibiliza práticas básicas voltadas para Infraestrutura da prevenção com a importância de implantar protocolos e registros em prontuários; Vigilância do processo; Educação permanente e treinamento; Manuseio correto do cateter com técnica adequada de inserção; e Estratégias especiais para prevenção de ITU.

De acordo com a ANVISA (2017) as Unidades de Terapias Intensivas (UTI) são responsáveis por cerca de 35 a 45% dos pacientes com infecção do trato urinário, com uma densidade em média de 3,1- 7,4/1000 cateteres por dia, cerca de 16% dos pacientes hospitalizados usam cateterismo vesical, tanto de alívio ou de demora, em algum momento durante sua internação.

Mas o que se observa diante dessa problemática de IRAS, é que muitos pacientes permanecem com esse dispositivo por um tempo superior ao que realmente eles

necessitam, mesmo sabendo dos riscos de infecção locais ou sistêmicas e também o desconforto do uso, causando restrição da mobilidade, traumas uretrais e até outras patologias devido ao seu uso prolongado.

Este fator de tempo de permanência da sonda uretral tem sido um fator de extrema importância, para colaborar para o processo de infecção e colonização bacteriana e fúngica do paciente. Esta contaminação pode ser tanto intraluminal ou extraluminal.

Após a instalação do cateter, por volta de 1 semana cerca de 5 a 10% desses pacientes estão iniciando crescimento bacteriano e no final de 30 dias este crescimento já ocorreu na totalidade de 100% destes pacientes. Para cateterismo de alívio o risco de ITU é menor sendo de 3,1% e sem uso de cateter cai para 1,4%.

Esses pacientes com IRAS são de ambos os sexos, agravam de acordo com suas comorbidades, diagnóstico clínico e tempo de internação. Os agentes etiológicos que causam essas infecções geralmente pertencem a microbiota do paciente e posteriormente devido ao uso de antibióticos, e com a colonização local, fungos e cuidados com o cateter podem ocorrer mudanças na microbiota, sendo que as bactérias gram negativas são as mais frequentes e as gram positivas tem uma importância epidemiológica, especialmente do gênero *Enterococcus*.

É importante ressaltar que os gastos financeiros em cada caso de ITU é cerca de U\$670,00 podendo chegar a U\$2800,00 em casos de complicações, como bacteremia. Diante desse risco tão elevado de infecção pelo uso de cateterismo vesical observa-se a fraca atuação em implantação e execução de estratégias de medidas preventivas, que venha orientar toda a equipe multidisciplinar, principalmente os médicos e a equipe de enfermagem quanto a indicação, tempo de uso e os cuidados durante a sua utilização.

O cateterismo vesical só deve ser usado em pacientes com impossibilidade de micção espontânea, pacientes graves e instáveis hemodinamicamente com necessidade de monitorização contínua de débito urinário, em pós-operatório, com um tempo mínimo de uso, até 24hs, com exceção de cirurgias urológicas específicas, e em pacientes com tratamento de lesão por pressão estágio 4 com cicatrização comprometida devido ao contato com a urina. Claro que é recomendado, sempre que possível, dar preferência ao cateterismo de alívio, ou drenagem supra púbica e uso de drenagem externa para o sexo masculino.

DISCUSSÃO

Práticas Básicas

A estrutura para a prevenção de infecção do trato urinário conforme a ANVISA, discorre como procedimentos operacionais a criação e implantação de protocolos que

possam assegurar a inserção e manutenção do cateter, somente por profissionais habilitados.

As informações registradas no prontuário do paciente, devem seguir o modelo implantado para facilitar a vigilância da inserção do cateter vesical e suas complicações. Este registro padronizado garante o arquivamento de dados que asseguram melhorias no manuseio asséptico dos materiais utilizados pela equipe.

A documentação registrada na evolução de enfermagem e na prescrição médica, deverá moderar a indicação da inserção, o profissional apto, data e hora do procedimento. Posteriormente na retirada do cateter se faz necessário registrar todos esses dados padronizados.

Vigilância de processo

A rotina hospitalar deve avaliar os critérios para o uso frequente do cateter vesical nas cirurgias, na terapia intensiva e na obstetrícia, monitorando a recomendação da inserção de cateteres-dia. Portanto, os potenciais riscos para infecção do trato urinário, devem ser coletados pelo indicador de densidade associado ao uso de cateteres.

Manuseio correto do cateter

O embasamento para a inserção e manutenção do cateter com a técnica segura foram evidenciados por estudos descritivos pela ANVISA. O manuseio adequado consiste na inserção do cateter com material asséptico, fixar conforme anatomia do paciente para evitar tração e movimentação do sistema de drenagem; este coletor de sistema fechado permanecerá abaixo do nível da bexiga, mantendo-o estéril sempre que esvaziar a bolsa.

O tubo de drenagem não deve ser desconectado do cateter, apenas havendo necessidade de irrigação para desobstruir o fluxo de urina. Quando houver falha na técnica asséptica, vazamento de urina, todo o sistema deverá ser trocado (sonda e bolsa).

A higiene do meato urinário deve ser realizada rotineiramente e conforme necessidades. O uso de antissépticos tópicos e/ou antibióticos no cateter para uso no meato ou uretra não está mais indicado. Também não é mais conveniente fechar o cateter para removê-lo. Ao coletar urina para exames com material estéril: agulha, seringa e frasco, o dispositivo deverá ser desinfetado e entregue a amostra ao laboratório imediatamente.

Estratégias especiais para prevenção de ITU-AC

Após a implantação das medidas básicas e os protocolos terem sido efetivos nas instituições avaliadas com risco de infecção do trato urinário associada ao cateter vesical, existe ainda novas estratégias para os hospitais que evidenciam taxas altas de ITU-AC.

Os prontuários padronizados, eletrônicos ou escritos, devem guiar diariamente a necessidade do uso do cateter. A visita diária do médico e do enfermeiro implica na revisão e avaliação de interromper ou remover o cateter vesical.

A implantação de políticas de segurança de ITU-AC, revisam as complicações e eventos adversos sobre o manejo da cateterização de alívio na retenção urinária durante o pós-operatório, em procedimentos de ultrassonografia da bexiga, cateteres obstruídos, remoção por acidente e reinserção do cateter em 24 horas e também as lesões traumáticas.

É importante a identificação nos prontuários sobre a doença de base, duração e setor, idade e sexo para divulgar os fatores de risco relevantes nas análises das melhorias da infecção de ITU relacionadas à assistência à saúde.

Estratégias que não podem ser utilizadas para prevenção

Os estudos clínicos randomizados recomendam a não utilização de alguns processos de manutenção e inserção do cateter vesical que não atingem resultados significativos para prevenção da ITU.

A bacteriúria assintomática não deve ser levada em consideração para tratamento nos monitoramentos de infecção, no entanto é necessária melhor avaliação em pacientes grávidas, crianças com refluxo vesicouretral, transplantados de rim, pacientes de cirurgias urológicas e os com cálculos já infectados.

O uso de antimicrobianos sistêmicos ou impregnados não são recomendados para o uso profilático, assim como a prata. A irrigação e instilação com soluções assépticas feitas rotineiramente no sistema de drenagem urinária, deverá ser evitada.

A obstrução da via do sistema por coágulos, muco ou outros fatores, procede a irrigação apenas com o sistema fechado, por seguinte não é recomendado a troca cotidiana do cateter vesical.

Educação continuada

O enfermeiro expressa sua profissão no cuidado às pessoas com diferentes necessidades de saúde, envolvidos nos cenários diversos de atuação. As instituições hospitalares se constituem como sistemas complexos compostos por grande parte

dos profissionais de saúde.

Os profissionais da área da Enfermagem encontram constantes desafios para trabalhar com modelos distintos de saúde, nas mais variadas condições de trabalho, que incluem recursos humanos, financeiros e materiais, que favoreçam mudanças significativas nas práticas em saúde (AZEVEDO et al. 2015).

As diretrizes previstas na Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e dá outras providências. Essa portaria reforça e incentiva a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, favorecendo a assistência de qualidade por meio das transformações das práticas e organização do trabalho no setor de saúde, pautada nas necessidades de saúde dos usuários/população (BRASIL, 2009).

Lavich et al (2017) ressalta que diante das dificuldades do cotidiano, as reuniões de um Núcleo de Educação Permanente levaram ao fortalecerem laços entre os enfermeiros e compartilhamento das práticas, atuando de maneira positiva na motivação para o enfrentamento dos problemas do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

A Educação Permanente constitui-se como estratégia no processo de trabalho para aprimorar a capacidade participativa, crítica e organizada. A educação é um exercício que valoriza a experiência, vivências e a criatividade individual, auxiliando na busca de novos instrumentos para o trabalho. (ARAÚJO et al. 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho possibilitou a reflexão e a compreensão sobre as medidas de prevenção de infecção do trato urinário, assim como a sensibilização dos demais profissionais da equipe multiprofissional que compõe o setor com atualização de suas práticas e reciclagem dos conhecimentos já existentes.

A infecção do trato urinário continua apresentando números significativos de Infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS), mas seu grande potencial preventivo estimula ainda mais a discussão dessas medidas para sensibilização dos profissionais que atuam diretamente na assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C. et al. **A educação permanente como estratégia no processo de trabalho do enfermeiro: Uma Revisão Integrativa.** UNIT – Universidade Tiradentes. May 9-12, 2017.

AZEVEDO, I. C. et al. **Educação continuada em enfermagem no âmbito da educação permanente em saúde: revisão integrativa.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 8, n. 1, p. 131-140, jan./abr. 2015.

BARBOSA, T. P.; OLIVEIRA, G. A. A.; LOPES, M. N. A.; POLETTI, N. A. A.; BECCARIA, L. M. **Care**

practices for patient safety in an intensive care unit. Acta Paul Enferm. 2014; 27(3):243-8.

BARROS, M. M. A. et al. **O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.** Universitas: Ciências da Saúde, Brasília, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. 64p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.** Serie: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).** [Internet]. Brasília: Ministério de Saúde; 2013.

_____. Agência nacional de vigilância sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção do Trato Urinário.** Brasília: Anvisa, 2017. p. 41-45.

FAKIH, M. G. et al. **Reducing inappropriate urinary catheter use: a statewide effort.** Archives of internal medicine, n. 172, vol. 3, 255, 2012.

LAVICH et al. **Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1).

LITTLE, P. et al. **Presentation, pattern, and natural course of severe symptoms, and role of antibiotics and antibiotic resistance among patients presenting with suspected uncomplicated urinary tract infection in primary care: observational study.** BMJ, v. 340, 2010.

NOGUEIRA, H. K. L. et al. **Conhecimento de profissionais intensivistas sobre o bundle para a prevenção de infecção do trato urinário associada ao uso de sondas.** Rev enferm UFPE on line. Recife, v. 1, n. 12, pag 4817-25, 2017.

PADOVEZE, M. C; FORTALEZA, C. M. C. B. **Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde: desafios para a saúde pública brasileira.** Rev Saúde Pública 2014; n. 48, vol. 6, pag 995-1001.

OUTUBRO ROSA: UM OLHAR DIRECIONADO A SAÚDE DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vinicius Costa Maia Monteiro

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Isaac Newton Machado Bezerra

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte

Edfrancy do Nascimento Silva Ferreira

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Antônio de Pádua César Freire

Psicólogo, Professor da Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Aline Erinete da Silva

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Fernando Camanducao Sales Leite

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Sabrina Soares dos Santos

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Kerollainy Yorrany Mesquita de Sousa

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Pablo Ramon da Silva Carvalho

Graduando em enfermagem pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Mônica Laís de Moraes

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Maria da Conceição Lima Alves

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Newton Chaves Nobre

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

OCTOBER ROSA: A DIRECTED LOOK AT THE HEALTH OF PRIVATE WOMEN OF FREEDOM, A REPORT OF EXPERIENCE

RESUMO: Introdução: O crescimento da população feminina no sistema penitenciário, boa parte dos perfis encontrados, são de: mulheres jovens, (mães) solteira ou separada, pouca escolaridade, baixo nível socioeconômico, desemprego, pouco acesso aos serviços de saúde, apresentam histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), se envolveram com prostituição, e/ou drogas sendo como usuária ou por tráfico (ALCANTARA; SOUSA; SILVA, 2018). Sendo notável a exclusão social em que as mesmas se encontravam antes da prisão. Neste contexto, a assistência à saúde no interior das prisões vai de encontro a inúmeros aspectos que impossibilitam a efetivação de tal direito, seja em decorrência da insalubridade do ambiente possibilitando doenças infecto-contagiosas; ou da dinâmica cotidiana estabelecida de modo hostil, a qual contribui com o aumento dos níveis

de estresse; seja pela baixa qualidade dos atendimentos prestados, dentre outros fatores que servem como exemplo para caracterizar as limitações e possibilidades para se efetivar um atendimento integral ao usuário das ações e serviços (BARSAGLINI, 2016). **Objetivo:** Relatar a intervenção “Outubro Rosa” realizada no pavilhão feminino da Penitenciária Mario Negócio na cidade de Mossoró/RN. **Metodologia:** A ação foi realizada no pavilhão feminino da Penitenciária Agrícola Doutor Mario Negócio na cidade de Mossoró RN, das 08h00min às 11h00min do dia 19 de outubro de 2017, por alunos do oitavo período do curso de graduação em enfermagem da Universidade Potiguar, sobre a orientação da professora mestre Rúbia Mara Maia Feitosa. **Resultados e Discussão:** Durante a intervenção foram oferecidos diversos serviços de saúde. Inicialmente foi levantada uma discussão sobre câncer de mama; nos seus aspectos históricos, fisiológicos e terapêuticos. Esse momento foi guiado de forma dinâmica, expositiva e utilizando de metodologias ativas na construção do conhecimento. Também foram oferecidos testes de glicemia capilar, aferição de pressão arterial, atualização do cartão de vacinas, coleta de exame citopatológico e teste rápido de HIV. Motivados pelo movimento social denominado “Outubro Rosa”, que visa à promoção de políticas voltadas para saúde da mulher; com foco na conscientização sobre o câncer de mama e colo do útero. Observando a dura realidade do atual sistema carcerário brasileiro; guiados pela Política Nacional de Atenção Integral a saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (BRASIL, 2010). A experiência aproximou os alunos de um cenário de atuação onde a participação ativa do profissional desempenha um relevante determinante na promoção e proteção da saúde dessas mulheres. Não obstante as dificuldades, a equipe de saúde precisa unir forças para garantir uma assistência onde as políticas públicas sejam efetivamente defendidas. **Conclusão:** Persiste a necessidade de um redirecionamento das práticas em saúde da mulher privada de liberdade de modo que sejam dadas respostas ágeis e mais resolutivas segundo os princípios da política de atenção integral à saúde da mulher. A escuta, a responsabilização e a criação de vínculos com a inserção da abordagem voltada a ressocialização da mulher, fazem parte de um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Outubro Rosa, Cárcere, Ação.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Ramon Luis de Santana; SOUSA, Carla Priscilla Castro; SILVA, Thaís Stephanie Matos. Infopen Mulheres de 2014 e 2018: Desafios para a Pesquisa em Psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. spe2, p. 88-101, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000600088&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000212154>.

BARSAGLINI, Reni. Do Plano à Política de saúde no sistema prisional: diferenciais, avanços, limites e desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1429-1439, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401429&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário. 1ª ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde).

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NO HU-UFPI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Danielle Tôrres de Sousa Rodrigues

Unidade de Reabilitação-HU-UFPI
Teresina-Pi

Lígia Carvalho de Figueirêdo

Unidade de Reabilitação-HU-UFPI
Teresina-Pi

Ana Carolina de Oliveira Carvalho

Unidade de Reabilitação-HU-UFPI
Teresina-Pi

Ester Martins Carneiro

Unidade de Reabilitação-HU-UFPI
Teresina-Pi

Bernardo Melo Neto

Farmácia Clínica-HU-UFPI
Teresina-Pi

Maria da Conceição Costa Ferreira

Enfermagem-HU-UFPI
Teresina-Pi

RESUMO: Em maio de 2018, foi implantado e entrou em vigor no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) um projeto voltado para o cuidado dos funcionários com o uso de práticas integrativas. O objetivo desse estudo foi de relatar a experiência de atuação de profissionais do HU-UFPI nesse projeto. Trata-se de um relato de experiência vivenciado nas “Práticas integrativas no HU-UFPI: cuidando do cuidador”, através de

intervenções realizadas com o uso de técnicas de relaxamento, massagem, meditação, reiki, craniopuntura, auriculoterapia, arteterapia e yoga. Os tratamentos foram aplicados por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, com formação nas respectivas terapias utilizadas. Os atendimentos duraram aproximadamente 1 hora e foram disponibilizados em dois dias da semana e em dois horários, para contemplar servidores dos dois turnos. O quantitativo dos participantes foi levantado através das listas de frequência e atas de encontros. O projeto foi anteriormente aprovado pela coordenação da Unidade de Reabilitação e pelo Setor de Treinamento e Desenvolvimento do HU-UFPI. Foram realizados 854 atendimentos, em técnicos de enfermagem, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, assistentes administrativos e analistas de tecnologia da informação. Essa iniciativa foi muito exitosa, com considerável procura e participação dos funcionários nos atendimentos. Muitos deles relataram que os tratamentos realizados contribuíram para a promoção da saúde e bem-estar, e proporcionaram acolhimento e cuidado, além de divulgar as práticas, para muitos, desconhecidas, no âmbito hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Práticas integrativas,

INTEGRATION PRACTICES AT HU-UFPI: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: In May 2018, a project focused on the care of employees with the use of integrative practices was implemented and entered into force at the University Hospital of Federal University of Piauí (HU-UFPI). The objective of this study was to report the experience of professionals of HU-UFPI in this project. This is an experience report in the "Integrative Practices in HU-UFPI: caring for the caregiver", through interventions using the techniques of relaxation, massage, meditation, reiki, craniopuncture, auriculotherapy, art therapy and yoga. The treatments were applied by physiotherapists, occupational therapists, psychologists, nurses and nursing technicians, with training in the respective therapies used. The services lasted approximately 1 hour and were made available on two days of the week and in two schedules, to contemplate servers of the two shifts. The number of participants was raised through the frequency lists and meeting minutes. The project was previously approved by the coordination of the Rehabilitation Unit and the Training and Development Sector of HU-UFPI. There were 854 consultations among nursing technicians, nurses, speech therapists, physiotherapists, psychologists, physical educators, occupational therapists, administrative assistants and information technology analysts. This initiative was very successful, with considerable demand and employee participation in the attendance. Many of them reported that the treatments performed contributed to the promotion of health and well-being, and provided welcoming and care, as well as disseminating the practices, for many, unknown in the hospital environment.

KEYWORDS: Integrative practices, Experience Report, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se com o atendimento às diretrizes e recomendações advindas das Conferências de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tem como objetivos precípuos o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, com ênfase no aumento da resolubilidade do SUS, na racionalização das ações de saúde e no aprimoramento da participação social (BRASIL, 2015).

As Práticas Integrativas e Complementares, denominadas pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar ou Alternativa (MT/MCA), caracterizam-se por sistemas e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Em todo o mundo, a implementação de políticas públicas

para uso racional e integrado das MT/MCA, além do desenvolvimento de pesquisas científicas sobre o tema, tem sido estimuladas pela OMS desde a década de 70, com base no Programa de Medicina Tradicional (BRASIL, 2012b).

No Brasil, o processo de regulamentação das Práticas Integrativas e Complementares iniciou-se a partir da década de 80, tendo culminado com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006 (Portaria 971/2006). A Portaria nº- 849, de 27 de março de 2017, incluiu a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à PNPIC. Em 2018, com a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, foram incluídas também as seguintes práticas: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia, Terapia de florais e Termalismo social/crenoterapia (BRASIL, 2006c).

O Reiki é uma das várias modalidades da medicina alternativa complementar de tratamento. A técnica utiliza sons e símbolos considerados sagrados no Oriente para a canalização da energia vital e é aplicada por meio do toque das mãos no corpo do enfermo a distância ou em posições específicas. É importante ressaltar os benefícios adquiridos fisicamente e emocionalmente através de tal terapia, tais como redução da ansiedade, das dores, do estresse, da depressão, da insônia, do medo, da insegurança, do pânico, assim como efeitos diretos nos órgãos, tecidos e sistemas, cuidando do outro de forma integral (FREITAS et al, 2014; BARBOSA et al, 2016).

A Auriculoterapia é uma das práticas da Medicina Tradicional Chinesa e é um método que utiliza pontos específicos do pavilhão auricular para tratar várias desordens do corpo. É indicada para o tratamento de enfermidades dolorosas, inflamatórias, endócrinas, metabólicas e do sistema urogenital, enfermidades de caráter funcional, crônicas, infectocontagiosas, etc. Convencionalmente, a acupuntura auricular pode empregar como instrumentos agulhas semipermanentes ou sistêmicas para fazer a estimulação desses pontos. Sementes ou ímãs magnéticos também podem ser utilizados para realizar a estimulação (KUREBAYASHI; SILVA, 2015).

A Quiropraxia é um método cujo foco é o diagnóstico, prevenção e tratamento de desordens biomecânicas do sistema musculoesquelético e seu impacto sobre a saúde, com ênfase no exame e tratamento manual, através da aplicação de técnicas que incluem a terapia de manipulação articular. Promove ajustes das articulações da coluna vertebral passivamente, restaurando a relação e função articulares normais, restabelecendo a integridade neurológica e influenciando os processos fisiológicos, visando o alívio da dor, o aumento da capacidade funcional e o retardamento da progressão da doença (LOPES et al; 2016).

O Yoga é um complexo sistema de práticas espirituais, morais e físicas

que visam atingir a “autoconsciência” ou “autorrealização”. Dentre os principais benefícios dessa técnica, destacam-se o encorajamento de dietas mais saudáveis e a consciência corporal, redução do estresse e ansiedade, melhora da qualidade do sono e variabilidade do ritmo cardíaco, o fortalecimento da vitalidade e aumento da flexibilidade, assim como também o desenvolvimento de cultura de paz (prática da não violência) e estilos de vida e valores que promovem uma maior tolerância entre grupos (VORKAPIC; RANGÉ, 2011; BARROS et al, 2014).

A meditação, caracterizada como o treino da atenção plena à consciência do momento presente, tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional. A prática meditativa tem sido descrita como uma forma de treinamento mental através da qual se busca educar a mente, além de influenciar mudanças comportamentais, como a redução do estresse e ansiedade (MENEZES; DELL’AGLIO, 2009).

Em maio de 2018, foi implantado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI) o projeto N° 1468141, voltado para o cuidado dos funcionários com o uso de Práticas Integrativas. A iniciativa foi de profissionais do próprio hospital, que viram a necessidade de um espaço terapêutico com atendimentos voltados para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida e do labor para os colaboradores. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, farmacêuticos e profissionais convidados, realizaram atendimentos de Reiki, Auriculoterapia, Florais de Bach, Cromoterapia, Quiropraxia, Yoga e Meditação. O objetivo deste estudo foi relatar a experiência ocorrida no HU-UFPI, envolvendo a tríade práticas integrativas, saúde no trabalho e profissionais da área de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por integrantes do projeto “Práticas integrativas no HU-UFPI: cuidando do cuidador”, através de intervenções realizadas com o uso de técnicas de Reiki, auriculoterapia, florais de Bach, cromoterapia, quiropraxia, yoga e meditação, no período de maio de 2018 a maio de 2019. Foi estabelecida uma parceria com o Setor de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST), onde o mesmo realizou o agendamento dos colaboradores que participaram das intervenções, assim como a indicação do projeto para alguns funcionários em processo de adoecimento.

Os tratamentos foram aplicados por fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, com formação nas respectivas terapias utilizadas. Os atendimentos duraram aproximadamente 1 hora, sendo feita anteriormente uma escuta qualificada, e foram disponibilizados em dois dias da semana (quartas e quintas-feiras) e em dois horários (às quartas, de 7:30 a 8:30 horas, e às quintas-feiras, de 13:30 às 14:30 horas), para contemplar servidores

dos dois turnos. O colaborador foi acompanhado semanalmente, com base em uma avaliação inicial e adequação do tratamento indicado. Com a finalização do tratamento, o colaborador foi reavaliado e respondeu a uma pesquisa de satisfação. O quantitativo dos participantes foi levantado através das listas de frequência e atas de encontros.

O projeto foi anteriormente aprovado pela coordenação da Unidade de Reabilitação e pelo Setor de Treinamento e Desenvolvimento do HU-UFPI. Os quantitativos de atendimentos foram organizados em gráficos, seguidos de uma narrativa explicativa.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Após aprovação pela diretoria do HU-UFPI, o projeto de práticas integrativas entrou em vigor, com agendamento de funcionários feitos pelo SOST (Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho). Foi criado um cronograma de atendimentos, e informativos foram distribuídos nos postos de trabalho do HU-UFPI com a data que seria realizada cada tipo de prática e o colaborador responsável. No período de maio de 2018 a maio de 2019 foram realizados 854 atendimentos.

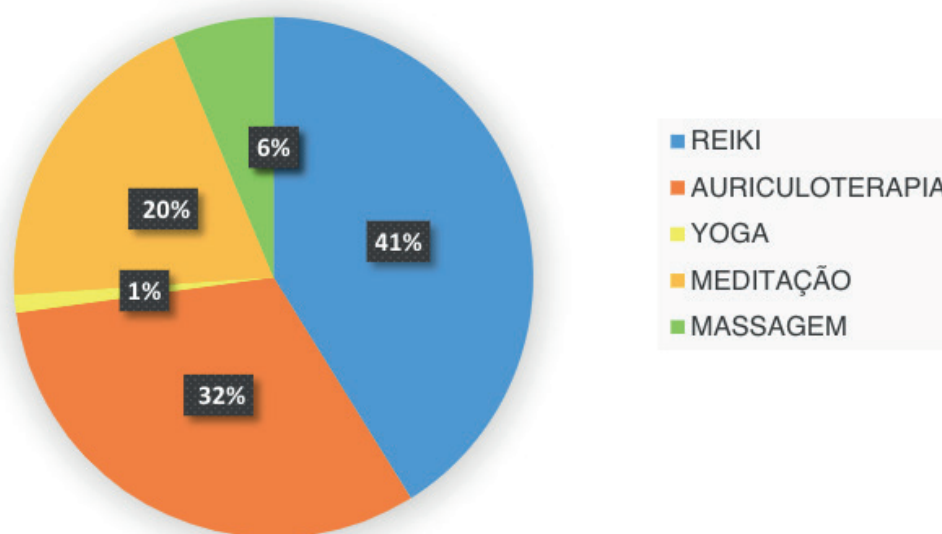


Gráfico 1 -Práticas integrativas em grupo, HU-UFPI, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Nessa primeira fase do projeto, onde os funcionários eram atendidos em grupos (Gráfico 1), foram realizados 447 atendimentos, sendo que 41% destes foram feitos com a prática do Reiki, 32% com Auriculoterapia, 20% Meditação, 6% Massagem, 1% Yoga. Esses atendimentos foram feitos em sala do HU-UFPI uma vez por semana, no horário de 7:30h às 8:30h e pela tarde, de 13:30h às 14:30h, por um ou mais colaboradores.

A procura pelas práticas se deu de forma espontânea e a cada encontro era percebida a satisfação do funcionário em ser acolhido e assistido por outros colaboradores. Isso possibilitou condições favoráveis ao paciente, que muitas vezes tinha queixas de sobrecarga no trabalho e, durante os atendimentos, experimentava sensação de relaxamento, bem-estar e acolhimento.

A terapia com maior procura foi o Reiki, que utiliza a imposição das mãos como um sistema de cura para o tratamento do corpo físico, atuando nos corpos sutis etéreo, mental, emocional e espiritual, trazendo benefícios que vão além do corpo físico e agindo profundamente não somente nos sintomas, mas na causa destes (BADKE et al, 2018).

A prática do Reiki foi feita de forma individual durante 30 minutos com cada paciente/colaborador. Foi utilizado um ambiente com música apropriada para a prática, incenso e óleos essenciais. Antes do atendimento, era abordado se o funcionário estava sentindo alguma dor ou incômodo, e questionado, ao final do atendimento, se houve melhora.

A Auriculoterapia foi realizada de forma individualizada, sendo preenchida uma ficha com avaliação auricular previamente, contendo queixa principal, emoção predominante (raiva, tristeza, preocupação, euforia, medo) e sabor predileto (doce, salgado, azedo, amargo, picante), relacionando essas informações com possíveis comprometimento de órgãos segundo a MTC (Medicina Tradicional Chinesa) e à palpação de pontos dolorosos. Após a avaliação, eram aplicadas sementes de mostarda nesses pontos.

Quanto à aplicação da massagem, a técnica selecionada, dentre as apresentadas na literatura científica, foi o alisamento ou effleurage, que consiste na aplicação de movimentos superficiais, leves e contínuos, realizados com toda a superfície palmar, com movimentos multidirecionados (DOMINGOS; BRAGA, 2015) e acupressão.

Considerando-se este contexto, pode-se observar que parte desses profissionais estão sujeitos a enfrentar conflitos relacionados às exigências na vida profissional e pessoal por conta da dupla ou tripla jornada de trabalho, gerando prejuízo na participação de atividades culturais, sociais, escolares e familiares, submetidos a uma carga mental excessiva de trabalho (SCHOLZE, 2014).

A participação no grupo das práticas é vista como forma de apoio social, pois um grupo no qual os participantes passam pelos mesmos problemas ou vivem situações que afetam o bem-estar e a saúde, as pessoas estabelecem intercâmbio de vivências que é benéfico tanto para quem ajuda quanto para aquele que é beneficiado com a vivência dos outros participantes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

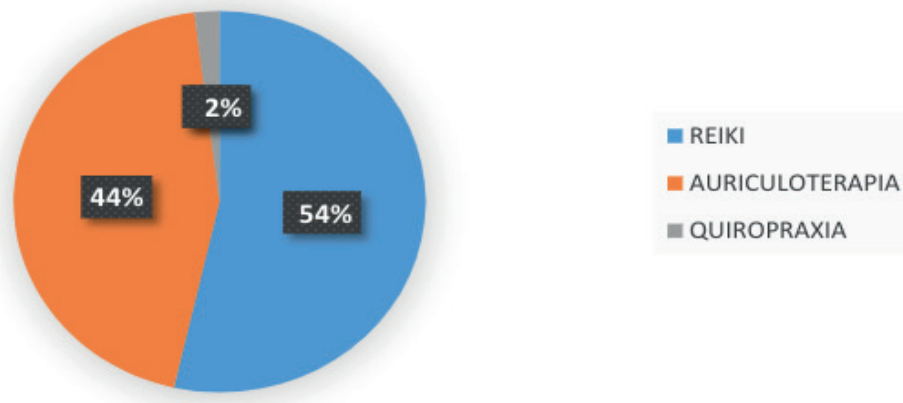


Gráfico 2-Práticas integrativas individualizadas, HU-UFPI, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Após essa primeira fase, viu-se a necessidade de realizar os atendimentos de forma individual. Foi proposto ao SOST que recebesse a demanda das pessoas interessadas no atendimento respeitando uma ordem cronológica da lista de espera. Cada funcionário foi avaliado através de uma ficha de anamnese que contém aspectos psicossociais, queixa principal e análise de queixas relacionados aos sistemas corporais, e, após 6 ou 10 atendimentos, o mesmo é reavaliado e tem alta ou sugestão de procura por tratamento específico.

Durante essa segunda fase, foram realizados 407 atendimentos (Gráfico 2) utilizando as práticas do Reiki, Auriculoterapia e a Quiropraxia obedecendo a necessidade específica de cada indivíduo, sendo a técnica mais utilizada o Reiki com 54%.

CONCLUSÃO

A implementação do projeto sobre práticas integrativas no cuidado aos funcionários do HU-UFPI foi satisfatória, com considerável procura e participação dos mesmos nos atendimentos. Muitos deles relataram que a iniciativa contribuiu para a melhora de sintomas, promoção da saúde e bem-estar. E proporcionou acolhimento e cuidado aos colaboradores, além de divulgar as práticas, para muitos desconhecidas, no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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 ed. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/**

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006. (c)

BADKE, Marcio Rossato et al. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta - RS v. 6, n. 2, p.48-62, dez. 2018.

BARBOSA, G. P. et al. Reiki como prática integrativa e complementar: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde /Electronic Journal Collection Health**, v. 2178, p. 2091, 2016.

BARROS, N. F., et al. Yoga e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.19, n.4, 2014.

DOMINGOS, Thiago da Silva; BRAGA, Eliana Mara. Massagem com aromaterapia: efetividade sobre a ansiedade de usuários com transtornos de personalidade em internação psiquiátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 450-456, jun. 2015.

FREITAS, V. L. et al. Benefícios do reiki em população idosa com dor crônica, **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.4, p.1032-1040, 2014.

KUREBAYASHI. L. F. S.; SILVA, M. J. P. Auriculoterapia chinesa para melhoria da qualidade de vida da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.1, p.117-123, jan-fev, 2015.

LOPES et al. Quiropraxia: revisão sistemática. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v.13, n.30, 2016.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.14, n.3, p.565-573, 2009.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F.. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.21, n.3, p.272-281, set, 2016 .

SCHOLZE, A. S. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.9, n.31, p.219-226, 2014.

VORKAPIC, C. F., RANGÉ, B. Os benefícios do Yoga nos transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.7, n.1, p.50-54, 2011.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NO CONTEXTO HOSPITALAR PARA PACIENTES COM TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália de Jesus Sousa Cunha

Universidade Federal do Maranhão

São Luis- Maranhão

RESUMO: O traumatismo raquimedular (TRM) é caracterizado como uma lesão da medula espinhal, que resulta em alteração permanente ou temporária, na função motora, sensitiva e autonômica. Pode levar a sequelas neurológicas e psicológicas graves, com períodos prolongados de internação hospitalar. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) tem sido utilizado como estratégia no contexto hospitalar nas discussões de condutas terapêuticas articuladas para o sujeito, a partir da discussão coletiva de uma equipe, visando à resolução de casos complexos na assistência. Sendo assim, objetivou-se relatar a experiência de uma equipe multiprofissional na construção do PTS para pacientes com TRM. Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, fundamentado nos conceitos de clínica ampliada e abordagem multiprofissional em um hospital universitário. A elaboração do PTS deu-se através de reuniões com a equipe para traçar as propostas de ações biopsicossociais, que foram desenvolvidas em quatro etapas: o diagnóstico biopsicossocial, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação do projeto para alinhar os objetivos terapêuticos a

curto e longo prazo. Verificaram-se situações que ampliavam o risco e vulnerabilidade dos pacientes diagnosticados com TRM. Diante disso, a atuação multiprofissional sincronizada, permitiu uma escuta mais qualificada sobre as singularidades do paciente, construção de vínculo entre a equipe, usuário e família e garantia no acesso ao desenvolvimento do processo. A realização deste relato possibilitou uma ação reflexiva sobre a dimensão biopsicossocial do usuário em relação à prática humanizada do cuidado, onde o PTS contribuiu de forma positiva para melhora e alta hospitalar dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Internação Hospitalar, Traumatismos da Medula Espinal, Equipe Interdisciplinar de Saúde.

SINGULAR THERAPEUTIC DESIGN IN THE HOSPITAL CONTEXT FOR PATIENTS WITH TRAUMA RAQUIMEDULAR (TRM): EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Spinal cord trauma (MRT) is characterized as a spinal cord injury, resulting in permanent or temporary alteration in motor, sensory and autonomic function. It can lead to severe neurological and psychological sequelae with prolonged hospital stays. The Unique Therapeutic Project (PTS) has been used as a

strategy in the hospital context in the discussions of therapeutic actions articulated for the subject, based on the collective discussion of a team, aiming at the resolution of complex cases in the care. Thus, it was aimed to report the experience of a multiprofessional team in the construction of PTS for patients with MRT. It is an experience report, of descriptive character, based on the concepts of extended clinical and multiprofessional approach in a university hospital. The PTS was developed through meetings with the team to draw up proposals for biopsychosocial actions, which were developed in four stages: biopsychosocial diagnosis, goal setting, division of responsibilities and re-evaluation of the project to align short-term therapeutic goals and long-term. There were situations that increased the risk and vulnerability of patients diagnosed with MRT. In view of this, the synchronized multiprofessional performance allowed a more qualified listening on the singularities of the patient, building a link between the team, user and family and guaranteeing access to the process development. The realization of this report made possible a reflexive action on the biopsychosocial dimension of the user in relation to the humanized practice of care, where the PTS contributed positively to the improvement and hospital discharge of the patients.

KEYWORDS: Hospitalization, Spinal Cord Injuries, Patient Care Team.

1 | INTRODUÇÃO

O traumatismo raquimedular (TRM) é caracterizado como uma lesão da medula espinhal, que resulta em alteração permanente ou temporária, na função motora, sensitiva e autonômica, se configurando um problema de saúde pública que afeta o Brasil e o mundo, devido sua grande incidência e altos custos gerados (ETTINGER, *et al.*, 2017; VIÚDES; COSTA & NUNES, 2015).

A Diretriz de Atenção à Pessoa com Lesão Medular do Ministério da Saúde, afirma que a incidência mundial de TRM é de 15 a 40 casos por milhão de habitantes, incidência equivalente no Brasil (40 casos novos/ano/milhão de habitantes) correspondendo cerca de 6 a 8 mil casos novos por ano, além de uma estimativa de mais de 10 mil novos casos por ano de lesão medular, sendo o trauma a causa predominante, colocando o país no quadro de maior incidência de casos comparados a outros países. Ainda, (VIÚDES; COSTA & NUNES, 2015), descrevem que o trauma não está sujeito a uma notificação compulsória, o que determina sua subnotificação.

Decorrente de trauma por armas de fogo, acidentes de trânsito, queda e mergulho em águas rasas, o TRM tem um enorme impacto na vida do indivíduo, e geralmente pode levar a sequelas neurológicas e psicológicas graves, períodos prolongados de internação hospitalar, além do impacto socioeconômico, gerando um transtorno para o paciente, família e sociedade (CIRINO; SILVA & SANDOVAL, 2017; LIMA, *et al.*, 2017). Nesse contexto, compreende-se que a prática humanizada tem se tornado um desafio recorrente para os profissionais de saúde, uma vez que o paciente precisa ser visto como um ser biopsicossocial e espiritual, podendo

surgir uma complexidade no cuidado, o que requer estratégias que visem aprimorar a produção da sua saúde, sendo utilizado como ferramenta nesse processo o Projeto Terapêutico Singular (PTS), um dispositivo que auxilia a transição da clínica tradicional médico biologicista para a clínica ampliada humanizada (LIMA; MOURA & DA SILVA CAVALCANTE, 2017).

Anschau *et al.*, (2017), Montenegro & Farias (2018) descrevem o PTS como sendo um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar de saúde, composta por enfermeiros, médicos, farmacêuticos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e fisioterapeutas, cujo objetivo é promover qualidade na saúde e qualificação da alta hospitalar.

Por isso, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), tem sido utilizado como estratégia no contexto hospitalar na discussão de condutas terapêuticas articuladas para o sujeito, a partir da discussão coletiva de uma equipe, visando à resolução de casos complexos na assistência.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo, fundamentado nos conceitos de clínica ampliada e abordagem multiprofissional em um hospital universitário. A elaboração do PTS deu-se através de reuniões com a equipe para traçar as propostas de ações biopsicossociais que foram desenvolvidas em quatro etapas: o diagnóstico biopsicossocial, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação do projeto para alinhar os objetivos terapêuticos a curto e longo prazo (figura 1).

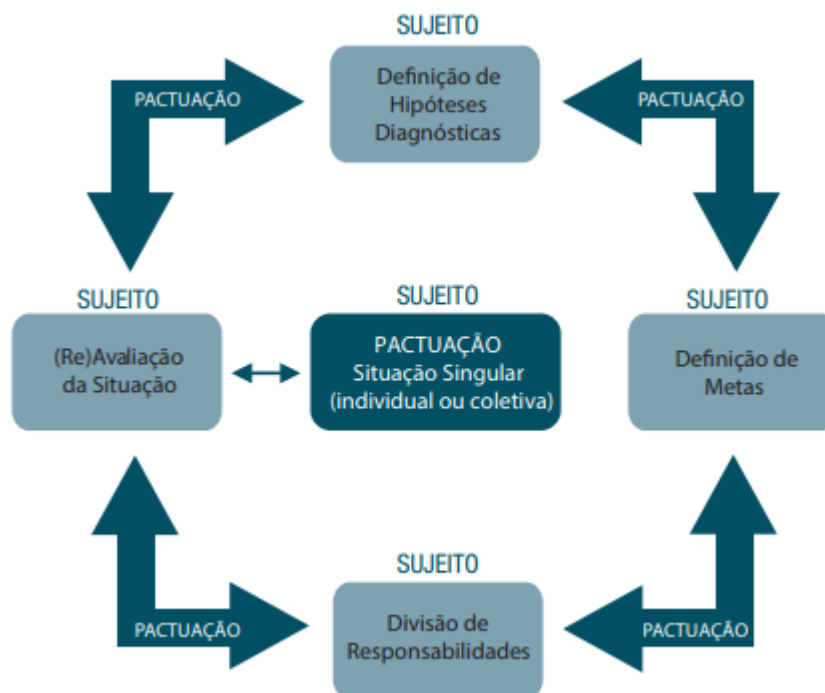


Figura 1. Esquema das etapas envolvidas na construção do PTS - Fonte: DE MIRANDA; COELHO & MORÉ, 2012.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os *rounds* multiprofissionais, a equipe verificou situações que ampliavam o risco e vulnerabilidade dos pacientes diagnosticados com TRM, tais como: instabilidade no quadro clínico, complexidade de cuidados, procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos a qual eram submetidos, cuidados de alta dependência e dificuldade de enfrentamento da doença. Diante desta análise, surgiu a necessidade de construir o PTS, no intuito de potencializar os fatores de proteção à saúde, assim como a superação de tais vulnerabilidades.

Conforme Anschau *et al.*, (2017) nos *rounds* multiprofissionais as equipes de referência tratam os casos clínicos dos pacientes internados, as pendências relacionadas ao diagnóstico e terapêutica, além da previsão para a alta hospitalar, agregando melhor as discussões e tornando mais clara a condução dos casos.

A metodologia empregada no PTS se desenvolve por meio de etapas (figura 1), previstas na Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, tendo como referência para sua realização a proposta da clínica ampliada, onde todos os profissionais podem participar ativamente e produtivamente expondo seus saberes e ideias numa postura profissional ou pessoal de compartilhamento e de respeito ao saber do outro. Ainda, todo o processo é permeado pela participação do sujeito, individual ou coletivo, desde a formulação até a implementação das ações (DE MIRANDA; COELHO & MORÉ, 2012).

Segundo Lima, Moura & Da Silva Cavalcante (2017), nesse processo de

construção do PTS a interação de áreas é permeada pelo exercício do diálogo, considerando as diferentes opiniões profissionais que buscam solucionar o problema e promover uma melhor assistência ao usuário.

Diante do exposto, ressalta-se que atuação multiprofissional sincronizada permitiu uma escuta mais qualificada sobre as singularidades dos pacientes de TRM, assim como , a construção de vínculo entre a equipe, usuário e família, garantia no acesso ao desenvolvimento do processo, com incentivo a co-produção, responsabilização e resolutividade do quadro clínico.

4 | CONCLUSÃO

A realização deste relato possibilitou uma ação reflexiva sobre a dimensão biopsicossocial e espiritual do usuário em relação à prática humanizada do cuidado, onde o Projeto Terapêutico Singular contribuiu de forma positiva para melhora e conseqüentemente alta hospitalar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ANSCHAU, F. et al. Evaluation of clinical governance interventions on qualification of care and supply of beds in a large public hospital. **Scientia Medica**, v. 27, n. 2, p. 26575, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CIRINO, C. P.; SILVA, F. A. R. DA; SANDOVAL, R. A. Perfil Epidemiológico de Pacientes com Trauma Raquimedular Atendidos no Ambulatório de Fisioterapia de um Hospital de Referência em Goiânia. **Revista Científica da Escola de Saúde de Goiás-RESAP**, v. 4, n. 1, p. 081-090, 2018.

DE MIRANDA, F. A. C; COELHO, E. B. S; MORÉ, C. L. O. O. **Projeto terapêutico singular** [Recurso eletrônico]. 60 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica) – Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Disponível em: [https:// www.unasus.ufsc.br/](https://www.unasus.ufsc.br/) Acesso em: 17 abr. 2019.

ETTINGER, L. F. C. et al. Qualidade de vida das vítimas de trauma raquimedular atendidas em centros de reabilitação de Aracaju. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 5, n. 2, p. 53-62, 2017.

LIMA, C. V. C; MOURA, M. dos S. R; DA S. C, M. V. Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 472-482, 2017.

LIMA, J. P. da S. et al. Significado da vivência de internação dos pacientes com trauma raquimedular. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 6, p. 2527-2532, 2017.

LOMAZ, M. B. et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes com fratura da coluna vertebral tratados em um hospital universitário**. *Coluna/Columna*, v. 16, n. 3, 2017.

MONTENEGRO, S. M. S. L; FARIAS D. L. de. Uso de projeto terapêutico singular e transdisciplinaridade em casos difíceis de lesão por pressão do Hospital das Clínicas da USP Ribeirão Preto. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 4, dez. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: . Acesso em: 28 mai. 2019. doi: <https://doi.org/10.17058/rips.v1i4.13130>.

VIÚDES, M. de A. A; COSTA, J. M. da; NUNES, C. M. P. Perfil dos pacientes internados por trauma raquimedular em hospital público de ensino. **Rev Med Minas Gerais**. v. 25, n. 3, p. 380-386, fevereiro de 2015.

RDC N. 20/2011 DA ANVISA: ADESÃO POR ESTABELECIMENTOS FARMACÊUTICOS DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS GONZAGA-MA

Erlenilce Oliveira de Sousa

Faculdade de Educação de Bacabal (FEBC)
Bacabal, Maranhão

Aldiane Rodrigues Miranda

enaid2008@hotmail.com
Faculdade de Educação de Bacabal (FEBC)
Bacabal, Maranhão

Cintia Santos Dantas

chintya_dantas@hotmail.com
Faculdade de Educação de Bacabal (FEBC)
Bacabal, Maranhão.

Wellyson da Cunha Araújo Firmo

well_firmo@hotmail.com
Faculdade de Imperatriz (FACIMP)
Imperatriz, Maranhão

RESUMO: Em 26 de outubro de 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a RDC nº44, implantando o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação, além de outras providências. Nela foram incluídas 93 substâncias antimicrobianas e o controle estava restrito às farmácias e drogarias privadas de todo o país. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a adesão das farmácias e drogarias dos aspectos relacionados à RDC nº 20/11 do

município de São Luís Gonzaga-MA. Para isso utilizou-se um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa realizada entre agosto a outubro de 2015, através da aplicação de questionários para proprietários e balconistas dos estabelecimentos farmacêuticos, no qual abordava perguntas acerca da dispensação dos antimicrobianos, retenção de receita, sendo a análise dos dados realizadas através do programa Stata. Quanto à dispensação dos antimicrobianos 100% das drogarias e farmácias dispensam 95% dispensam sem retenção de receita, 100% conhecem a resolução nº 20/11, em 90% não houve impacto nas drogarias e farmácias com a publicação da resolução, 90% não tem a presença do farmacêutico no estabelecimento, 75% das farmácias e drogarias não são regularizadas pelo conselho de classe, 84,21% indicam antimicrobianos aos clientes, 90% não teve capacitação para aplicação da resolução, 90% não estão preparados para implantar o sistema de controle aos antimicrobianos. É necessário que haja uma reflexão sobre as graves consequências do uso indiscriminado de antimicrobianos e da necessidade da presença do farmacêutico nos estabelecimentos farmacêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão a diretrizes, Antimicrobianos, Farmácia, Técnicos em farmácia.

RDC N. 20/2011 DA ANVISA: ADHESION BY PHARMACEUTICAL
ESTABLISHMENTS OF THE MUNICIPALITY OF SÃO LUIS GONZAGA-MA

ABSTRACT: On October 26, 2010, the National Agency of Sanitary Surveillance published the RDC nº44, implementing the control of drugs based on substances classified as antimicrobials, for use under medical prescription, alone or in association, in addition to other measures. In it were included 93 antimicrobial substances and the control was restricted to pharmacies and private drugstores of all the country. The present study had as objective to evaluate the adherence of the pharmacies and drugstores of the aspects related to RDC nº 20/11 of the municipality of São Luís Gonzaga-MA. A descriptive, cross-sectional, quantitative approach was carried out between August and October 2015, through the application of questionnaires to owners and clerks of pharmaceutical establishments, which addressed questions about antimicrobial dispensing and revenue retention. Analysis of the data obtained through the Stata program. As for the dispensing of antimicrobials, 100% of drugstores and pharmacies exempt 95% of them without prescription, 100% know about Resolution no. 20/11, in 90% there was no impact in drugstores and pharmacies with the publication of the resolution, 90% 75% of pharmacies and drugstores are not regularized by the class council, 84.21% indicate antimicrobials to clients, 90% were not qualified to apply the resolution, 90% are not prepared to implement the control. There is a need to reflect on the serious consequences of the indiscriminate use of antimicrobials and the need for the presence of the pharmacist in pharmaceutical establishments.

KEYWORDS: Adherence to guidelines, Antimicrobials, Pharmacy, Pharmacy technicians.

1 | INTRODUÇÃO

Antibióticos são compostos naturais ou sintéticos capazes de inibir o crescimento ou causar morte de fungos ou bactérias. Podem ser classificados como bactericidas quando causam a morte de bactérias, ou bacteriostáticos, quando promovem a inibição do crescimento microbiano (GUIMARÃES et al., 2010).

Sabe-se que o surgimento deles mudou significadamente a qualidade de vida da população, porém com o uso abusivo dos mesmos, se estendeu uma crise de resistência por parte das bactérias aos antibióticos usados (LOPES et al., 2011).

Segundo Gurgel e Carvalho (2008), as patologias infecciosas sempre foram um problema de saúde pública mundial, e a possibilidade da farmacoterapia com tais classes de medicamentos trouxeram notáveis progressos. Antes do uso dessa classe de medicamentos, as infecções causadas por bactérias em feridas, cortes pós-parto, desordens cardíacas etc., levavam comumente os pacientes a óbito.

O uso racional dessa classe torna-se imprescindível para garantir e preservar a efetividade dos mesmos. Enfatizando ainda que o sucesso na terapêutica antimicrobiana depende da interação de três elementos: o fármaco, o hospedeiro e

o microrganismo. Portanto ao fazer a escolha do antimicrobiano, o clínico deve levar em conta a relação existente entre o microrganismo e o fármaco (sensibilidade), a relação entre microrganismo e o hospedeiro (doença) e ainda a relação entre o hospedeiro e o fármaco (farmacocinética). Ao não ponderar alguma dessas relações, pode-se comprometer a escolha e o tratamento (FIOL E BARBERATO FILHO, 2010).

Tal escolha é um processo complexo, que exige diagnóstico clínico laboratorial e conhecimento farmacológico dos agentes infecciosos. Logo, ela deve ser realizada por um profissional habilitado e qualificado, e representa um desafio para os médicos e farmacêuticos (SOBRAVIME, 2001).

Portanto, a necessidade de medidas de controle sobre a prescrição, comércio, dispensação racional de antimicrobianos é inquestionável (FEBRAFAR, 2010).

Define-se “uso racional de medicamentos” a capacidade de administrar ao paciente o medicamento adequado às suas necessidades clínicas, incluindo doses correspondentes ao padrão individual, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível (CFF, 2013).

Porém o que se tem noticiado é o uso desenfreado de antibióticos sem uma cuidadosa avaliação das suas indicações apropriadas isso pode levar ao crescimento de cepas resistentes, ou seja, acarretar numa mutação seletiva. Lamentavelmente acompanhando o desenvolvimento das defesas quimioterápicas do homem contra as bactérias, estas também desenvolveram defesas contra os agentes quimioterápicos, com conseqüente aparecimento de resistência (RANG et al., 2001).

A resistência microbiana é a capacidade que os microrganismos têm de se multiplicar na presença de concentrações de antibióticos mais altos do que as doses terapêuticas dadas ao homem. Como resultado, os tratamentos utilizados tornam-se ineficazes e as infecções persistem, podendo se disseminar (OMS, 2017).

O problema ainda da resistência e o incremento de sua prevalência a nível mundial tem sido discutido no mundo inteiro por especialistas renomados. Parece como se houvesse uma mancha negra no campo da terapia antimicrobiana (ALÓS E CARNICERO, 1996).

No Brasil, o quadro da resistência bacteriana é preocupante, o crescente surgimento de novas amostras de bactérias resistentes nos hospitais brasileiros causa preocupação entre os profissionais de saúde e de acordo com especialistas na área da infectologia o uso de antibióticos está diretamente relacionado a este aumento da incidência da resistência bacteriana (SANTOS, 2004).

A resistência bacteriana tem como principais conseqüências: o aumento do custo e do tempo de tratamento, pela utilização de medicamentos mais caros e até mais tóxicos; aumento do tempo de hospitalização; isolamento do paciente; aumento da frequência e da gravidade de vários tipos de infecções; aumento da mortalidade associada a este tipo de infecção (GURGEL E CARVALHO, 2008).

Segundo Ranget al. (2001), a compreensão dos mecanismos envolvidos na resistência é importante tanto para uso sensato desses fármacos na prática clínica

como para o desenvolvimento de novos agentes antimicrobianos para vencê-la, isto é, mudanças que se processaram na sensibilidade dos microrganismos, que de sensíveis tornaram-se resistentes às drogas antimicrobianas.

Portanto, o interesse em que haja a conscientização se deve segundo Silva e Neufeld (2006) a deficiência de desenvolvimento de novos fármacos antimicrobianos e a velocidade com que tem surgido bactérias multirresistentes capazes de inativar a ação destas substâncias.

Em 05 de maio de 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 20/11, implantando o controle de medicamentos a base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação, além de outras providências. Nela foram incluídas 93 substâncias antimicrobianas e o controle restrito às farmácias e drogarias privadas de todo o país. Foi estabelecido que a retenção das receitas desta classe de medicamentos, pelas farmácias e drogarias contendo as substâncias listadas no Anexo da resolução seria obrigatória a partir da vigência da lei. As farmácias teriam prazo de 180 dias para a adesão ao Sistema Nacional de Gerenciamento Produtos Controlado (SNGPC) (BRASIL, 2010).

No Brasil, a partir de meado dos anos 1990 a presença marcante das ações dos conselhos de Farmácia e vigilância sanitária em estabelecimentos comerciais farmacêuticos mudaram o panorama nacional. A exigência da presença do farmacêutico no setor privado está trazendo-o para o desempenho de suas funções em farmácias e drogarias (VIEIRA, 2007).

Segundo o Brasil (2010) e Brasil (2011), o objetivo da Anvisa ao ampliar o controle sobre esses produtos foi contribuir para a redução da resistência bacteriana a antibióticos. Observa-se atualmente, que a resistência bacteriana é bem mais complexa do que se pensava e ocorre com frequência razoável. Existe uma consciência mundial do problema o que torna este estudo relevante. As bactérias resistentes estão causando um impacto mundial, pois representam uma ameaça para a humanidade. Como já citado anteriormente, é um grave problema de saúde pública de grande amplitude médico-social, cujas consequências, para muitos estudiosos já são refletidas em nosso cotidiano, e se não forem cessadas, futuramente serão ainda mais devastadoras para a humanidade (SANTOS, 2004).

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) aponta que restrição à venda é uma medida corretíssima do governo e representa avanços para a saúde, além de devolver ao farmacêutico o processo de orientação quanto ao uso correto de medicamentos. Mas fez algumas ponderações e críticas. Para ele, o pressuposto para a restrição na venda dessa classe é o bom funcionamento do setor de saúde, de sorte a garantir que todas as pessoas tenham acesso ágil e fácil ao médico e à receita (CFF, 2010).

O uso indiscriminado de medicamentos dificulta qualquer tratamento e fortalece as bactérias. Não se pode deixar que interesses comerciais coloquem em dúvida uma iniciativa que tem como objetivo melhorar a saúde coletiva (CRM/PB,

2010).

Diante de seu vasto conteúdo, a RDC nº 20/11 estabelece regras que visam coibir a venda ilegal de antimicrobianos sem prescrição no país, promovendo o uso racional dessa classe de medicamentos, contribuindo para o combate à resistência bacteriana, além de evitar a exposição da população aos riscos da automedicação, desafio contemporâneo do setor saúde e, porque não do farmacêutico que, com a RDC nº 20/11 passa a ter a firme incumbência de disseminar as informações em saúde, uma vez que dentre as suas funções cabe a de educar para a saúde, promover a conscientização da população no que diz respeito à farmacoterapia dos medicamentos e assim contribuir de forma direta para o bem estar dos pacientes (BRASIL, 2011).

No Brasil, existem poucos estudos sobre o tema apresentando, e é de fundamental importância verificar a aplicabilidade da RDC nº 20/11 nos setores comerciais, dentre farmácias e drogarias porque são ambientes onde a dispensação de antibióticos acontecem de forma intensa e contínuas, e muitas vezes, sem uma devida orientação farmacêutica, ocasionando problemas de saúde pública.

Diante desse contexto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento de colaboradores e a adesão a RDC nº 20/11 por estabelecimentos farmacêuticos do município de São Luís Gonzaga-MA.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Na pesquisa descritiva, os fatos são observados, registrados, analisados, interpretados, sem que o pesquisador interfira neles (ANDRADE, 2007). Enquanto que, na pesquisa transversal, a coleta de dados ocorre em um só momento, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado momento (PINSONNEAULT E KRAEMER, 1993). E a pesquisa quantitativa segundo Gil (2008) possui amplo alcance, permite um conhecimento objetivo da realidade e facilidade de sistematizar dados em tabelas, gerando informações a partir de gráfico.

A referida pesquisa foi realizada em drogarias e farmácias do município de São Luís Gonzaga do Maranhão, a população estimada é de 25.533 habitantes (IBGE, 2010). A cidade fica localizada a 30Km da cidade de Bacabal-MA.

Foi aplicado no mês de agosto de 2015 um questionário contendo 15 perguntas que abordavam aspectos relacionados a dados socioeconômicos e demográficos, conhecimento sobre a RDC nº 20/11 e implicações para as drogarias e farmácias, a 10 balconistas e 10 proprietários dos estabelecimentos farmacêuticos, totalizando uma amostra de 20 pessoas, sendo esta por conveniência e não probabilística. Foram adotados como critérios de inclusão: os balconistas e proprietários dos setores farmacêuticos e como critérios de não inclusão, aqueles que se recusarão a participar da pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a compilação dos dados utilizou o Programa Microsoft Office Excel® 2010 para confecção da planilha a ser inserida no programa estatístico utilizado para a análise descritiva e as associações dos dados que foi o Stata versão 12.0, e o teste utilizado foi Exato de Fisher, intervalo de confiança de 95%, considerando para valor significativo quando $< 0,05$.

O presente trabalho seguiu os preceitos instituídos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Os envolvidos na pesquisa foram devidamente e previamente informados sobre os objetivos e métodos necessários para o desenvolvimento da pesquisa e assinaram o TCLE.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a compreensão das respostas dadas às questões do questionário, foram propostas sucessivas leituras das respostas, buscando a melhor forma de categorizar os dados colhidos.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	8	40
Feminino	12	60
Idade		
18 a 25 anos	6	30
26 a 35 anos	5	25
Acima de 35 anos	9	45
Escolaridade		
Ensino médio	10	50
Ensino superior	7	35
Pós-graduação	3	15
Renda salarial		
Menor que um salário mínimo	2	10
2 a 3 salários mínimos	12	60
4 a 5 salários mínimos	6	30
*Meios de comunicação		
Televisão	3	15
Todos os meios de comunicação possível	17	85

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual das características socioeconômicas, demográficas e sobre os meios de comunicação dos colaboradores de estabelecimentos farmacêuticos no município de São Luís Gonzaga, Maranhão, Brasil.

*Meios de comunicação que utiliza para se informar sobre fatos políticos, sociais e outros.

Nº=número; %=percentagem

De acordo com a Tabela 1, observa-se que o sexo feminino com 60% foi o

mais prevalente, isso se deve ao fato de que a mulher possui o instinto protetor isso a torna sensível podendo contribuir de forma positiva nos setores de dispensação de medicamentos, por isso a prevalência delas nas drogarias.

Segundo a Sousa (2006), a mulher é um ser “cuidadora” dos membros da família, tem mais sensibilidade para a cura daqueles que precisam, além de ser a mais informada, sobre o processo saúde-doença, logo a mais indicada para o ofício, em comparação ao homem.

O número de colaboradores acima de 35 anos, conforme a Tabela 1 predomina na amostra, por se tratar de uma fase produtiva, onde as pessoas buscam ter o seu próprio negócio. O estudo realizado por Sousa (2006) mostrou que 71% da amostra prevaleceu na faixa etária de 45 anos, assemelhando com o resultado desta pesquisa. Segundo ele essa faixa etária concentra a maior parte da população ativa.

Quanto aos níveis de escolaridade (Tabela 1) as frequências dos colaboradores concentram-se com 50% que concluíram o ensino médio. Pode-se pensar que quem tem maior nível de escolaridade possuísse mais cautela com a dispensação dos antibióticos, uma vez que informações sobre os riscos indiscriminados estão mais acessíveis, e que por se tratar de pessoas esclarecidas poderiam ser mais conscientes e cuidadosas com a saúde pública.

Também se observou a renda individual onde prevaleceram 60% dos colaboradores possui uma renda de 2 a 3 a salários mínimos (Tabela 1), isso pode condicioná-los a venda compulsória, conhecida como “empurraterapia”, independente da classe de medicamentos, pois o foco é o lucro representado nas vendas.

Bi et al. (2000), em seu trabalho relataram que vendedores de farmácias recomendam medicamentos para os clientes com o objetivo de gerar lucro próprio, não diferindo muito do nosso contexto. Além disso, pelo fato destes não possuírem conhecimentos médicos ou farmacológicos, o diagnóstico da doença é frequentemente incorreto.

Em relação aos meios de comunicação utilizados pelos colaboradores (Tabela 1), constatou-se que 85% têm acesso a todos os meios de comunicação. São interessantes esses dados coletados, pois os colaboradores são pessoas informadas e inteiradas aos meios de comunicação, o que facilitaria o entendimento e o comprometimento com a adesão a RDC nº 20/11, porém, os fins lucrativos desviam o foco dos mesmos para o que seria a dispensação racional, seguindo os padrões de saúde pública. Giancaterino (2007) deixa claro que os meios de comunicação de massa e seus efeitos não podem ser considerados fora do contexto da sociedade a que pertence, onde os meios de comunicação de massa podem sim interferir num processo de mudança social do indivíduo, mas é apenas um dentre muitos. Sendo assim os indivíduos que tem acesso aos meios de comunicação estão suscetíveis a mais informação e conhecimento isso os tornarão mais críticos e conscientes dos seus atos.

Variáveis	Nº	%
Dispensa antimicrobiano		
Sim	20	100
Não	0	0
Dispensa antimicrobiano sem prescrição		
Sim	19	95
Não	1	5
Conhece a RDC nº 20/11		
Sim	20	100
Não	0	0
A RDC nº 20/11 impactou o estabelecimento		
Ruim	2	10
Sem impacto	18	90
O farmacêutico é presente no estabelecimento		
Sim	2	10
Não	18	90
O estabelecimento farmacêutico e regularizado		
Sim	5	25
Não	15	75
Indica antimicrobiano		
Sim	16	84,21
Não	3	15,79
A empresa foi capacitada sobre a RDC nº 20/11		
Sim	2	10
Não	18	90
A empresa é preparada pra implantar a RDC nº 20/11		
Já implantada	2	10
Não	18	90
A presença do farmacêutico facilitaria a orientação sobre antimicrobiano		
Sim	19	95
Não	1	5

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual do conhecimento e adesão a RDC nº 20/11 dos colaboradores de estabelecimentos farmacêuticos no município de São Luís Gonzaga, Maranhão, Brasil.

Nº=número; %=percentagem

Nota-se na Tabela 2, que 100% dos estabelecimentos farmacêuticos dispensam antibióticos. A precariedade e a burocracia no atendimento ao público nos setores, postos, hospitais entre outros contribuem para a ida do paciente as farmácias em busca de uma farmacoterapia rápida e prática, porém em muitos casos desastrosas, pois o tratamento baseia-se em deduções que levarão ao tratamento inadequado.

Além disso, Arrais (2005) cita em seu estudo realizado no Brasil, que a compra sem prescrição de medicamento, para os quais a dispensação teria obrigatoriedade da receita, se por um lado demonstra o pouco caso ou desconhecimento em relação às normas regulamentares, por outro evidencia as dificuldades de acesso a uma atenção médica e farmacêutica adequada.

Verificou-se na Tabela 2, que 95% dos estabelecimentos farmacêuticos ao dispensarem antibióticos não fazem retenção da receita, por não contarem com a fiscalização frequente em seus estabelecimentos, a venda dessa classe de medicamento torna-se desregrada e sem comprometimento com a resolução em vigor.

Silva (2013), observou-se em seu estudo que, nos meses anteriores a legislação, outubro e novembro, as porcentagens foram de 30,2% e 25%, respectivamente. Nos meses posteriores, dezembro e janeiro, as respectivas porcentagens foram de 24,3% e 28,3%. Diferenciando-se da pesquisa em análise, pois já se passou quatro anos após a resolução e os colaboradores ainda insistem na venda indiscriminada dos antibióticos.

Todos os colaboradores conhecem a RDC nº 20/11 (Tabela 2). Porém o que se tem notado é uma certa resistência para aderir a legislação. Segundo Noronha et al. (2011), a RDC nº 20/11 traz consigo alguns desafios relacionados a concretização de uma prática de consumo racional de antimicrobianos e a própria prática do farmacêutico. O primeiro dele diz respeito à escrituração eletrônica no SNGPC, que apesar de extremamente necessário para o planejamento das ações, não foi implantado nacionalmente ainda que a própria RDC nº 20/11 tenha estipulado o prazo de cento e oitenta dias para a concretização. Sem o referido sistema em atividade como instrumento de avaliação, no momento os receituários de antimicrobianos são apenas arquivados nas farmácias e drogarias ficando à disposição das vigilâncias sanitárias locais, sendo pretensão da Anvisa lançar um programa-piloto para testagem de sua eficiência e eficácia em lidar com um contingente elevado de dados.

Quando perguntado sobre o impacto da RDC nº 20/11 (Tabela 2), em seus estabelecimentos, 90% não sofreu impacto, isso se atribuiu ao fato de não terem aderido à resolução.

Porque a venda sobre as condições da resolução, com receita, diante de uma cidade com pouca movimentação, pouco atendimento médico, refletiria significadamente nas vendas dos antibióticos.

De acordo com Silva (2013) em seu estudo sobre o impacto da legislação no setor de farmácia em João Pessoa-PB, houve uma diminuição de 1,3% na quantidade total de antibióticos dispensados quando comparadas as vendas dois meses antes e dois meses após a legislação, diferenciando da realidade do estudo aplicado nas drogarias da cidade de São Luis Gonzaga-MA onde a maioria delas ainda não aderiu à legislação.

Ainda de acordo com a Tabela 2, os estabelecimentos farmacêuticos, no total de 90% não contam com assistência farmacêutica. Anualmente as drogarias recebem a visita do conselho regional de farmácia que por sua vez aplica uma multa referente à falta do técnico responsável nos estabelecimentos, porém, pelo fato desses estabelecimentos farmacêuticos não terem uma demanda de vendas superiores as necessidades dos mesmos, eles justificam que seria melhor pagar a

multa por ser anual que pagar mensalmente um farmacêutico.

A maior parte da sociedade desconhece o verdadeiro papel do farmacêutico como profissional de saúde, sendo assim, não valoriza o farmacêutico e não dão a liberdade para ele exercer a atenção farmacêutica e demonstrar o quanto esse serviço é importante para a qualidade de vida do paciente (FEGADOLLI et al., 2010).

Nota-se na Tabela 2, que 75% das drogarias não são regularizadas. Observa-se o descaso das drogarias no que se diz respeito à saúde pública, dispensar medicamento não deve ser um ato corriqueiro e comum, é necessário que se entenda que o medicamento tem ação fisiológica que induz benefício ou malefício, conforme o administre, portanto cabe ao profissional habilitado orientar os pacientes para que tenha sucesso no tratamento.

De acordo com Pinto (2011), a Anvisa defende o argumento de que a drogaria não pode ser encarada como simples comércio. Os produtos comercializados nesses estabelecimentos influenciam diretamente na saúde da população e os medicamentos não podem ser tratados como simples mercadorias, tal como aquelas que o consumidor simplesmente apanha e paga no caixa como se estivesse em um supermercado.

Quanto à venda dos antibióticos (Tabela 2), 84,21% indicam aos clientes os antibióticos, por acreditarem na potencialidade dessa classe de medicamentos.

Sabe-se que a dispensação dos mesmos precisa de um diagnóstico preciso devido aos vários mecanismos de ação dessa classe e que é necessária uma conscientização não só dos profissionais da saúde, que pode se viabilizar por meio de formação acadêmica plena voltada para o sentido de beneficiar e valorizar o homem enquanto paciente e usuário do medicamento, mas também das empresas envolvidas e as instituições públicas de atendimento a saúde.

No Brasil, a RDC nº 44/10, que controla a venda de antibióticos, tende a contribuir tanto para a diminuição do consumo irracional quanto para a resistência bacteriana (BRITO E CORDEIRO, 2012). Isso reforça a necessidade dos programas de conscientização, divulgar para farmacêuticos e paciente/usuário, a regulamentação da venda de antibióticos pela Anvisa, bem como, sua importância na redução do uso indiscriminado de antibióticos e da consequente diminuição da resistência bacteriana. Além disso; é desejável estimular a contribuição da comunidade na “fiscalização” de drogarias e farmácias, por meio de denúncias junto à Anvisa, visando coibir a venda de antibióticos sem receita.

Na Tabela 2, quanto à capacitação das drogarias para implantar a RDC nº 20/11, 90% não tiveram capacitação para dispensação. Isso se justifica na medida em que os estabelecimentos comerciais não aderiram à resolução que dispõe sobre o controle dos antibióticos.

Com o surgimento da nova lei a dispensação deverá ser feita mediante a apresentação de receita médica em duas vias pelo consumidor. Assim, a segunda via será retida na farmácia e a primeira será devolvida ao paciente/usuário com

carimbo do estabelecimento, como forma de comprovação do atendimento. As receitas devem ser redigidas de forma legível e sem rasuras. As embalagens e bulas deverão conter os dizeres “Venda sob prescrição médica – só pode ser vendido com receita”. O novo prazo de validades para as receitas passa a ser de dez dias, devido aos mecanismos de ação dos antibióticos, e as movimentações destas deverão ser registradas pelas farmácias no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados. As medidas valem para todos os antibióticos registrados no Brasil, excetuando aqueles de uso exclusivo em hospitais. Com isso, a Anvisa pretende ter maior controle dessas substâncias (FENAFAR, 2013).

Nota-se na Tabela 2, que 90% das drogarias não se sentem preparados para implantar a resolução, isso porque refletiria em gastos, como a implantação do SNGPC, salário mensal do farmacêutico, entre outros gastos que podem ser desprezados pelo fato de não haver uma fiscalização e punição rotineiras.

Acredita-se que o foco não pode se perder de vista, se fazer cumprir a lei é tão importante quanto criá-las, portanto é de extrema necessidade que os órgãos de fiscalização sejam mais atuantes nos setores de saúde em prol de um bem estar social.

Os colaboradores sendo que 95% (Tabela 2) acreditam que a presença do profissional farmacêutico facilitaria a implantação da resolução. Por se tratar de um profissional habilitado para atuar em todos os setores que tenha medicamento, e por passar credibilidade aos colaboradores de sua total responsabilidade em seu ofício.

Alano (2005) ressalta que os farmacêuticos apresentam diversos desafios perante mudança de prática nos estabelecimentos farmacêuticos, entre eles se destacam: a priorização dos interesses econômicos e a exigência do cumprimento de tarefas administrativas no processo de trabalho, em detrimento das atividades clínicas e de educação em saúde. Os próprios pacientes reivindicam por um profissional farmacêutico que não promova a prestação do serviço somente pensando no seu retorno financeiro (WEST et al., 2002).

Quanto à variável orientação, 100% dos colaboradores dos estabelecimentos afirmaram não terem sido orientados sobre a resolução pelos farmacêuticos (Tabela 2). Acredita-se que as drogarias em sua maioria não são regulamentadas devido às mesmas não possuírem assistência farmacêutica, logo não poderia receber informação a respeito da mesma pelo profissional e responsável técnico.

De acordo com Balbino e Amadio (2011) em suas pesquisas afirmam que no ato da dispensação de qualquer antibiótico, o farmacêutico deve explicar de forma clara e detalhada, ao paciente/usuário, o benefício do tratamento e certificar-se de que este não apresente dúvidas a respeito de aspectos, como: motivos da prescrição, contra-indicação e precauções; posologia (dosagem, forma farmacêutica, técnica, via e horários de administração); modo de ação, reações adversas e interações; duração do tratamento; condição de conservação guarda e descarte.

Sobre as informações fornecidas ao cliente sobre a RDC nº 20/11, 84,21%

responderam não serem informados e 100% não solicitam informações (Tabela 2).

O foco dos colaboradores é a venda e conseqüentemente os lucros gerados, portanto pouco se aplica o interesse dos mesmos em informar aos clientes sobre a venda racional seguindo os preceitos da resolução, destacando ainda a falta de interesse dos clientes sobre a resolução.

Uma causa do uso irracional dos antibióticos refere-se à quantidade das informações que o paciente/usuário possui para o uso adequado desses medicamentos. A falta de informações no momento da consulta médica e a falta de orientações sobre a posologia do antibiótico pode levá-lo a parar o tratamento logo no início, deixar de administrar o remédio nos intervalos corretos ou usá-los de maneira inadequada (FIOL et al., 2010).

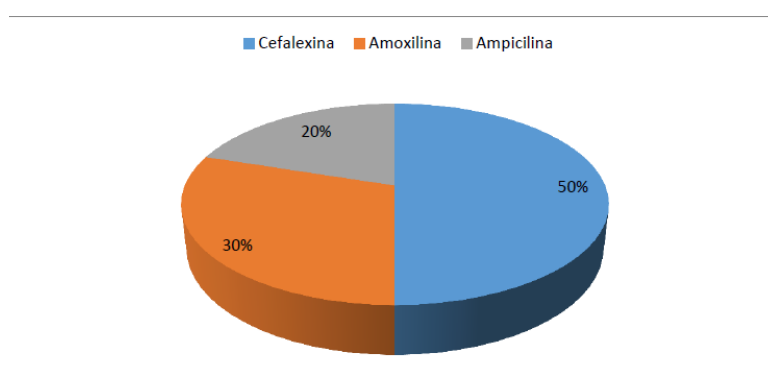
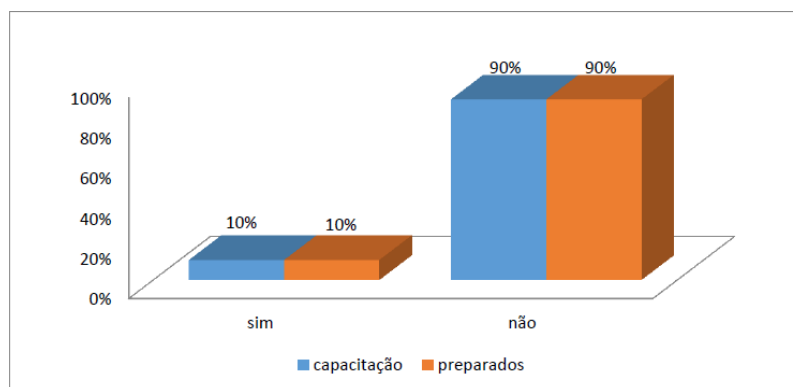


Figura 1. Descrição percentual dos principais tipos de antibióticos mais vendidos pelos colaboradores dos estabelecimentos farmacêuticos no município de São Luís Gonzaga, Maranhão, Brasil.

Quanto ao antibiótico mais dispensado (Figura 1), a cefalexina se destaca com 50% das vendas. Este fármaco é uma cefalosporina pertencente à classe dos beta-lactâmicos. Com 30% das vendas a amoxicilina e 20% a ampicilina um antibiótico beta-lactâmico semissintético.

Por se tratarem de antibióticos mais conhecidos pela população eles se tornam mais requisitados pelos colaboradores para um possível tratamento. Estes dados diferem do estudo realizado por Tavares et al.(2008) onde a amoxicilina foi o antibiótico mais requisitado, seguido pela associação sulfametoxazol+trimetropina e cefalexina.

De acordo com Colombo et al. (2004) a avaliação dos antimicrobianos escolhidos é importante, pois muitas vezes nota-se a adoção de opções terapêuticas inadequadas, muitas vezes privilegiando o uso de fármacos menos eficazes ou restritos a uso hospitalar, que acaba condicionando o surgimento de cepas resistentes entre a comunidade.



$p=0,20$

Figura 2. Associação entre frequência de capacitação dos colaboradores com a situação de se considerarem preparados pra implementar a RDC nº 20/11. São Luís Gonzaga, Maranhão, Brasil.

Nota-se na Figura 2 que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis capacitações e preparo para a implantação da RDC nº 20/11, visto que o p valor mostrou-se maior que 0,05. Esse dado pode se justificar pelo tamanho limitado da amostra avaliada, ou seja, pelo número pequeno de entrevistados e por a mesma ser do tipo de conveniência.

Sobre a capacitação, as drogarias não tiveram capacitação, pois como mostra as discussões anteriores, observa-se que as maiorias delas não implantaram a RDC nº 20/11. De acordo com Anvisa, em 05 de maio de 2011, a Anvisa publica a RDC nº 20/11 em substituição à RDC nº 44 (BRASIL, 2010). A RDC nº 20/11 aperfeiçoou a anterior; estabeleceu que todas as farmácias privadas e as públicas municipais, estaduais e federais deveriam apenas dispensar antimicrobianos mediante receita médica; determinou igualmente que em 180 dias seria iniciado processo de inclusão dos estabelecimentos farmacêuticos para efetuar os dados de compra e venda dos antibióticos no SNGPC. Entretanto, somente a partir de 16 de abril de 2013 é que se tornou obrigatória a escrituração dos antibióticos vendidos em cada farmácia/drogaria do país pelo preenchimento de formulário eletrônico quando a Instrução Normativa (IN) nº 01 de 14 de janeiro de 2013. Essa IN determinou em seu Art. 2º inciso III, a escrituração obrigatória dos medicamentos e substâncias contendo antimicrobianos no SNGPC por farmácias e drogarias privadas a partir de 16 de abril de 2013 (BRASIL, 2011).

Sobre a questão das empresas se sentirem preparadas para implantar a RDC nº 20/11 em suas drogarias, percebe-se que embora a resolução já exista a quatro anos as drogarias ainda não se sentem preparadas para aderi-la e implantá-la em seus estabelecimentos.

De acordo Nascimento (2005), a implantação da RDC nº 20/11 determina um avanço na normatização do acesso aos antimicrobianos ao mesmo em que valoriza o profissional farmacêutico. Entretanto a mudança de cultura requer um trabalho educativo cotidiano e de longo prazo que permeia avanços e retrocessos.

4 | CONCLUSÃO

O uso indiscriminado dos antibióticos é um problema, e esse é considerado o grande vilão da corrida entre bactérias e antimicrobianos, sendo um dos fatores responsáveis pela indução de resistência em cepas bacterianas e perda gradativa da eficiência terapêutica. É necessário continuar alertando a população sobre o impacto global do problema de resistência sobre a mortalidade, morbidade, e custos com a saúde. A resistência não é um problema individual, mas coletivo e mundial.

É necessário que haja uma reflexão sobre as graves consequências do uso indiscriminado de antimicrobianos, ao ponto de promover uma mudança consciente e radical no comportamento e nas atitudes dos indivíduos, dos profissionais de saúde, dos pesquisadores, das indústrias farmacêuticas, dos colaboradores e do próprio governo e de muitos outros envolvidos no controle da resistência bacteriana.

De acordo com a pesquisa realizada ressalta-se que as drogarias dispensam antibióticos sem prescrição médica, e que mesmo estando ciente da RDC nº 20/11 ainda indicam aos clientes como alternativas terapêuticas também não estão regularizadas logo não contam com a presença do farmacêutico para dispensação rotineira do fluxo do seu estabelecimento. E que mesmo tendo consciência que a presença do farmacêutico nas drogarias facilitaria e tornaria a dispensação racional ainda não se sentem preparados para implantar a RDC nº 20/11.

Diante do exposto ressalta-se a necessidade da realização de outros estudos na área, no sentido de divulgar e enfatizar o fenômeno de resistência bacteriana, bem como auxiliar, na medida do possível, a população a respeito de medidas para o uso racional dessa classe terapêutica, só assim será possível diminuir os riscos que acometem a população, que por ingenuidade optam pela praticidade de antibiótico gerando danos a saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALOS, J. I., CARNICERO, M. **Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: algo que te concierne. Servicios de Microbiología y Medicina Interna.** Hospital de Móstoles. Madrid, 1996.

ALANO, G. M. **Reflexão e contribuição para uma nova prática: os serviços farmacêuticos voltados ao paciente sob a perspectiva de farmacêuticos do Estado de Santa Catarina.** Dissertação (Mestrado em Farmácia). Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

ANDRADE, M. M. **Introdução a metodologia do trabalho científico.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ANVISA. **Resolução - RDC nº 20, de 5 de maio de 2011.**

ARRAIS, P. S. D., BRITO, L. L., BARRETO, M. L. E COELHO, H. L. L. **Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública. v. 21, pp.1737-1746, 2005.

BALBINO, C. A., AMADIO, J. R. A. ***Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC).**

Nota técnica CRF-MT N° 01 2011, 01.02.2011.

BI, P., TONG, S. E PARTON, K. A. **Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city.** Social Science & Medicine. v. 50, pp.1445-1450, 2000.

BRASIL. **RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010.** Diário oficial da União, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 20, de maio de 2011.** Diário Oficial da União, 09 maio. 2011.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

BRITO, M. A., CORDEIRO, B. C. **Necessidade de novos antibióticos.** *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial.* v. 48, pp. 247-249, 2012.

COLOMBO, D. et al. **Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa saúde da família de Blumenau.** *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.* v. 40, pp.549-558, 2004.

CFF. **Presidente do CFF diz que Governo deveria melhorar a saúde, antes da RDC nº 44/10, 2010.**

CFF. **Resolução nº 586 de 29 de agosto de 2013.** pp.12, 2013.

CRM/PB. **Novas regras para a prescrição e venda de antibióticos estão em vigor, 2010.**

FEBRAFAR. **Novas regras para antibióticos restringem o acesso da população à saúde.** São Paulo, 2010.

FEGADOLLI, C., et al. **A percepção de farmacêuticos acerca da possibilidade de implantação da atenção farmacêutica na prática profissional.** *Revista Espaço para a Saúde.* v. 12, pp. 48-57, 2010.

FENAFAR. **Anvisa define regras para controlar venda de antibióticos, 2013.**

FIOL, F. S. D., E BARBERATO FILHO, S. **Antibacterianos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, pp.115, 2010.

FIOL, F. S. D., et al. **Perfil de prescrições e uso de antibióticos em infecções comunitárias.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* v. 43, pp.68-72, 2010.

GIANCATERINO, R. **Escola, Professor, Aluno.** São Paulo: Madras Ltda, 2007.

GUIMARÃES, D. O., MOMESSO, L. S. E PUPO, M. T. **Antibióticos: Importância terapêutica e perspectivas para descoberta e desenvolvimento de novos agentes.** *Química Nova,* v. 33, pp. 667-679, 2010.

GURGEL, T. C. E CARVALHO, W. S. **A assistência farmacêutica e o aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos.** *Latin American Journal of Pharmacy.* v. 27, pp. 118-123, 2008.

LOPES, A. A., GUIMARÃES, D. O. E PUPO, M. T. **Quando os micro-organismos salvam vidas. Seres diminutos a serviço da produção de medicamentos.** *Ciência Hoje,* v. 1, pp. 30-35, 2011.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos, comunicação e cultura.** *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 10, pp. 179-193, 2005.

- NORONHA, T. NASCIMENTO, C. E GONÇALVES, R. **Antibióticos: responsabilidade de todos.** Revista do Farmacêutico do CRF/SP, 2011.
- OMS. **Qué es la resistencia a los antimicrobianos? 10 datos sobre la resistencia a los antimicrobianos,** 2017.
- PINSONNEAULT, A. E KRAEMER, K. L. **Survey research in management information systems: an assesment.** Journal of Management Information System. v. 10, pp. 75-105, 1993.
- PINTO, L. S. E. **A farmácia e a drogaria sob a nova ótica da RDC n. 44/2009 da Anvisa.** Revista de Direito Sanitário. v. 12, pp.140-177, 2011.
- RANG, H. P., DALE, M. M. E RITTER, J. M. **Farmacologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,** 2001.
- SANTOS, N. Q. **A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar.** Texto & Contexto – Enfermagem. v. 13, pp. 64-70, 2004.
- SILVA, C. H. P. M., Neufeld, P. M. **Bacteriologia e micologia - para laboratório clínico.** Rio de Janeiro: Revinter, 2006.
- SILVA, E. V. B. **O impacto da legislação sobre as prescrições de antimicrobianos em uma unidade de saúde do município de João Pessoa-PB.** Monografia (Graduação em Farmácia). Universidade Federal da Paraíba, 2013.
- SOBRAVIME. **Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. O que é uso racional de medicamentos?** São Paulo, pp. 123, 2001.
- SOUSA, F. F. O. **Perfil da automedicação com antimicrobianos em farmácias de Fortaleza.** Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal do Ceará, 2006.
- TAVARES, N. U., BERTOLDI, A. D. E MUCCILLO-BAISCH, A. L. **Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família no sul do Brasil.** Caderno de Saúde Pública. v. 24, pp. 1791-800, 2008.
- VIEIRA, F. S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 12, pp. 213-220, 2007.
- WEST, D. S., et al. **Understanding how patients form beliefs about pharmacists' trustworthiness using a model of belief processing.** JAPhA. v. 42, pp. 594-601, 2002.

REALIDADE VIRTUAL NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO PARKINSON

Anna Sofia Miranda Loiola Araujo

Universidade Federal do Piauí, Graduanda em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Jane Lane de Oliveira Sandes

UniNassau, Graduada em Fisioterapia
Fortaleza – CE

Luan dos Santos Mendes

Universidade Federal do Ceará, Graduando em
Fisioterapia
Fortaleza-CE

José Victor do Nascimento Lima

Universidade Federal do Piauí, Graduado em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Lauanda da Rocha Rodrigues

Universidade Federal do Piauí, Graduada em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Herika da Silva Souza

Universidade Federal do Piauí, Graduanda em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Vivhyan Rios de Lima Teles

Universidade de Fortaleza, Graduada em
Fisioterapia
Fortaleza – CE

Mariane de Oliveira Sandes

Centro Universitário Estácio do Ceará, Graduanda
em Nutrição
Fortaleza-CE

Rikelmy Santos Sales

Universidade Federal do Piauí, Graduando em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Maria Gislene Santos Silva

Universidade Federal do Piauí, Graduada em
Fisioterapia
Parnaíba - PI

Diva Aguiar Magalhães

Universidade Federal do Piauí, Mestre em
Biotecnologia
Parnaíba - PI

Monara Kedma Gomes Nunes

Universidade Federal do Piauí, Mestre em
Ciências Biomédicas
Parnaíba - PI (Orientadora)

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Doença de Parkinson (DP) é uma condição neurológica, decorrente da diminuição da produção do neurotransmissor dopamina pela substância negra, interferindo em funções de motricidade fina, equilíbrio e marcha, diminuindo assim a qualidade de vida de pessoas acometidas por esta situação clínica. A Realidade Virtual (RV) é uma ferramenta coadjuvante da Fisioterapia, incluindo um instrumento motivacional e lúdico ao tratamento tradicional, possibilitando a participação ativa do indivíduo e treina habilidade de planejamento e controle motor,

estimula-o a traçar estratégias para superar seus desafios motores, favorecendo a plasticidade do SNC. **OBJETIVO:** analisar a realidade virtual no processo de reabilitação no Parkinson. **MÉTODOS:** Revisão bibliográfica, onde realizou-se uma busca nas bases de dados *PUBMED*, *sciELO* e *LILACS*, utilizando os descritores “doença de parkinson” AND “realidade virtual” AND *reabilitação* e seus equivalentes em inglês de acordo com o DECs, durante o mês de junho de 2018. **RESULTADOS:** Foram encontrados 27 estudos, dos quais 14 foram incluídos após o crivo dos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos trazem em suas abordagens a metodologia cegada e controlada de ensaios clínicos randomizados ou estudos pilotos experimentais, que utilizam recursos tecnológicos de realidade virtual no tratamento de indivíduos com DP. **CONCLUSÃO:** A utilização da RV, no tratamento de indivíduos com DP mostra-se viável, segura e aceitável.

Palavras-CHAVES: Doença de Parkinson, Realidade Virtual e Reabilitação.

ABSTRACT: INTRODUCTION: Parkinson’s disease (PD) is a neurological condition, due to the reduction of the production of the neurotransmitter dopamine by the substantia nigra, interfering in functions of fine motor, balance and gait, thus reducing the quality of life of people affected by this clinical situation. Virtual Reality (VR) is an auxiliary tool of Physiotherapy, including a motivational and playful instrument for traditional treatment. Having an active participation of the individual and the same ability of planning and control of motors, stimulates him to draw the tools to neutralize its motor failures, favoring a plasticity of the CNS. **OBJECTIVE:** to analyze virtual reality in the rehabilitation process in Parkinson’s disease. **METHODS:** Bibliographical review, where a search was performed on the databases *PUBMED*, *sciELO* and *LILACS*, using the descriptors “parkinson disease AND virtual reality AND rehabilitation” and its equivalents in English according to the DECs, during the month of June, 2018. **RESULTS:** Twenty-seven studies were found, of which 14 were included after screening for inclusion and exclusion criteria. The studies include in their approaches the blinded and controlled methodology of randomized clinical trials or experimental pilot studies, which use technological resources of virtual reality in the treatment of individuals with PD. **CONCLUSION:** The use of RV, non-treatment of PD is feasible, safe and acceptable.

KEYWORDS: Parkinson Disease, Virtual Reality, Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica, degenerativa e progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), resultante da morte dos neurônios produtores de dopamina da substância negra, e por consequência provocam uma redução das células produtoras da mesma na via negroestriatal, e dos neurônios que possuem neuromelanina no tronco cerebral (SOUZA et al., 2011). De acordo com a Academia Brasileira de Neurologia, a dopamina é uma substância química que auxilia na

realização dos movimentos voluntários do corpo, de forma automática. E na falta dela, o controle motor do indivíduo é atingido, ocasionando os principais sinais e sintomas da doença: bradicinesia, hipocinesia, acinesia, tremor de repouso, rigidez, déficits de equilíbrio e de marcha, além de disfunções cognitivas, déficits de memória e problemas relacionados à disfunção visuo-espacial (O'SULLIVAN; SCHIMITZ, 2004; MORRIS, 2000). Quando estes são detectados, possivelmente já ocorreu a perda de cerca de 60% dos neurônios dopaminérgicos, e o conteúdo de dopamina no estriado é aproximadamente 80% inferior ao normal (SOUZA et al., 2011).

A etiologia da DP é ainda desconhecida e pressupõe-se que os mecanismos envolvidos sejam multifatoriais, como: estresse oxidativo, anormalidades mitocondriais, excitotoxicidade, aspectos gliais e inflamatórios, condições ambientais, fatores genéticos e envelhecimento cerebral (FUKUNAGA et al., 2014). Sua prevalência é estimada em cerca de 85 a 187 casos por 100.000 habitantes, e a faixa etária mais acometida ocorre entre 50 e 70 anos, com pico aos 60 anos de idade, com discreta predominância no sexo masculino (PRADO et al. 2008). O comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico que a DP gera, em concomitância com seus sinais e sintomas e às suas complicações secundárias, interferem no estado de incapacidade do indivíduo e podem repercutir de forma negativa na qualidade de vida (QV) do mesmo, levando-o ao isolamento e a pouca participação na vida social (LANA et al., 2007).

A fisioterapia deve atuar de modo precoce nesses indivíduos, auxiliando e estimulando a preservação do potencial sensorial, motor e cognitivo. Todavia, a duração exigida para o tratamento e a pouca motivação proporcionada pelos métodos convencionais, são indicados como causa de não aderência ao processo de tratamento fisioterapêutico (DIAS, SAMPAIO, TADDEO, 2009).

Nesse cenário, surge a Realidade Virtual (RV), como ferramenta coadjuvante da Fisioterapia, incluindo um instrumento motivacional e lúdico ao tratamento tradicional. Ela consiste na criação de um ambiente totalmente virtual, tridimensional, onde o paciente interage através de estímulos visuais, táteis, auditivos e sensoriais, reproduzindo o máximo da realidade possível (SILVA; MARCHESE, 2015). Os recursos de RV colaboram no desenvolvimento das habilidades motoras e de percepção, possibilitando a participação ativa do indivíduo durante o tratamento fisioterapêutico, por proporcionar experiência virtual interativa e feedback visual instantâneo. Além de permitir que o paciente treine habilidade de planejamento e controle motor, estimula-o a traçar estratégias para superar seus desafios motores, o que favorece a plasticidade do SNC (MELLO; RAMALHO, 2015).

A utilização do protocolo fisioterapêutico com os recursos da RV no tratamento dos acometimentos em indivíduos portadores de DP vem sendo estudada pela comunidade científica. Contudo, ainda se observa uma escassez de material científico acerca da temática. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar a Realidade Virtual no processo de reabilitação da Doença de Parkinson.

2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma busca nas bases de dados *PUBMED*, *sciELO* e *LILACS*, utilizando os descritores “*doença de Parkinson*” AND “*realidade virtual*” AND *reabilitação* e seus equivalentes em inglês de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECs), durante o mês de junho do ano de 2018. Os critérios de inclusão para os estudos encontrados foram: população-alvo (pacientes diagnosticados com Parkinson), intervenção feita através de realidade virtual e estudos com delineamento experimental, multicêntricos, randomizados e observacional, artigos publicados nos anos de 2017 a 2018, sem restrição de idioma. Os critérios de exclusão para os estudos encontrados foram artigos de revisão e que não obedeciam aos critérios supracitados.

3 | RESULTADOS

Foram encontrados no total 27 artigos, sendo 20 na base de dados *PUBMED*, 2 na base de dados *SciELO* e 5 na base de dados *LILACS*. Com a primeira leitura dos títulos, 2 artigos foram excluídos por estarem em duplicata. Foram lidos 25 resumos e, após análise criteriosa, foram excluídos 11 artigos por se encaixarem nos critérios de exclusão. Restando um total de 14 artigos para serem lidos na íntegra.

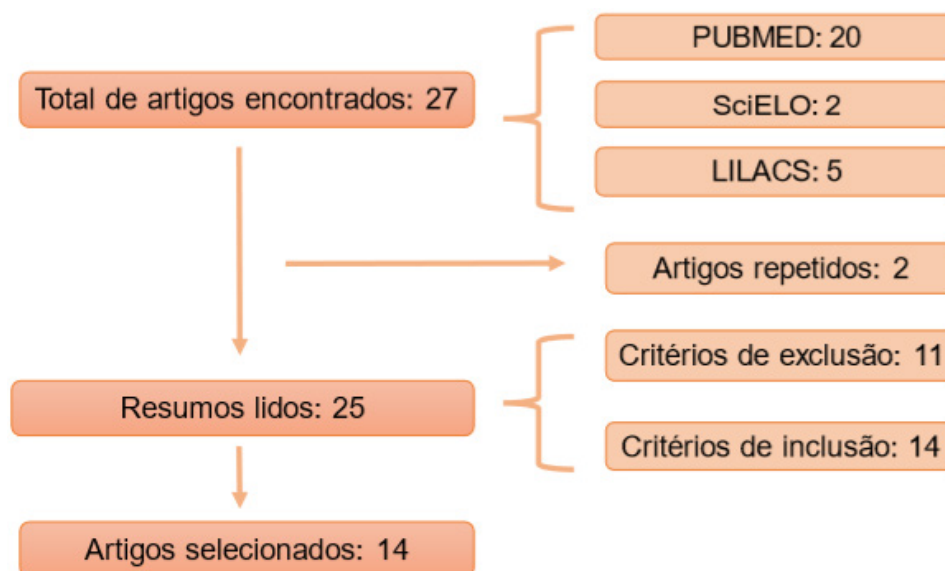


Figura 1: Fluxograma da busca e seleção dos estudos.

Fonte: Autoria do pesquisador.

Autores (Ano)	Tipo de Estudo	Período	Amostra	Recursos Tecnológicos	Resultados
ALVES et al., (2018)	Ensaio clínico	6 meses	n = 27 Localidade: Distrito Federal – BR	“ <i>Rhythm Parade</i> ”, “ <i>Obstacle Course</i> ”, “ <i>Corda bamba</i> ” e “ <i>Passo básico</i> ” do videogame Nintendo Wii™; “ <i>Obstáculos</i> ”, “ <i>River Rush</i> ”, “ <i>Reflex Ridge</i> ” e “ <i>Light Race</i> ” da Xbox Kinect™.	Grupo Nintendo Wii™ apresentou diminuição no número de passos em relação à distância percorrida e no número de passos por metro, aumento na distância percorrida, melhora nos escores “ <i>Digit Span backward</i> ” e “ <i>Beck Anxiety Inventory</i> ” (BAI). Grupo controle e Xbox Kinect™ não conseguiram melhorar.
NUIC et al., (2018)	Estudo piloto	6 semanas	n = 10 Localidade: Paris, FR.	Videogame “ <i>Toap run</i> ” utilizando o sistema kinect.	Diminuição dos escores <i>Freezing of Gait</i> (FOG-Q) em 39%, <i>Gait and Balance Scale</i> (GAB-S) em 38% e axial em 41% e aumento da escala <i>Activities-Specific Balance Confidence Scale</i> (ABC) em 35%.
MELO et al., (2018)	Randomizado e controlado	4 meses	n = 37 Localidade: São Paulo, BR.	Treinamento em esteira e Treinamento de marcha com realidade virtual - Kinect Xbox 360™	Os grupos VR e esteira percorreram uma maior distância no TC6, apresentaram velocidade de marcha mais rápida e maior escore de <i>Borg</i> pós-TC6 em comparação ao grupo controle.
SOUZA et al., (2018)	Série de casos	7 semanas	N = 11 Localidade: São Paulo, BR.	Jogos “ <i>20,000 Leaks</i> ”, “ <i>Space Pop</i> ”, “ <i>Reflex Ridge</i> ” e “ <i>River Rush</i> ” utilizando o sistema Kinect do videogame X-Box 360	Na escala PDQ-39* houve melhora significativa as atividades do domínio da vida diária. No MoCA houve um ligeiro aumento no escore da função de recordação tardia
FERRAZ et al., (2018)	Piloto randomizado, controlado e cego.	8 semanas	n = 62 Localidade: Bahia, BR	Videogame Xbox 360 com jogos Kinect Adventures. Esses exergames usam movimentos de corpo inteiro para permitir que o jogador se envolva na variedade de mini-jogos, todos com jump-in, jump-out jogo multiplayer.	Todos os grupos apresentaram melhora significativa no TC6; Somente G3 melhorou a velocidade da marcha em 10MWT (P = . 11); Grupo G1 e g3 melhoraram a qualidade de vida.

Autores (Ano)	Tipo de Estudo	Período	Amostra	Recursos Tecnológicos	Resultados
MAIDAN et al., (2018)	Ensaio clínico randomizado	6 semanas	n = 64 Localidade: Tel. Aviv, IS.	Um grupo participou do treinamento em esteira rolante e outro grupo participou de treinamento em esteira com braço de realidade virtual. A esteira estava conectada com o software PKMAS.	O treinamento em esteira rolante com e sem realidade virtual reduziu a ativação pré-frontal durante a marcha; entre os pacientes que treinaram apenas com treinamento em esteira rolante, a ativação pré-frontal durante a caminhada de dupla tarefa e a negociação de obstáculos aumentaram após o treinamento, enquanto no braço de treinamento combinado, a ativação diminuiu.
FONTOURA et al., (2017)	Ensaio clínico randomizado duplo cego	3 meses	n = 20 Localidade: Pernambuco, BR.	Realidade Virtual (jogos “Kinect Adventures®” e “Kinect Dance®” com o console X-Box Kinect® da Microsoft) associada a Fisioterapia convencional.	Houve diminuição significativa nos escores da UPDRS* e PDQ-39 após a intervenção e houve diferença significativa na diminuição dos escores da PDQ-39 em comparação ao grupo controle.
NOGUEIRA et al., (2017)	Estudo clínico, quase experimental	10 semanas	n = 9 Localidade: Minas Gerais, BR.	Jogos “Soccer Heading”, “Penguin Slide” e “TableTilt” do vídeo game da Nintendo Wii fit plus.	Houve aumento significativo nas dimensões 2 (relativa a provas estacionárias) (p = 0,045), 3 (alcance funcional) (p = 0,008) e 4 (relativa componentes rotacionais (p = 0,012) da Escala de Equilíbrio de Berg.
KIM et al., (2017)	Randomizado controlado	20 minutos	n = 33 Localidade: Los Angeles, US	Caminhada de 20 minutos enquanto visualizava cena virtual através de um óculos Rift DK2.	A maioria dos participantes concluíram com êxito todos os ensaios sem qualquer desconforto. Não houve mudanças significativas para nenhum grupo dos sintomas da doença ou medidas de equilíbrio estático e dinâmico após a exposição do ambiente virtual.
ALBIOL-PÉREZ et al., (2017).	Randomizado controlado.	15 sessões 30 minutos	n = 10 Localidade: Zaragoza, ES.	Reabilitação tradicional e virtual utilizando o sistema Balance Rehabilitation Ativa para medir o controle postural de cada paciente em cada sessão.	Não houve diferença significativa no desempenho do controle postural em qualquer uma das posições avaliadas ao longo das sessões, porém os resultados mostram uma tendência para melhoria em todas as posições.

Autores (Ano)	Tipo de Estudo	Período	Amostra	Recursos Tecnológicos	Resultados
SEVERIANO et al. (2018)	Estudo prospectivo	20 sessões	n = 16 Localidade: Paraná, BR.	Soccer Heading”, “Table Tilt”, “Tightrope Walk” e “Ski Slalom” utilizando Wii, Wii-Remote e Wii Balance Board.	Houve melhora significativa comparando os questionários <i>Dizziness Handicap Inventory</i> (DHI), <i>Berg Balance Scale</i> (BBS), <i>Medical Outcomes Study 36 - Item Short – Form Health Survey</i> (SF-36) e <i>Sitting-rising test</i> (SRT) aplicados pré e pós-reabilitação.
GANDOLFI et al. (2017)	Estudo multicêntrico, duplo-cego, randomizado, controlado.	7 semanas	n = 76 Localidade: Veneto, IT.	TeleWii e SIBT (<i>Sensory Integration Balance Training</i>)	Aumento dos escores nas escalas BBS, ABC, <i>10-Meter Walk Test</i> (10-MWT), <i>Dynamic Gait Index</i> (DGI) e diminuição no número de quedas e nos escores de <i>Parkinson Disease Questionnaire</i> (PDQ-8)
MAIDAN et al. (2017)	Randomizado controlado	6 semanas	n = 34 Localidade: Chicago, US	Duas simulações de um caminho claro e cheio de obstáculos foram projetados especificamente para avaliar mecanismos neurais relacionados com a intervenção prevista.	O treinamento na esteira mostrou melhoria da integração e coordenação sensorial, apesar de não afetar o envolvimento de recursos cognitivos associados com o córtex pré-frontal. Além disso, o exercício pode afetar a plasticidade do cérebro, mesmo na presença de DP.
SILVA et al. (2017)	Estudo cego randomizado	7 semanas 14 sessões	n = 49 Localidade: São Paulo, BR	Grupo controle fisioterapia convencional, e a intervenção do grupo experimental prática supervisionada de cinco jogos Kinect.	Compreensão dos potenciais benefícios da tecnologia interativa de videogame Kinect na reabilitação de indivíduos com DP.

Tabela 1: Descreve os achados de cada autor.

Fonte: Autoria do pesquisador.

Instrumentos de Avaliação	Sigla	Utilização
Digit Span backwards Task	DSB	Avalia a capacidade de memória.
Beck Anxiety Inventory (Escala de Ansiedade de Beck)	BAI	Mensura a severidade da ansiedade de um indivíduo.
Freezing of Gait	FOG-Q	Avalia o congelamento da marcha.
Gait and Balance Scale	GAB-S	Avalia a marcha e o equilíbrio em pacientes com DP.
Activities-Specific Balance Confidence Scale	ABC	Avalia o equilíbrio de forma ampla, num conjunto de atividades de vida diárias correlacionadas à dificuldades.

Borg Scale	BORG	Classifica a percepção subjetiva de esforço do indivíduo.
Teste de Caminhada dos 6 minutos	TC6	Avalia a capacidade funcional. Mensura a distância que o indivíduo é capaz de caminhar por 6 minutos em superfície plana.
Parkinson Disease Questionnaire-39	PDQ-39	Avalia a qualidade de vida dos indivíduos com DP.
The Montreal Cognitive Assessment	MoCA	Detecta o comprometimento cognitivo do indivíduo.
10 Meter Walk Test	10MWT	Avalia a velocidade de caminhada em metros por segundo em uma curta distância.
Escala Unificada de Avaliação para Doença de Parkinson.	UPDRS	Avalia a progressão da doença.
Berg Balance Scale (Escala de Equilíbrio de Berg)	BBS	Avalia as habilidades de equilíbrio estático e dinâmico do indivíduo.
Dizziness Handicap Inventory	DHI	Avalia o impacto da tontura na qualidade de vida.
Medical Outcomes Study 36 - Item Short – Form Health Survey	SF-36	Avalia a saúde de forma genérica.
Sitting-rising test	SRT	Avalia a capacidade e a mobilidade dos membros inferiores durante as ações de sentar e levantar.
Dynamic Gait Index	DGI	Avalia o equilíbrio e a marcha do corpo humano.
Parkinson Disease Questionnaire	PDQ-8	Versão resumida do PDQ-39 que avalia a qualidade de vida de indivíduos com DP.

Tabela 2: Descreve os instrumentos de avaliação achados nos estudos.

Fonte: A autoria do pesquisador.

4 | DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar a realidade virtual no processo de reabilitação no Parkinson. A partir do levantamento bibliográfico foi possível observar que ferramentas virtuais estão sendo utilizadas para auxiliar no tratamento de afecções funcionais, decorrentes da Doença de Parkinson (DP). Os achados revelaram que jogos virtuais interativos, foram eficientes melhorando quesitos avaliados como melhora da marcha, equilíbrio e qualidade de vida, (NUIC et al., 2018; SEVERIANO et al., 2018; GANDOLFI et al., 2017).

Observa-se que o tratamento da DP é baseado na administração de medicamentos estimulantes de dopamina ou a base de L-DOPA, pois se trata de uma condição neurológica, decorrente da diminuição da produção do neurotransmissor dopamina pela substância negra. (MAGGIO et al., 2018). Entretanto, com a evolução patológica, os pacientes respondem cada vez menos ao tratamento medicamentoso, levando a exacerbação do quadro sintomatológico de hipertonia e discinesia (CIKAJLO et al., 2018). Porém, a reabilitação física vem apresentando bons

resultados, reduzindo a progressão da doença e melhorando os aspectos físicos e cognitivos dos pacientes (CIKAJLO et al., 2018). Como ferramenta nesta reabilitação neurológica, os jogos interativos vêm sendo utilizados cada vez mais (MAGGIO et al., 2018; CANO PORRAS et al., 2018).

Tendo em vista isso, Nuic et al., (2018), em um estudo piloto, utilizando o jogo “Toap Run”, criado para o estudo, observou que o jogo foi eficiente na melhora da marcha e do equilíbrio, porém os ganhos adquiridos com a terapia diminuem com o tempo decorrido após a aplicação do jogo. Entretanto, Maggio et al., (2018) relata que a terapia por realidade virtual pode possuir vantagem quando comparada a reabilitação convencional na melhoria imediata e a longo prazo nas atividades cognitivas. Corroborado com o estudo supracitado, Cikajlo et al., (2018) relatou que a aplicação do jogo “Fruit picking” foi capaz de melhorar a execução de tarefas funcionais em pacientes com Parkinson, avaliada pelo teste de Jebsen (JEBSEN, 1969).

Do mesmo modo, Nogueira et al., (2017) ao utilizar os jogos “Soccer Heading”, “Penguin Slide” e “TableTilt” do videogame da Nintendo “Wii fit plus”, observou aumento significativo da Escala de Equilíbrio de Berg e, ainda, um dos voluntários que utilizava um dispositivo de auxílio para manter-se em ortostase sobre a plataforma abandonou-o após a melhora do equilíbrio.

Ademais, Severiano et al., (2018) ao aplicar jogos de equilíbrio em 16 pacientes com doença de Parkinson observou que os critérios avaliados durante o estudo apresentaram melhora significativa. Constatou-se que os jogos “Soccer Heading”, “Table Tilt”, “Tightrope Walk” e o “Ski Slalom” auxiliaram na melhora do equilíbrio, capacidade funcional e na qualidade de vida, sendo ainda possível observar uma diminuição nos riscos de queda.

E, ainda, Alves (2018) em seu ensaio clínico também constatou uma melhora na capacidade funcional dos indivíduos portadores de DP através da utilização do videogame Nintendo WiiTM. Os voluntários foram divididos em três grupos: Grupo controle, grupo onde houve intervenção com o videogame Nintendo WiiTM através dos jogos “Rhythm Parade”, “Obstacle Course”, “Corda Bamba” e “Passo Básico”; e grupo onde foram utilizados os jogos “Obstáculos”, “River Rush”, “Reflex Ridge” e “Light Race” da Xbox KinectTM. Os resultados obtidos mostraram que o grupo Nintendo WiiTM apresentou diminuição no número de passos em relação à distância percorrida e no número de passos por metro, aumento na distância percorrida, melhora nos escores “Digit Span backward” e “Beck Anxiety Inventory” (BAI), já o Grupo controle e Xbox KinectTM não apresentaram melhora.

Corroborando com esses resultados, Melo (2018) produziu seu estudo randomizado e controlado utilizando treinamento em esteira e treinamento de marcha com realidade virtual através do videogame Kinect Xbox 360TM. Ambos grupos percorreram uma maior distância no TC6, apresentaram velocidade de marcha mais rápida e maior escore de Borg pós-TC6 em comparação ao grupo controle.

Já no estudo de Kim (2017) os participantes realizaram uma caminhada de 20 minutos enquanto visualizavam uma cena virtual através de um óculos Rift DK2. Ao final do estudo não houve mudanças significativas para nenhum grupo dos sintomas da doença ou medidas de equilíbrio estático e dinâmico após a exposição do ambiente virtual, porém a maioria dos participantes concluíram com êxito todos os ensaios sem qualquer desconforto. Estudos relatam que a realidade virtual é capaz de melhorar a motivação, e o quanto isso reflete sobre o bem-estar dos mesmos, por proporcionar meios de realizarem movimentos corporais desejados e superar os próprios limites na busca por melhor desempenho nos jogos (DE SANTANA et al., 2015; VIEIRA et al., 2014).

Albiol-Pérez (2017) utilizou a reabilitação tradicional e virtual, utilizando o sistema Balance Rehabilitation Ativa para medir o controle postural de cada paciente em cada sessão. Ao final do estudo não houve diferença significativa no desempenho do controle postural em qualquer uma das posições avaliadas ao longo das sessões, porém os resultados mostram uma tendência para melhoria em todas as posições. Isso pode estar relacionado ao fato de o uso da realidade virtual promover um feedback visual extrínseco quando, através das mudanças de movimentos gerado pelo ambiente virtual, estimula o indivíduo a criar estratégias neuromusculares que melhorem o equilíbrio corpóreo, além de sua qualidade de vida (RAMOS et al., 2018; ZEIGELBOIM et al., 2013; JÚNIOR; SILVA, 2012).

No entanto, Maidan (2017) ao criar um protocolo de esteira para pacientes com DP com o objetivo de observar a influência de um braço virtual na melhora da marcha e equilíbrio dos parkinsonianos verificou que este dispositivo foi capaz de melhorar a realização da marcha, equilíbrio lateral e reduzir os riscos de queda nos participantes do estudo, quando comparado ao grupo que não utilizou o braço virtual como forma de aprimoramento na atividade proposta. No ano seguinte, um grupo de pesquisadores ao realizar uma revisão sistemática, observou que a estratégia da realidade virtual apresentou benefícios na melhora de equilíbrio, mobilidade e desempenho motor (BRAZ, 2018), como encontrado no estudo anterior.

Dentre os estudos analisados, a influência da reabilitação virtual em aspectos como qualidade de vida, equilíbrio e marcha, que são geralmente comprometidos na doença de Parkinson, foram os mais avaliados. Silva (2017) avaliou a comparação do impacto do jogo “Kinect” com a fisioterapia convencional. O estudo concluiu que tanto o “Kinect”, quanto a fisioterapia convencional é viável, segura e aceitável, além da ferramenta virtual ser capaz de melhorar condições clínicas de postura, marcha, cognição e qualidade de vida dos voluntários. Achados semelhantes foram encontrados por Mendes, 2015 quando utilizou o videogame Xbox Kinect® 360 da Microsoft® em 14 pacientes com mal de Parkinson. Os resultados demonstraram que após 14 sessões os pacientes apresentaram melhora nos desempenhos nos jogos e estes achados sugerem que a ferramenta provavelmente apresentam alto potencial terapêutico.

Fontoura et al. (2017) distribuiu os indivíduos em dois grupos, o Grupo Controle (GC) que teve como forma de tratamento um programa de exercícios com fisioterapia convencional e o Grupo Experimental (GE) utilizou a realidade virtual associada a fisioterapia convencional, e houve a comparação dos resultados inter e intragrupo. Apenas o GE obteve diferença significativa na redução dos escores da UPDRS e em todos os escores dos domínios da PDQ-39. Na comparação intergrupo, observou-se uma diferença significativa do PDQ-39, com o GE apresentando maior redução em comparação ao GC, e não houve significância estatística do UPDRS. Sendo resultados melhores dos que os encontrados por Santana et al., (2015), onde houve redução dos escores da PDQ-39 após a intervenção com os jogos “Your Shape - Fitness Envoled”, “Kinect Adventures” e “Kinect Sports” utilizando o sistema kinect do videogame Xbox 360, mas a diminuição só foi significativa nos domínios “mobilidade”, “bem-estar emocional”, “estigma” e “cognição”.

Na série de casos de Souza (2018) os indivíduos praticaram quatro jogos do Kinect Adventures! A cognição foi avaliada por meio da Escala Cognitiva de Montreal (MoCA) e a qualidade de vida foi avaliada por meio do Questionário de Doença de Parkinson (PDQ-39). Na escala PDQ-39* houve melhora significativa as atividades do domínio da vida diária. No MoCA houve um ligeiro aumento no escore da função de recordação tardia. Mendes (2015) reforçou que os jogos geram uma retroalimentação através de estímulos visuais e auditivos além de permitir um melhor controle postural favorecendo o aprendizado motor pela repetição, o que justifica a melhora encontrada.

No estudo piloto de Ferraz (2018) os participantes foram aleatoriamente designados para três grupos. (G1) treinamento funcional, (G2) exercício de bicicleta e (G3) treinou com exergames de Kinect Adventures (Microsoft, Redmond, WA) (n = 20). Realizaram o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), teste de caminhada de 10m (10mWT), teste de levantar e sentar (SRT), índice de massa corporal, Parkinson Disease Questionnaire-39, World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) e 15 itens de depressão geriátrica Escala. Mesmo com resultados significativos e semelhantes nos testes, apenas o G3 melhorou a velocidade da marcha em 10MWT. De Santana, 2015 defende que a RV é uma ferramenta promissora para fornecer estímulos visuais em movimento para melhorar a velocidade de movimento, repercutindo na mobilidade e na realização das AVDs.

Maidan (2018) verificou que a adição de um componente de treinamento cognitivo a um programa de exercício em esteira aparentemente modifica os efeitos do treinamento na magnitude e lateralização da ativação pré-frontal e nas quedas, ampliando a compreensão da plasticidade do cérebro na DP. Em seu estudo, 64 pacientes com DP foram randomizados para o grupo de treinamento em esteira ou em esteira com o braço de RV. A ativação pré-frontal durante a caminhada normal, de dupla tarefa e de negociação de obstáculos foi avaliada antes e após 6 semanas de treinamento. Entre os indivíduos que treinaram apenas com treinamento em

esteira, a ativação pré-frontal durante a caminhada de dupla tarefa e a negociação de obstáculos aumentaram após o treinamento, enquanto no braço de treinamento combinado, a ativação diminuiu. De Santana (2015) cita que a RV exercita as áreas cerebrais referentes a atenção, concentração, percepção visual, orientação espacial, memorização, organização, criatividade, sequência lógica e aprendizagem, sugerindo, assim, que promoverá uma maior neuroplasticidade.

5 | CONCLUSÃO

Esses achados intrigantes fornecem novas evidências sobre o potencial da plasticidade cerebral e sobre novas alternativas para a reabilitação. A utilização do protocolo fisioterapêutico com os recursos da RV, no tratamento dos acometimentos em indivíduos portadores de DP mostra-se viável, segura e aceitável em comparação com a fisioterapia convencional. As intervenções propostas podem melhorar os desfechos clínicos e qualidade de vida de indivíduos com DP, promovendo efeitos clínicos positivos.

REFERÊNCIAS

Academia Brasileira de Neurologia. Sociedade Brasileira de Neurologia – Órgão Oficial da Neurologia Brasileira. Disponível em: < http://www.cadastro.abneuro.org/site/conteudo.asp?id_secao=31&id_conteudo=34&ds_secao > Acesso em: 13 mai. 2019.

ALBIOL-PEREZ, S. et al., The effect of balance training on postural control in patients with Parkinson's disease using a virtual rehabilitation system. **Methods of information in medicine**, v. 56, n. 02, p. 138-144, 2017.

ALVES, M. L. M. et al., Nintendo Wii™ Versus Xbox Kinect™ for Assisting People With Parkinson's Disease. **Perceptual and motor skills**, v. 125, n. 3, p. 546-565, 2018.

BRAZ, N. F. T. et al., Effectiveness of Nintendo Wii in functional and health outcomes of individuals with Parkinson's disease: a systematic review. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 100-106, 2018.

CIKAJLO I. et al., Can telereadectomy games lead to functional improvement of the upper extremities in individuals with Parkinson's disease? **Int J Rehabil Res. Sep.** v. 41, n. 3, p. 230-238, 2018.

COSTA RAMOS, M. T. et al., A influência da realidade virtual no equilíbrio e na qualidade de vida dos portadores de doença de parkinson. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 1, 2018.

DIAS, R. S.; SAMPAIO, I. L. A; TADDEO, L. S. Fisioterapia X Wii: a introdução do lúdico no processo de reabilitação de pacientes em tratamento fisioterápico. In: **VIII Brazilian Symposium on Games and Digital Entertainment**. p. 8-10, 2009.

FERRAZ, D. D. et al., The Effects of Functional Training, Bicycle Exercise, and Exergaming on Walking Capacity of Elderly Patients With Parkinson Disease: A Pilot Randomized Controlled Single-blinded Trial. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 99, n. 5, p. 826-833, 2018.

FONTOURA, V. C. B. et al. Papel da reabilitação com realidade virtual na capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson. **Acta Fisiátrica**, v. 24, n. 2, p. 86-91, 2017.

- FUKUNAGA, J. Y. et al. Controle postural na Doença de Parkinson. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 80, n. 6, p. 508-514, 2014 .
- GANDOLFI, M. et al., Virtual reality telerehabilitation for postural instability in parkinson's disease: a multicenter, single-blind, randomized, controlled trial. **BioMed research international**, v. 2017, 2017.
- MAIDAN, I. et al., Disparate effects of training on brain activation in Parkinson disease. **Neurology**, v.89, n.17, p.1804 -1810, 2017.
- JEBSEN, R. H. et al. An objective and standardized test of hand function. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 50, n. 6, p. 311-319, 1969.
- JUNIOR, R. S. M.; SILVA, E. B. Efetividade da reabilitação virtual no equilíbrio corporal e habilidades motoras de indivíduos com défi cit neuromotor: uma revisão sistemática. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**, v. 17, n. 3, p. 224-230, 2012.
- ARAM, K. et al., Walking in fully immersive virtual environments: an evaluation of potential adverse effects in older adults and individuals with Parkinson's disease. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, v. 14, n. 1, p. 16, 2017.
- LANA, R. C. et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, 2007.
- MAGGIO et al., What About the Role of Virtual Reality in Parkinson Disease's Cognitive Rehabilitation? Preliminary Findings From a Randomized Clinical Trial. **J Geriatr Psychiatry Neurol.**, v. 31, n. 6, p. 312-318, 2018.
- MAIDAN, I. et al., Evidence for differential effects of 2 forms of exercise on prefrontal plasticity during walking in Parkinson's disease. **Neurorehabilitation and neural repair**, v. 32, n. 3, p. 200-208, 2018.
- MELLO, B. C. C., RAMALHO, T. F. Uso da realidade virtual no tratamento fisioterapêutico de indivíduos com Síndrome de Down. **Rev Neurocienc.** v. 23, n. 1, p. 143-149, 2015.
- MELO, G. E. L. et al., Effect of virtual reality training on walking distance and physical fitness in individuals with Parkinson's disease. **NeuroRehabilitation**, p. 1-8, 2018.
- MENDES, et al., Parkinson's disease patients are able to improve their performance in Xbox Kinect®'s virtual tasks: -a series of cases. **Motri.** v. 11, n. 3, 2015.
- Morris M. E. Movement Disorders in people with Parkinson disease: A model for physical therapy. **Phys Ther.** v. 80, n. 6, p. 578-97, 2000.
- NOGUEIRA, P. C. et al., Efeito da terapia por realidade virtual no equilíbrio de indivíduos acometidos pela doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 5, 2017.
- NUIC, D. et al., The feasibility and positive effects of a customised videogame rehabilitation programme for freezing of gait and falls in Parkinson's disease patients: a pilot study. **Journal of neuroengineering and rehabilitation**, v. 15, n. 1, p. 31, 2018.
- O'SULLIVAN, S. B.; Schimitz, T. J. **Doença de Parkinson. Fisioterapia: avaliação e tratamento.** São Paulo: Manole, p.747-73, 2004.
- PORRAS, D. C. et al., Advantages of virtual reality in the rehabilitation of balance and gait: systematic review. **Neurology**, v. 90, n. 22, p. 1017-1025, 2018.
- PRADO, A. L. C., et al., Análise das manifestações motoras, cognitivas e depressivas em pacientes

com doença de Parkinson. **Rev Neurocienc.** v. 186, n.1, p. 10-15 , 2008.

SANTANA et al., Efeitos do tratamento com realidade virtual não imersiva na qualidade de vida de indivíduos com Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 49-58, 2015.

SANTANA, C. M. F. et al., Effects of treatment with non-immersive virtual reality in the quality of life of people with Parkinson's disease. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 49-58, 2015.

SEVERIANO, M. I. R. et al., Effect of virtual reality in Parkinson's disease: a prospective observational study. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 76, n. 2, p. 78-84, 2018.

SILVA, R. R.; IWABE-MARCHESE, C. Uso da realidade virtual na reabilitação motora de uma criança com Paralisia Cerebral Atáxica: estudo de caso. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 97-102, 2015.

SILVA, K. G. et al., Effects of virtual rehabilitation versus conventional physical therapy on postural control, gait, and cognition of patients with Parkinson's disease: study protocol for a randomized controlled feasibility trial. **Pilot and Feasibility Studies**, v. 3, n. 1, p. 68, 2017.

SOUZA, C. F. M. et al., A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. **Rev Neurocienc.** v.19, n. 4, p. 718-723, 2011.

SOUZA, M.F.S. et al., Effects of virtual rehabilitation on cognition and quality of life of patients with Parkinson's disease. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31, 2018.

VIEIRA, G.P. et al. Realidade virtual na reabilitação física de pacientes com Doença de Parkinson. **J Hum Growth Dev.**, v. 24, n. 1, p. 31-41, 2014.

ZEIGELBOIM, B. S. et al., Reabilitação vestibular com realidade virtual na ataxia espinocerebelar: Relato de Caso. **ACR.**, v. 18, n. 2, p. 143-7, 2013.

SÉRIE HISTÓRICA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO ENTORNO DO COMPLEXO INDUSTRIAL E PORTUÁRIO DO PECÉM

Sharmênia de Araújo Soares Nuto

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – Ceará). Fortaleza-Ceará

Thaynara Lima Saldanha

Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará

Carlos Ronnye da Silva Evangelista

Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Fortaleza-Ceará

Jessica Freitas e Silva

Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza-Ceará

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará. Fortaleza- Ceará

Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – Ceará). Fortaleza- Ceará

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – Ceará). Fortaleza- Ceará

RESUMO: O Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP) situa-se nos municípios de São Gonçalo do Amarante e Caucaia, com início da implantação em 1996 sob a responsabilidade do governo do Estado e em consonância com o Plano Brasil em Ação do governo federal. Em 2002, houve a sua inauguração

e desde então ocorreu a implantação de diversos empreendimentos. Sabendo que esses empreendimentos causam impactos na população, principalmente na saúde, temos como objetivos estudar as mudanças das condições de vida ocorridas durante a implantação do CIPP com ênfase naquelas que potencialmente se relacionam à saúde da população local. É um estudo de série histórica, a partir da análise de dados secundários dos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, Ceará. Utilizou-se os bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidades (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre sífilis congênita e gestante e tuberculose, sendo calculadas as taxas de morbimortalidade e diferenças relativas do período em estudo. Diante dos valores apresentados, destaca-se o aumento das taxas de mortalidades por doenças do aparelho circulatório e por doenças do aparelho respiratório, a redução de casos de tuberculose na região Nordeste, no estado do Ceará e nos municípios Caucaia e São Gonçalo do Amarante, e ainda uma redução nas internações por doenças do aparelho respiratório.

PALAVRAS-CHAVES: Estudos epidemiológicos. Avaliação do impacto na saúde. Indicadores demográficos. Saúde ambiental.

HISTORICAL SERIES OF POPULATION HEALTH AROUND THE PECÉM INDUSTRIAL AND PORT COMPLEX.

ABSTRACT: The Pecém Industrial and Port Complex (CIPP) is located in the counties of São Gonçalo do Amarante and Caucaia, starting the deployment in 1996 under the responsibility of the Brazilian state government and in accordance with Brazil Action Plan of the federal government. In 2002, the CIPP was inaugurated and since then several projects have been developed. Knowing that these enterprises cause impacts on the population, mainly in health, we aim to study the changes in living conditions and health services that occurred during the implementation of CIPP, emphasizing on those potentially related to the health of the local population. It is a study of historical series, from secondary data analysis of Caucaia and São Gonçalo do Amarante's counties, Ceará. Databases of the Mortality Information System (SIM), Hospital Information System (SIH), Reportable Disease Information System (SINAN) on congenital and pregnant syphilis and tuberculosis were used. As such, the morbimortality rates and relative differences of the study period were calculated. According to the results presented,

we highlight the increase in mortality rates due to circulatory and respiratory system diseases, the reduction of tuberculosis cases in the Northeast area, in the state of Ceará and Caucaia and São Gonçalo do Amarante counties, as well as a reduction in hospitalizations for respiratory system diseases.

KEYWORDS: Epidemiological studies. Assessment of the impact on health. Demographic indicators. Environmental health.

1 | INTRODUÇÃO

O Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP) situa-se no município de São Gonçalo do Amarante, no distrito de Pecém, antiga vila de pescadores, no litoral oeste, a 60 quilômetros de Fortaleza, estado do Ceará. Em 1996, tem início a implantação do CIPP, sob a responsabilidade do governo do Estado e em consonância com o Plano Brasil em Ação do governo federal. Na década de 1990 mais de 600 novas indústrias são atraídas para o Ceará em seguimento a uma política nacional que, desde a década de 1960, privilegia a industrialização como caminho para o desenvolvimento (BEZERRA, 2010, RIGOTTO, 2004).

A intervenção no território se dá a partir de 1995, com o início da construção do Terminal Portuário, uma das primeiras obras do Complexo. O local torna-se um local em permanente construção, com algumas indústrias em funcionamento e outras em implantação (BEZERRA, 2010).

A expansão do CIPP com a implantação de novos empreendimentos faz parte da política do governo estadual, fomentado pelo governo federal através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Esse complexo concebido como porto e distrito industrial é uma localidade ambientalmente rica e inclui uma planície

litorânea, lagoas permanentes e temporárias, dunas móveis e fixas. Residem nesse território comunidades tradicionais litorâneas e indígenas (BEZERRA, 2010).

As primeiras desapropriações ocorreram em 1996, após período de trabalho dos técnicos do Instituto de Desenvolvimento Agrário do Ceará (IDACE), que cadastraram as famílias a serem realocadas. Apesar dessas áreas desapropriadas e do remanejamento e reassentamento involuntário de um significativo número de famílias, muitas permanecem na área do CIPP. Na área que ainda não foi desapropriada, mas que é uma “área decretada” (Decreto nº 28.883 de 18 de setembro de 2007), residem famílias tradicionais que habitam o lugar há várias gerações, praticando agricultura de subsistência e pecuária de pequeno porte (BEZERRA, 2010).

As desapropriações e reassentamentos trazem consequências para essas comunidades, em que os novos espaços e paisagens ocupados promovem as mudanças nas práticas e hábitos do dia a dia, com repercussões em sua saúde, bem-estar e qualidade de vida. As consequências na saúde são produto das modificações das condições do ar, água e solo por contaminantes provenientes da indústria, seja pelas atividades de obtenção de matéria prima (extrativismo), seja pela queima de combustíveis na produção e transporte (BEZERRA, 2010; BEZERRA et al, 2014).

Ainda assim, priorizando a economia, o governo federal tem promovido a expansão do setor industrial diminuindo os entraves administrativos e burocráticos, facilitando o investimento de capital privado com subsídios, através do PAC, estratégia adotada para fortalecer o modelo de desenvolvimento vigente (BEZERRA, 2010, FASE- ETTERN, 2011). Apesar de Queiroz e Motta-Veiga (2012) relatarem os impactos ambientais e na saúde em grandes empreendimentos hidrelétricos, a situação é semelhante quando se estuda grandes empreendimentos como o CIPP, pois quando se analisa os impactos ambientais, a avaliação das consequências sociais e seus efeitos na saúde não são dimensionados.

Por outro lado, a situação vivenciada pelas comunidades locais (BEZERRA et al, 2014) contrasta com os argumentos do governo estadual e de parte significativa da mídia que, ao focar positivamente tal modelo de desenvolvimento econômico usando como argumento a possibilidade da geração de emprego e a realização de melhorias na infraestrutura, torna tal empreendimento bem aceito pela sociedade (BEZERRA, 2010). Essa realidade também foi constatada em outras localidades como Suape, Pernambuco (SANTOS, 2011).

O estudo dos impactos na saúde humana e na carga de doença associados à implantação de grandes empreendimentos econômicos evidenciam a importância da participação rotineira do setor saúde no processo de licenciamento – EIA-RIMA (FASE-ETTERN, 2011), da ampliação e qualificação das redes de atenção em saúde para lidar com os agravos da população decorrentes do ambiente e trabalho (BEZERRA et al, 2014).

Em síntese, empreendimentos da natureza do CIPP modificam substancialmente tanto o ecossistema quanto diversas dimensões da vida da população local gerando

impactos na saúde. Diante desses impactos, temos como objetivo de estudo analisar as mudanças nos perfis de morbidade e mortalidade da população local que ocorreram durante a implantação do CIPP.

2 | METODOLOGIA

A presente pesquisa propõe desenvolver um estudo de série histórica, a partir da análise de dados secundários dos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, Ceará.

Para a coleta foram utilizados os bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidades (SIM), no período de 1996 a 2015, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre sífilis congênita e gestante de 2001 a 2013 e tuberculose de 2001 a 2016 e os dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) para as internações por doenças respiratórias no período de 1998 a 2015.

Para o SIM foram avaliados os quatro capítulos da lista CID 10 mais prevalentes e comparados com a taxa de mortalidade do Nordeste e do Ceará, no período de 1996 a 2015, e para o SIH foram coletados e analisados os dados referentes ao Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório no período de 1998 a 2015. Os dados foram organizados em gráficos para melhor visualização da evolução, a taxa foi calculada por meio da divisão do valor absoluto pela população daquele ano, multiplicado por 100.000, posteriormente foi calculada a diferença relativa, em que subtrai a taxa de mortalidade do ano final pela taxa do ano inicial, divide pela taxa inicial e multiplica por 100, para que seja analisada a evolução dos casos de mortalidade no início da série e no fim.

Para o SINAN foram coletados os dados de sífilis congênita e gestante no período de 2001 a 2013 e os casos de tuberculose diagnosticados no período de 2001 a 2016. Os dados foram organizados em gráficos para melhor visualização da evolução, a taxa para casos de tuberculose foi calculada de forma semelhante ao cálculo do SIM, mas para calcular a taxa de sífilis congênita e gestante realizou-se a divisão do valor absoluto pela população de nascidos vivos daquele ano, multiplicado por 1000. Posteriormente foi calculada a diferença relativa, tanto para sífilis congênita, gestante e tuberculose, subtraindo a taxa de morbidade do ano de 2013 ou 2016 pela taxa de 2001, divide pela taxa de 2001 e multiplica por 100.

O programa STATA 12.0 e o Microsoft Excel foram utilizados para a organização e análise dos dados no decorrer da evolução histórica e detectar possíveis mudanças nos perfis de morbimortalidade e de serviços de saúde dos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante. Os valores referentes às populações residentes foram retirados de dois sistemas, os anos de 2005 a 2012 foram coletados no Instituto Brasileiro de Gestão e Estatística (IBGE) e os anos de 2013 a 2015 pela TCU, considerando que os censos são dos anos de 1990, 2000 e 2010 os outros anos são

estimativas calculadas por esses sistemas

O presente estudo foi elaborado com dados secundários agregados de óbitos, internações e populações, de livre divulgação em sítios eletrônicos governamentais, não contendo informações sigilosas. Portanto, não necessitou de aprovação em comitê de ética.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Sistema de Informações sobre Mortalidades

Os dados foram coletados de acordo com os quatro capítulos do Grupo CID-10 de maior prevalência: Capítulo II - Neoplasias (tumores), Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório, Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório e o Capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade, e calculada a variação de taxa por meio da diferença relativa que está disposto na tabela 1.

Levando em consideração os dados obtidos por Brasil em 2017, observa-se que São Gonçalo do Amarante tem um aumento acima de Nordeste, Ceará e Caucaia em todos os capítulos CID10 estudados, e o estado do Ceará supera as taxas do Nordeste nos Capítulos de doenças do aparelho circulatório, respiratório e de causas externas de morbidade e mortalidade. Além disso, ambos os municípios aumentaram o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório e neoplasias.

	Nordeste (%)	Ceará (%)	Caucaia (%)	São Gonçalo do Amarante (%)
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	146,42	141,67	225,55	521,81
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	78,05	115,81	162,48	1195
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	110,07	162,13	83,57	936,27
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade	66,59	94,50	60,53	185,04

Tabela 1 – Variação da taxa de diferença relativa de Nordeste, Ceará e dos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1996 a 2015.

Fonte: SIM/DATASUS.

No gráfico 1 observa-se que a diferença relativa de ambos os municípios nos casos de mortalidade por neoplasias encontram-se acima dos casos de Nordeste e Ceará, em que Caucaia apresenta aumento de 225,55%, São Gonçalo do Amarante

com 521,81% e Nordeste e Ceará, respectivamente, com 146,42% e 141,67%, porém o comportamento gráfico da taxa de mortalidade do Ceará encontra-se sempre acima da taxa do Nordeste.

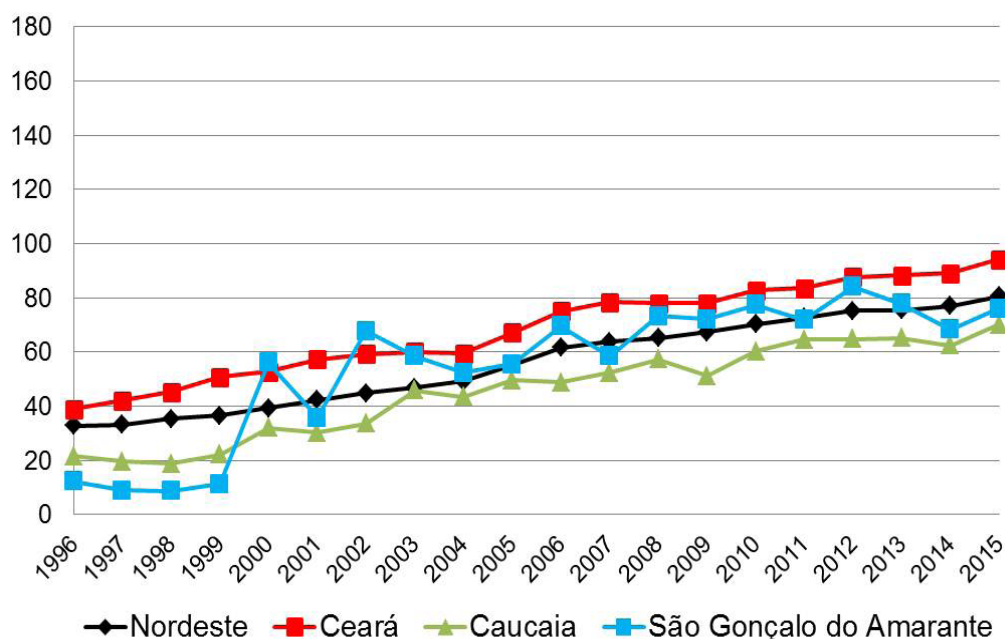


Gráfico 1 – Taxa de Mortalidade por Neoplasias no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1996 a 2015.

Fonte: SIM/DATASUS.

No gráfico 2 a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório encontra-se de forma crescente no município de São Gonçalo do Amarante, e que o mesmo apresentou a maior evolução de casos, com diferença relativa de 1195%, partindo de 12,24 óbitos/100.000hab. em 1996, para 158,56 óbitos/100.000hab. em 2015. O município de Caucaia, durante toda a série histórica, se encontrou abaixo das taxas de mortalidade do Nordeste e Ceará.

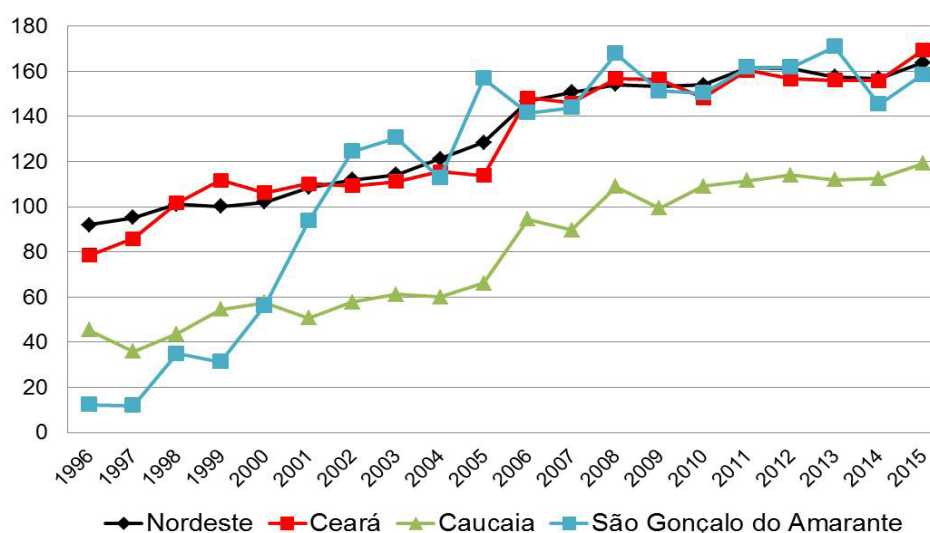


Gráfico 2 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1996 a 2015.

Fonte: SIM/DATASUS.

A taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório do estado do Ceará encontra-se, na maioria dos anos em estudo, acima da taxa do Nordeste e o município de São Gonçalo do Amarante apresenta crescimento de 936,30% de óbitos, partindo de 6,12 óbitos/100.000hab. em 1996, para 63,42 óbitos/100.000hab. em 2015, seguido de Caucaia com aumento de 83,57% (Gráfico 3).

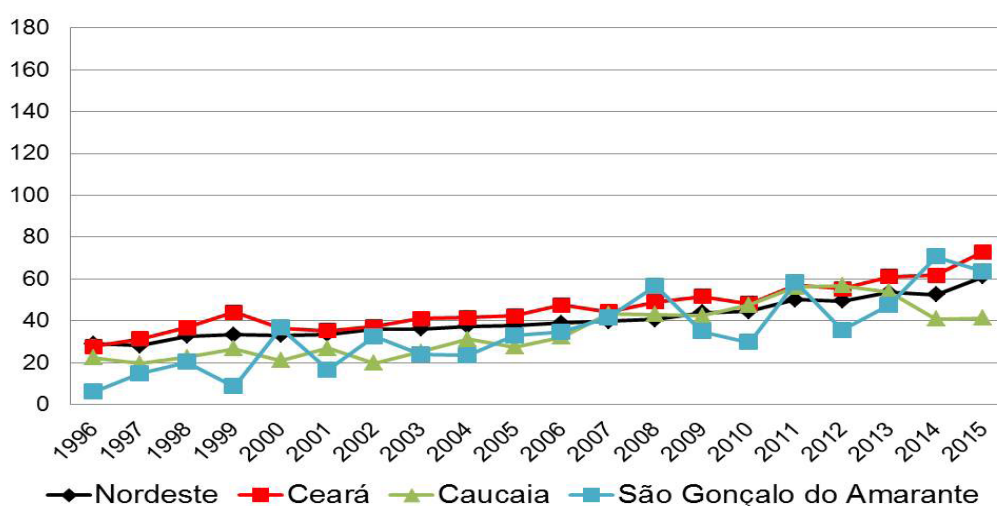


Gráfico 3 – Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1996 a 2015.

Fonte: SIM/DATASUS.

No gráfico 4, observa-se que o comportamento gráfico dos óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade do município de São Gonçalo do Amarante inicia abaixo das taxas de Nordeste e Ceará, mas nos anos de 2013 a 2015 fica acima, apresentando um aumento de 185%, com 48,95 óbitos/100.000hab. em 1996 e 139,53 óbitos/100.000hab. em 2015, enquanto que Caucaia aumenta o número de óbitos em 60,53%, estando abaixo da diferença relativa de Nordeste e Ceará, respectivamente, 66,59% e 94,50%.

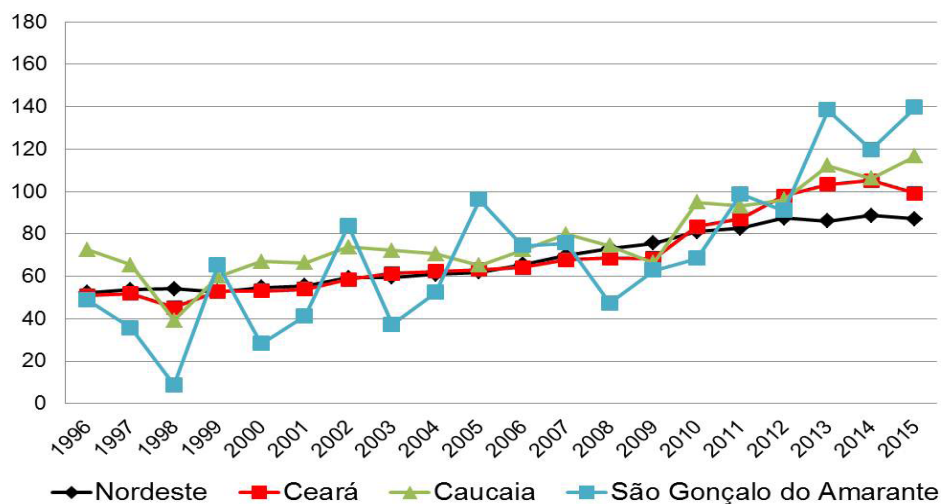


Gráfico 4 – Taxa de mortalidade por Causas externas de morbidade e mortalidade no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1996 a 2015.

Fonte: SIM/DATASUS.

3.2 Sistema de Informação de Agravos e Notificação

Os dados de tuberculose foram analisados no período de 2001 a 2016, sendo observada redução em todos os locais estudados, porém, foi no município de São Gonçalo do Amarante, a maior redução, com 49,83% de casos de tuberculose, apesar de que o seu comportamento gráfico demonstre que esteja, durante todo o período de estudo, acima das taxas do Nordeste e Ceará. Além disso o estado do Ceará apresenta as maiores taxas de casos de tuberculose quando comparadas com as taxas do Nordeste (Gráfico 5).

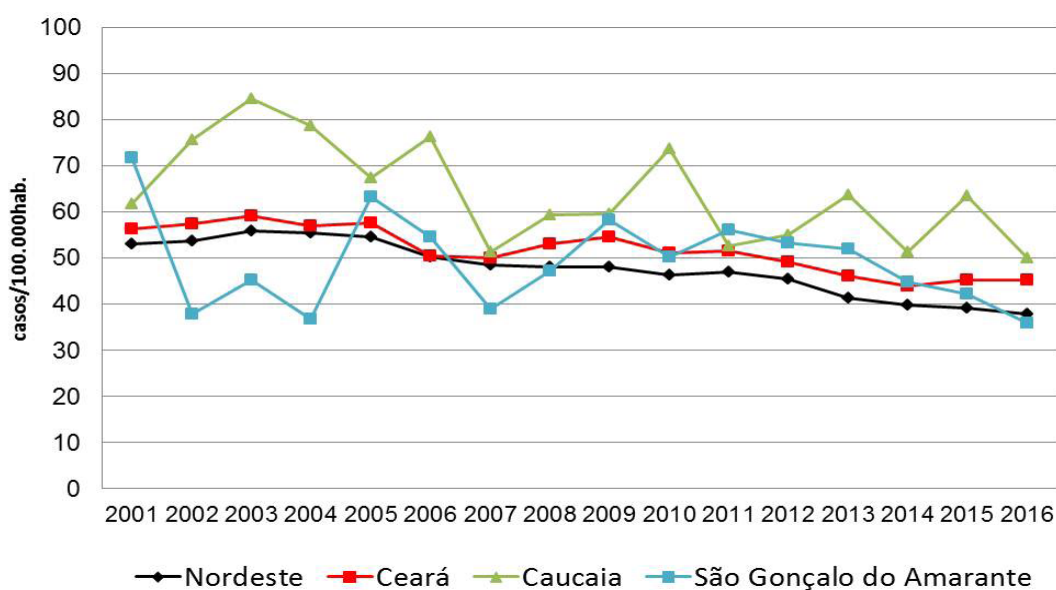


Gráfico 5 – Taxa de morbidade dos casos de tuberculose no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 2001 a 2016.

Fonte: SINAN/DATASUS.

De acordo com a coleta de dados acerca de sífilis congênita, no período de 2005 a 2012 o município de Caucaia apresenta número de casos diagnosticados acima dos demais locais, com um aumento de 269,33%, partindo de 0,75 casos/1.000hab. em 2001, para 2,77 casos/1.000hab. em 2013, mas o estado do Ceará obteve o maior crescimento, 960%, muito acima do Nordeste que aumentou em 85,98% durante o período de estudo (Gráfico 6).

Já na análise dos casos de sífilis em gestantes tanto Nordeste, como os municípios Caucaia e São Gonçalo do Amarante cresceram em 100% o número de casos, devido ao ano de 2001 não ter sido notificado nenhum caso. O estado do Ceará aumentou 20,40% número de casos (Gráfico 6).

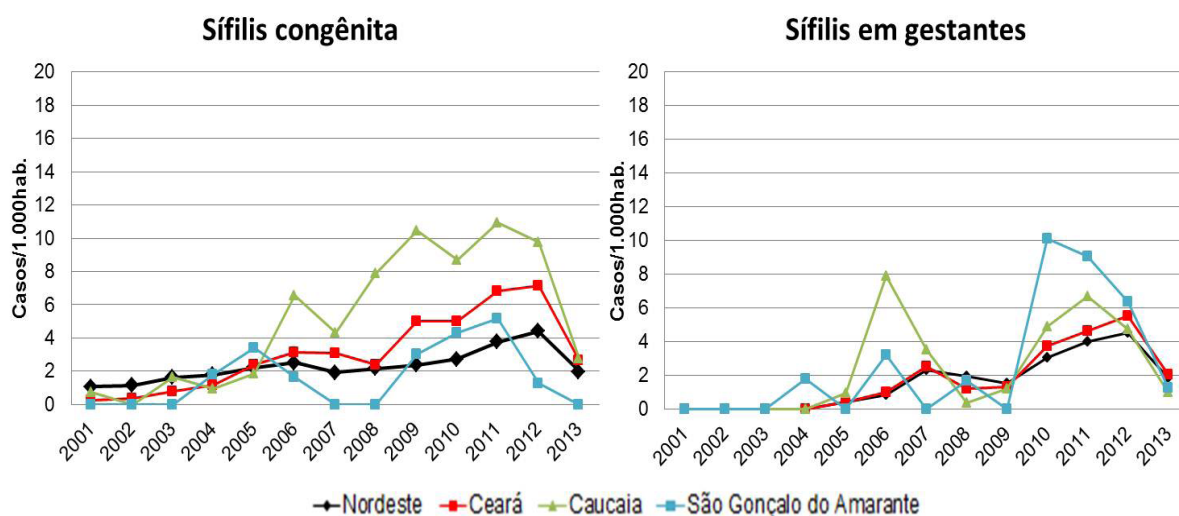


Gráfico 6 – Taxa de morbidade dos casos de Sífilis congênita e em gestantes no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 2001 a 2013.

Fonte: SINAN/DATASUS.

3.3 Sistema de Informações Hospitalares

Observou-se que as internações por doenças do aparelho respiratório reduziram em todos os locais estudados, sendo a maior redução para o estado do Ceará com 61,44%, seguido da região Nordeste com 61,11%, e o município que apresentou a menor redução de internações foi São Gonçalo do Amarante com 43,11%, partindo de 717,31 internações/100000 hab. em 1998, para 408,03 internações/100000 hab. em 2015. Apesar de ter ocorrido a redução das taxas de internações, a causa pioneira continua sendo por pneumonia, seguida de asma e bronquite (Tabela 2).

	Diferença relativa
Nordeste	- 61,11%
Ceará	- 61,44%
Caucaia	- 53,32%
São Gonçalo do Amarante	- 43,11%

Tabela 2 – Variação da diferença relativa de internações por doenças do aparelho respiratório no Nordeste, Ceará, Caucaia e São Gonçalo do Amarante, 1998 e 2015.

Fonte: SIH/DATASUS.

Observou-se um declínio de internações em todos os locais de estudo e apesar de São Gonçalo do Amarante apresentar a menor redução de casos, no gráfico ele apresenta a menor escala gráfica quando comparado com Nordeste e Ceará. Além disso, com exceção do município de Caucaia no ano de 2002, observou-se que ambos os municípios permanecem abaixo das taxa de internações da região Nordeste e estado do Ceará.

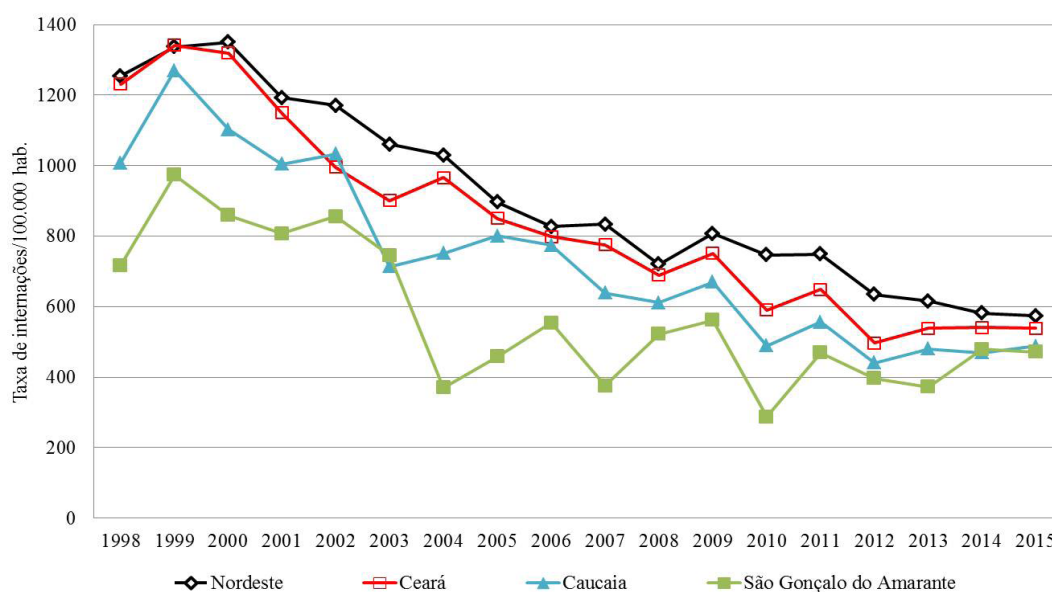


Gráfico 7 - Taxa de internações por aparelho respiratório no Nordeste, Ceará e nos municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, no período de 1998 a 2015.

Fonte: SIH/DATASUS.

Um estudo do tipo série histórica que utiliza dados secundários apresenta algumas limitações, como as subnotificações ou dados incorretos, mesmo assim podemos concluir que houve um aumento das taxas de mortalidades por doenças do aparelho circulatório e por doenças do aparelho respiratório, principalmente no município de São Gonçalo do Amarante no período de 1996 a 2015.

De acordo com os dados obtidos pelo SINAN e por Brasil (2017) destaca-se

a redução de casos de tuberculose na região Nordeste, no estado do Ceará e nos municípios Caucaia e São Gonçalo do Amarante, porém sífilis congênita aumentou principalmente no município de Caucaia e sífilis em gestantes aumentou em 100% na região Nordeste e em ambos os municípios estudados. Além disso, o comportamento gráfico de ambas as sífilis coincide com o período de maior concentração de atividades dos empreendimentos.

Segundo um estudo feito por Ito *et al* em 2013, apontou que as doenças respiratórias ocupam o segundo lugar dentre as causas de internações hospitalares no Brasil. No entanto, esse estudo mostrou uma redução nas taxas de internações por doenças do aparelho respiratório tanto na região Nordeste, no estado do Ceará e nos municípios São Gonçalo do Amarante e Caucaia.

A divergência entre o aumento dos dados de mortalidades e redução de internações por doenças do aparelho respiratório, supõe-se, que podem ser causados pela diminuição da população idosa, ou subnotificações já que não são doenças de notificação compulsória, ou atividades de reparação de danos subsidiadas pelos empreendimentos, ou cobertura positiva dos estabelecimentos de saúde que acompanharam o aumento da população.

4 | CONCLUSÃO

O Complexo Industrial e Portuário do Pecém trouxe consigo a modernização tecnológica, geração de empregos e movimentação econômica, mas também gerou impacto social e ambiental, assim como todo polo industrial. Entretanto, sua responsabilidade diante aos resultados apresentados não podem ser completamente elucidados, sendo necessário um estudo mais aprofundado, detalhado e com a presença de dados primários.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, M. G. V. **Do canto das nambus ao barulho do trem**: transformações no modo de vida e na saúde na comunidade de Bolso no Complexo Industrial e Portuário do Pecém-CE. 2010. 218f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

BEZERRA, M. G. V.; RIGOTTO, R. M.; PESSOA, V. M.; SILVA, F. V. E. Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4023-30, out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>> Acesso em: 10 jan. 2017.

FASE- ETERN. **Relatório síntese**: Projeto de avaliação de equidade ambiental como instrumento de democratização dos procedimentos de avaliação de impacto de projetos de desenvolvimento. Rio de Janeiro: FASE- ETERN, 2011.

ITO, M. S.; RAMOS, E. C. M.; PESTANA, P. R. S.; CECCATO, A. D. F.; CARVALHO JUNIOR, L. C.

S.; TOMMASELLI, J. T. G. *et. al.* Hospitalização por doenças respiratórias associados à exposição de metais tóxicos no material particulado e nível de temperatura em Presidente prudente, SP, Brasil. **Colloquium vitae**, Presidente Prudente, v. 5, n. 2, p. 110-112, jul./dez. 2013.

PNUD/IPEA (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada), 1996. **Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil**: PNUD; Rio de Janeiro: Ipea.

QUEIROZ, A. R. S.; MOTTA-VEIGA M. Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1387-98, jun.2012.

RIGOTTO, R. M. **O “progresso” chegou. E agora?** As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia) – Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

SANTOS, Mariana Olívia Santana dos. **Análise crítica do discurso da mídia impressa sobre a saúde e o ambiente no contexto da instalação da refinaria de petróleo em Suape-PE**. 2011. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SÍNDROME DE *BURNOUT* NA ENFERMAGEM

Helba Batista Gonzaga Faria

Faculdade Anhanguera – Brasília – DF
Nesprom – CEAM – Universidade de Brasília
helba.faria@gmail.com

Elter Alves Faria

Faculdade Linear – Águas Lindas – GO
Nesprom – CEAM – Universidade de Brasília
elterfaria@gmail.com

Juliano de Andrade Melo

Faculdade Linear – Águas Lindas – GO
Nesprom – CEAM – Universidade de Brasília
profesjuliano@gmail.com

André Ribeiro da Silva

Nesprom – CEAM – Universidade de Brasília
andreribeiro@unb.br

a incidência de Síndrome de *Burnout* na enfermagem e os aspectos envolvidos neste contexto. Este trabalho é um estudo exploratório baseado em literatura de abordagem quantitativa, utilizando publicações dos últimos dez anos onde será explorada por meio de revisão. Identificou-se que é grande o número de acontecimentos de Síndrome de *Burnout* entre profissionais de enfermagem e neste contexto verifica-se a necessidade de implementar melhores ações nas instituições com a finalidade de inserir programas de capacitação, prevenção, tratamento e reintegração social deste colaborador no ambiente de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de *Burnout*; Enfermagem; Esgotamento profissional.

RESUMO: Síndrome de *Burnout* caracteriza-se por uma doença típica do ambiente de trabalho que se apresenta em referente ao estresse laboral, carregando consigo efeitos danosos encontrado em situações individualizadas, como profissional, familiar e social. Esta síndrome está relacionada a profissões que exigem contato direto com pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, categoria profissional marcada por componentes ameaçadores do ambiente laboral. Os objetivos da presente pesquisa incluem identificar nas produções científicas

INTRODUÇÃO

Burnout é uma síndrome típica do ambiente de trabalho que acontece em resposta ao estresse laboral crônico, carregando consigo efeitos danosos tanto em nível individual, profissional, familiar e social (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

Esta síndrome é desconhecida da maior parte dos profissionais e por este motivo é frequentemente tratada como estresse ou depressão, o que acaba por prejudicar o tratamento, uma vez que a fonte causadora

não vem de forma combinativa. A relação satisfatória com ambiente de trabalho é preciso para que haja o desenvolvimento do ser humano como profissional e depende ainda da relação de afetividade e sociabilidades entre pessoas durante a sua jornada profissional (PINTO, 2013).

Segundo Acorinte (2014), *Burnout* resulta do esgotamento, decepção e perda de interesse pelo trabalho, principalmente nos que exigem contato direto com pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde. O trabalho dos profissionais de saúde exige um desprendimento de energia e afetividade, e a despersonalização seria o desenvolvimento de sentimentos negativos e atitudes de cinismo em relação às pessoas que recebem o trabalho. É comum nestes casos o título de pessoa desumana, endurecida afetivamente, para esses profissionais.

Atualmente, a saúde do profissional de saúde em sua jornada de trabalho tem sido vista com maior preocupação. O profissional de saúde que atua em um ambiente hospitalar está submetido a diferentes situações de estresse que afetam diretamente o seu comportamento de satisfação pessoal. (ROSA; CARLOTTO, 2005).

Na enfermagem não é diferente. Essa categoria profissional é marcada por ingredientes somatórios dentro do local de trabalho que podem ser crucial para desencadear os sinais e sintomas da síndrome. Dentre vários, destacam-se o contato rotineiro com situações de sofrimento, até mesmo a morte, também temos o número insuficiente de pessoal, elevada exposição a riscos químicos e físicos, falta de reconhecimento profissional, além de baixos salários que os leva a adquirir mais de um emprego, e que resulta em uma jornada semanal de trabalho extremamente exaustiva (DE SÁ; MARTINS-SILVA; FUNCHAL, 2014).

A síndrome de *Burnout* pode afetar diretamente tanto o empregado como o empregador, e no caso da enfermagem pode afetar também a própria sociedade que acaba sendo atendida por este profissional. Neste cenário, é possível identificar a necessidade de melhores ações das instituições com a finalidade de inserir programas de capacitação, prevenção, tratamento e reintegração social deste colaborador no ambiente de trabalho. Uma equipe multidisciplinar pode intervir de maneira muito positiva na relação entre o enfermeiro e o ambiente laboral, identificando indivíduos com características sociais e comportamentais que apontam para esta síndrome e planejando métodos eficazes para abordagem destes colaboradores, uma vez que estes profissionais carecem de atendimento de qualidade para seu tratamento e recuperação (PINTO, 2013).

A enfermagem tem como meio de trabalho o homem, que também se trata como o sujeito de ação em sua jornada.

Há um estreito vínculo entre o trabalho e o trabalhador, com a vivência direta e ininterrupta do processo de dor, morte, sofrimento, desespero, incompreensão, irritabilidade e tantos outros sentimentos e reações desencadeadas pelo processo doença (PINTO, 2013).

Faz-se necessário o gerenciamento da situação de bem-estar da equipe de

enfermagem, considerando que possuem maior proximidade física e psicológica com os doentes e seus familiares. É importante observar-mos que a organização do trabalho em hospitais dentro de sua ação, causa grande tensão ocupacional, sendo necessário acompanhar de uma forma rotineira a saúde mental e física dos trabalhadores envolvidos nas atividades e tentando melhorar sua vivência no ambiente de trabalho.

Os objetivos da presente pesquisa incluem identificar nas produções científicas a incidência de Síndrome de *Burnout* na enfermagem e os aspectos envolvidos neste contexto.

METODOLOGIA

O método utilizado no estudo foi revisão integrativa de literatura onde foram seguidas as seis etapas: a primeira foi a definição da questão norteadora da pesquisa; na segunda foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão; na terceira foram eleitas as bases de dados e realizada a busca dos estudos científicos; na quarta foi realizada a análise dos dados; na quinta foi desenvolvida a discussão dos dados; e na sexta foi apresentada a síntese da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Trata-se de um estudo exploratório baseado em revisão de literatura de abordagem quantitativa. A obtenção dos dados se deu por meio da pesquisa de produções científicas disponíveis na língua portuguesa, sob forma de artigos científicos, publicados num período de até 10 anos a partir de 2005, tendo como critério de inclusão aqueles que contemplaram prevalência e incidência da síndrome de *Burnout* na Enfermagem e os aspectos envolvidos neste contexto.

Os artigos publicados em periódicos indexados foram localizados através dos descritores “*Burnout* na Enfermagem”, “*Burnout* em profissionais da saúde” na base de dados bibliográficos BIREME, através da qual é possível acessar as plataformas LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO, onde foram localizados 14 artigos com o descritor “*Burnout* na enfermagem” e 27 artigos com o descritor “*Burnout* em profissionais da saúde”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Martins et al (2014):

O termo esgotamento profissional começou a ser utilizado com maior regularidade no meio acadêmico a partir da década de 70, nos Estados Unidos (MARTINS et al, 2014).

Neste período se desenvolveu uma conceituação formal utilizando-se a denominação Síndrome de *Burnout*, sendo assim definida por três dimensões apontadas por Freunderberguer: Exaustão Emocional, Despersonalização e Falta

de Realização Pessoal (MARTINS et al, 2014).

A exaustão emocional em um profissional de saúde é caracterizada por falta ou carência, de ânimo que vem acompanhada de sentimento de esgotamento emocional. Estas manifestações vêm de uma forma física e às vezes com associação psíquica, como também pode aparecer com uma junção entre os dois fatores (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Os trabalhadores percebem grande perda de recursos emocionais para lidar com o trabalho. (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Tratar os profissionais afetados, colegas de trabalho e a instituição empregadora como objeto, “coisificando” a relação, é uma das dimensões da despersonalização. Ocorre uma dureza afetiva ou a apatia, por parte do trabalhador, prevalecendo o impudência e provocando assim um disfarce e sua ação afetiva (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A falta de realização pessoal é uma dimensão na qual existe um sentimento de inadequação pessoal e profissional. Há uma tendência de o trabalhador avaliar o próprio trabalho de forma negativa, com uma evolução negativa que acaba afetando a habilidade para a realização do trabalho e o atendimento, o contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

Rosa e Carlotto (2005) identificaram em seu estudo que com relação às dimensões de *Burnout*, os resultados indicam que a dimensão de maior índice médio é a de Realização Profissional (4,17), seguida pela de Exaustão Emocional (2,21) e por último a de Despersonalização (1,69). Estes índices revelam que os profissionais sentem-se diariamente realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente algumas vezes ao ano e nunca experimentam sentimentos de distanciamento afetivo de seus clientes.

Estudos apontam grande crescimento do número de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho, o que gera a necessidade de investimentos para identificar as causas destes danos e de ações que promovam a redução destas taxas e, em consequência, preserve a saúde do trabalhador (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Entre os diferentes fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o ambiente de trabalho é apontado como gerador de conflito quando o indivíduo percebe o hiato existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que estão inseridos (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Trindade e Lautert (2010) identificaram que a síndrome de *Burnout* acomete profissionais mais jovens, sendo o mais encontrado entre os profissionais que ainda não atingiram 30 anos de idade e é atribuída a pouca experiência do trabalhador, a qual acarreta insegurança, ou choque com a realidade quando este percebe que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos.

Dentre os profissionais de saúde a enfermagem é a profissão que possui maior incidência de adoecimento pela Síndrome de *Burnout*, e tem acometido principalmente

os profissionais do sexo feminino (FRANÇA; FERRARI, 2012).

Corroborando esses achados, França e Ferrari (2012) evidenciaram predominância de *Burnout* em profissionais de enfermagem do sexo feminino, afirmando que a predominância feminina que trabalha na área de saúde tem sido evidenciada por muitos estudiosos que observaram que as atividades de cuidar frequentemente têm sido exercidas por mulheres.

Guido e colaboradores (2012) em uma pesquisa realizada com residentes multiprofissionais de uma universidade pública identificaram alguns indicadores que favorecem o aparecimento da Síndrome de *Burnout* nestes profissionais. Verificou-se que da população pesquisada 37,84% dos profissionais apresentaram alta exaustão emocional, 43,24% apresentaram alta despersonalização e 48,65% dos profissionais apresentaram baixa realização profissional. Dentre estes profissionais, verificou-se que 27% apresentavam indicativos para síndrome de *Burnout*, sendo que 6,3% faziam parte da equipe de enfermagem.

Um estudo realizado por Ferreira e Lucca no ano de 2015 abordou técnicos de enfermagem em um hospital público no estado de São Paulo, onde foi identificada predominância da síndrome no sexo feminino e que pelo menos um terço da população ainda e fase de estudos para formação profissional, já adquiriram sintomas de um dos fatores das três dimensões da síndrome, o que indica que o surgimento, poderá está já em fase de adoecimento.

França e Ferrari (2012), em um estudo realizado com profissionais de enfermagem de dois hospitais regionais do município de Cáceres (MT), identificaram que da população analisada aproximadamente 9,22% dos profissionais apresentaram Síndrome de *Burnout*, com prevalência absoluta do sexo feminino. Além disso, identificaram que os profissionais de enfermagem que conciliavam mais de um emprego obtiveram maior frequência (13,5%) em relação aos que não possuíam (8,88%) outro vínculo empregatício.

Segundo Moreira et al (2009), uma pesquisa realizada com trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da região sul do Brasil evidenciou que da população estudada 35,7% apresentaram indícios positivos das dimensões que caracterizam a Síndrome de *Burnout*, onde a identificação do trabalhador com *Burnout* encontrado na pesquisa teve um padrão que foi: sexo feminino, idade entre 26 e 35 anos, casado, sem filhos, e com cinco ou mais anos na profissão.

Existem muitos estudos sobre o estresse na enfermagem onde são analisados diferentes variáveis e apresentados resultados muito diferentes, o que demonstra a complexidade do fenômeno. No entanto, e de um modo geral, todos indicam que os enfermeiros são particularmente vulneráveis a esta síndrome (PINTO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho têm trazido consequências para a saúde dos profissionais de forma categórica. A introdução de abordagem em tecnologias atuais, abordando inovações organizacionais tem interferido nas condições e as relações de trabalho. A intensificação laboral é elemento característico da atual fase do capitalismo o que implica em consumo de energias físicas e espirituais dos colaboradores (SILVA et al, 2011).

A Síndrome de *Burnout* é resultado deste processo e pode ser entendida como definida como uma síndrome, acomete ao trabalhador que perde manejo da atuação profissional com o trabalho de uma forma que não se tem mais a importância funcional sobre as atividades estabelecida pela instituição empregadora. (FRANÇA; FERRARI, 2012).

O aumento gradativo da Síndrome de *Burnout* é a relação de vários acontecimentos envolvidos vários de forma individual e laboral, onde a socialização também pode se tornar uma variável indireta participante no desenvolvimento da doença. Qsitos que vem interferindo na saúde do trabalhador devem ser discutidas de uma forma cuidadosa e ampla no local de trabalho e nos espaços de formação profissional (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Ao pensar em medidas de minimização do processo de adoecer, é preciso julgar e avaliar de forma mais ampla local de trabalho de maneira integral, avaliando os aspectos estruturais, funcionais e relacionais, promovendo medidas que preparam a relação do profissional, acometido pela doença, com seus colegas profissionais e ambiente de trabalho na forma laboral (SILVEIRA; CÂMARA; AMAZARRAY, 2014).

A partir dos estudos realizados é possível verificar que é grande a incidência da Síndrome de *Burnout* na Enfermagem e que atualmente muitas organizações não adotam as medidas necessárias para preveni-las no âmbito do trabalho. A presença do enfermeiro do trabalho proporcionaria ações permanentes nas organizações, fornecendo subsídios para a adoção de medidas de prevenção e controle, bem como para proporcionar o direcionamento adequado a ações educativas que poderiam resultar em benefícios duradouros para a categoria.

Os profissionais de enfermagem integram em sua categoria profissional uma vulnerabilidade a desenvolver a Síndrome de *Burnout*. Nesse sentido, é de extrema importância ajustar o trabalho desses profissionais, melhorando as condições físicas e sociais de trabalho, aumentando a variedade de rotinas, evitando o excesso de horas extras, dando suporte social de qualidade e proporcionando investimento no aperfeiçoamento profissional e pessoal do trabalhador, medidas que se adotadas podem reduzir drasticamente a incidência da síndrome de *Burnout* na enfermagem.

Apesar da grande incidência da síndrome de *Burnout* na enfermagem, ainda são escassos os dados disponíveis sobre esta problemática. Apesar das limitações do estudo, é possível perceber que este tema possui bastante relevância para a

população em geral, uma vez que o a doença pode trazer enormes prejuízos para os profissionais, instituições e população em geral, já que recebem atendimento constante deste profissional. Por este motivo, sugere-se o aprofundamento científico com relação a este problema.

São necessárias mudanças nos padrões das instituições de saúde com a elaboração e realização de atividades que se refere a um apoio social de melhoria do trabalho em equipe, assim como ter um planejamento dos serviços com auxílio dos integrantes da equipe de enfermagem, favorecendo assim o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores, trazendo maior qualidade dos serviços prestados, bem como prevenindo o estresse laboral e suas consequências (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

REFERÊNCIAS

ACORINTE, Ana Carolina. **Aspectos psicológicos e qualidade de vida do trabalhador**. Valinhos: Anhanguera Educacional, 2014. p. 1-80. Disponível em: <<http://anhanguera.com>>. Acesso em 05 de dezembro de 2014.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. O estado da arte do *Burnout* no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003.

DE SÁ, Adriana Müller Saleme; MARTINS-SILVA, Priscilla de Oliveira; FUNCHAL, Bruno. *Burnout*: O impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 14, 2014.

FERREIRA, Naiza do Nascimento; LUCCA, Sergio Roberto de. Síndrome de *Burnout* em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 68-79, 2015.

FRANÇA, Flávia Maria de; FERRARI, Rogério. Síndrome de *Burnout* e os Aspectos Sócio - Demográficos em Profissionais de enfermagem . **Acta paul. Enferm**, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012.

GUIDO, Laura de Azevedo et al. Síndrome de *Burnout* em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1477-1483, 2012.

MARTINS, Leonardo Fernandes et al. esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4739-4750, 2014.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto-Enferm**. 2008;17(4).

MUROFUSE, Neide Tiemi; ABRANCHES, Sueli Soldati; NAPOLEÃO, Anamaria Alves. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

PINTO, Raquel Cunha. **A Síndrome de *Burnout* no profissional de enfermagem**. 2013. 17 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem do Trabalho, Faculdade Redentor, Rio de Janeiro, 2013.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de *Burnout* e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, v. 8, n. 2, p. 1-15, 2005.

SILVA, Rosângela Marion da et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011

SILVEIRA, Stelyus Leônidas Mariano; CÂMARA, Sheila Gonçalves; AMAZARRAY, Mayte Raya. Preditores da Síndrome de *Burnout* em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 386-392, 2014.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 44, n. 2, p.274-279, jun. 2010.

SUBJETIVIDADE MATERNA: CASOS DE DEPRESSÃO PÓS PARTO ATENDIDOS NO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFC SOBRAL

Andriny Albuquerque Cunha

Psicóloga pela Universidade Federal do Ceará Campus Sobral (UFC), Especialista em Saúde Mental, Mestranda em Saúde da Família (UFC).

RESUMO: Este estudo objetiva analisar os casos de depressão pós-parto atendidos no serviço de psicologia da Universidade Federal do Ceará. O estudo foi feito com todos os documentos das usuárias com depressão que já foram atendidas no serviço de 2012 à 2017. Realizou-se uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, utilizando-se como método de pesquisa a análise documental. A coleta de campo aconteceu durante o ano de 2017. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário estruturado. Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise do discurso. Com a análise interpretativa dos resultados, identificou-se o surgimento dos núcleos de sentidos com uma categoria macro que subdividiu-se em três fortes enunciados. A categoria macro encontrada diz respeito da forma como psicologia compreende os casos de DPP atendidos no SPA. Os três núcleos de sentido gerados a partir dessa categoria macro foram: (1) as intervenções utilizadas pela psicologia, (2) a interpretação sobre como a psicologia compreende a mulher com DPP, encontrando-se a percepção de uma figura

feminina fracassada, culpabilizada, inferior, submissa e com um modelo ideal de mãe e mulher a se seguir. O último elemento apontado foi o da figura opressora de um pai que aparece na relação com estas mulheres, sejam figuras construídas a partir de uma correlação que coloca esta figura feminina num lugar de submissão, seja por conta de uma cultura machista que põe a figura do homem num lugar de dominação diante da figura feminina.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto, Subjetividade Materna; Compreensões Psicológicas;

MATERNAL SUBJECTIVITY: CASES OF DEPRESSION AFTER DELIVERY AT THE UFC SOBRAL APPLIED PSYCHOLOGY SERVICE

ABSTRACT: This study aims to analyze the cases of postpartum depression attended at the psychology department of the Federal University of Ceará. The study was done with all the documents of the users with depression that were already answered in the service from 2012 to 2017. An exploratory descriptive study of a qualitative approach was carried out, using documental analysis as a research method. The field collection took place during the year 2017. The instrument used for data collection was a

structured questionnaire. The data were interpreted through the technique of discourse analysis. With the interpretative analysis of the results, we identified the emergence of sense nuclei with a macro category that was subdivided into three strong statements. The macro category found concerns how psychology comprises the cases of PPD seen in the SPA. The three sense nuclei generated from this macro category were: (1) the interventions used by psychology, (2) the interpretation of how psychology comprises the woman with PPD, finding the perception of a female figure failing, inferior, submissive and with an ideal model of mother and woman to follow. The last pointed element was that of the oppressive figure of a father who appears in the relationship with these women, whether they are figures constructed from a correlation that places this female figure in a place of submission, either because of a macho culture that puts the figure of the man in a place of domination before the female figure.

KEYWORDS: Maternal Subjectivity; Postpartum depression, Psychological Understandings.

1 | INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho traz consigo intensas demandas às mães, possibilitando diferentes experiências e a evasão de sentimentos que podem acarretar em muitas dificuldades após o parto. Dentre estas, a depressão pós-parto que acontece logo após o parto ou ainda durante as seis primeiras semanas após o parto. Alguns autores defendem que a depressão pode se desenvolver em qualquer momento do primeiro ano do bebê, podendo ainda ser caracterizada como “pós-parto” desde que desencadeada por questões relativas ao puerpério (GABRIEL et al, 2015).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2000), a DPP é um dos especificadores da Depressão Maior, surgindo durante as 4 semanas seguintes após o parto ou mesmo durante a gravidez. Segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), não há um consenso final para o próprio diagnóstico, a etiologia e o tratamento.

Este fenômeno pode surgir principalmente por conta dos vários sentimentos que a mulher atravessa ao se deparar com a maternidade, dentre eles a ansiedade, o entusiasmo, a angústia e o medo. Trata-se de uma perturbação emocional, humoral e reativa, podendo iniciar seus sintomas desde a gestação, diferenciando-se da melancolia da maternidade ou disforia puerperal por estes serem distúrbios de humor transitórios que duram até duas semanas após o parto (MORAIS et al, 2015).

Um estudo realizado no Brasil constatou que cerca de 26% das mães, distribuídas entre as cinco regiões, no período de 6 a 18 meses do pós parto, apresentam sintomatologia semelhante à da DPP. A prevalência do transtorno é preocupante, sendo superior a países desenvolvidos, como a Austrália e Estados Unidos da América - EUA e está relacionada às desigualdades sociais. Além disso, gravidez indesejada apresenta uma incidência maior de DPP que mulheres que a

planejaram (THEME, et al., 2016).

Pedreira e Leal (2015), consideram os fatores fisiológicos como determinantes para tal transtorno, sendo os fatores sociodemográficos e psicossociais seguidos deste.

Desta forma, compreende-se o quanto é complexo este momento para vida da mulher, possibilitando inúmeros sentimentos ambivalentes. Podendo, a chegada de um filho, representar mais que um momento de satisfação e felicidade.

Diante disso, é importante que se entenda a subjetividade materna no período gravídico e do puerpério. Assim, este estudo tem o objetivo de analisar as intervenções de psicológicas dos casos de depressão pós-parto no serviço de psicologia aplicada da UFC Sobral de 2012 à 2017.

2 | MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa, utilizando-se como método de pesquisa a análise documental. A pesquisa qualitativa visa descrever e explorar aspectos de uma situação, assim como trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes (MINAYO et al., 2014).

O estudo foi realizado na cidade de Sobral-CE, no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Sobral. A pesquisa foi realizada com todos os documentos das usuárias com sintomas de depressão pós-parto que já foram atendidas no serviço de 2012 a 2017.

A coleta de campo aconteceu durante o ano de 2017, após a autorização da pesquisa pela instituição. Os dados foram extraídos dos prontuários de mulheres com depressão atendidas no serviço de psicologia aplicada da UFC de Sobral anos de 2012 a 2017.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado. Os dados foram interpretados por meio da técnica de análise do discurso, onde começa a pesquisa com a escolha dos documentos a serem analisados.

Dessa forma, analisou-se os discursos que foram produzidos a partir das descrições em prontuários da queixa e das entrevistas iniciais dos casos de mulheres com depressão, começando por nomear os prontuários encontrados em P1, P2, P3 e P4. Depois, separou-se, os dados de queixa e síntese das entrevistas, transformando-as num único texto. Em seguida, destacamos as informações contidas que estavam em consonância com os objetivos da pesquisa. Por último, foi feita as interpretações que possibilitaram o surgimento dos núcleos de sentidos através de enunciados que foram possíveis para a construção da categorias teórico empíricas. Esta se deu por meio do encontro de fragmentos textuais que davam força a construção da categoria maior, sendo fruto de subcategorias que reforçam esta categoria macro.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Compreensões da psicologia acerca dos casos de depressão pós-parto: Mãe inferior e Pai opressor

3.1.1 *Elementos de intervenção da psicologia*

Pode-se perceber, com os discursos analisados, que a psicologia compreende o fenômeno da depressão pós-parto desde os seus primeiros sintomas e entende que há uma grande relação deste acometimento com os membros familiares e outros pares que estão mais próximos afetivamente.

Foram apontados discursos relacionados aos sentimentos e emoções dessas mulheres, bem como a forma como elas perceberam seu adoecimento e como vivenciaram seu sofrimento. Apresentaram-se questões referentes aos planos futuros, sobre trabalho e empreendedorismo, sobre os desejos dessas mulheres, incluindo os de ter tido os filhos ou não, sobre a perda do desejo de fazer relação sexual, sobre a relação com o companheiro – daquelas que tinham parceiro -, sobre os medos, as angústias e as frustrações.

Emergiram falas que retratavam os aspectos psicossociais dessas mulheres, onde apareciam reflexões sobre como se deu o adoecimento delas. Destacava-se a as partes referentes à subjetividade de cada uma, bem como sua história de vida, o processo que se seu o adoecimento, inclusive suas próprias inferências e percepções acerca do adoecer.

Para isso, essas mulheres eram instigadas durante o processo psicoterapêutico, a falarem sobre sua vida, no que se refere à família, infância, trabalho, relacionamentos, perspectivas, sobre seu sofrimento, além de outras circunstâncias que iam surgindo.

Um dos preceitos que foram identificados com a análise dos discursos das mulheres com DPP dizia respeito a uma minuciosa busca pela formação de um vínculo na díade terapeuta-paciente, percebido através de questionamentos cuidadosamente elaborados pelo estudante de psicologia.

Na maioria das análises dos casos, parecia que as mulheres falavam de maneira espontânea, o que mostrava inclusive manejo clínico psicológico quando é oferecido a esta mulher circunstâncias de confiabilidade, auxiliando, para tanto, numa relação terapêutica que contribuísse para que essas mulheres construíssem suas próprias análises, reflexões e conclusões.

Calvetti, Fighera e Muller postulam que “A prática da psicoterapia sugere que o psicólogo deva agir buscando a melhora do paciente e priorizando os aspectos éticos de privacidade e confidencialidade das informações, no intuito de estimular a sua autonomia e participação ativa no processo” (2008, p. 118). À vista disso, investigar sobre a vida do sujeito no que se refere às suas configurações atuais de rotina, como a mesma se passava antes das queixas, se houve algum marco

específico para o aparecimento do sofrimento, são pontos importantíssimos a serem levantados sobre os casos em atendimento.

Para tanto, os discursos demonstraram ainda uma preocupação da psicologia com as mais diversas dimensões do sofrimento humano assim como tem trazido elementos específicos do campo da psicologia para compreender e analisar o sujeito em sua integralidade. Ainda, esses discursos apresentados nos prontuários mostram a preocupação da psicologia em compreender os processos de relações parentais, os afetos e aspectos simbólicos destas relações, o que nos possibilitou construir a próxima subcategoria que será desmiuçada a seguir.

3.1.2 Papel da mulher-mãe na sociedade: imagem idealizada e inferior

A partir dos discursos gerados dos registros dos prontuários, apontaram-se aspectos relacionados ao desejo de tornar-se mãe, ao mesmo tempo inferia-se frustrações relacionadas à ruptura da idealização da maternidade. Conforme Stern (1997) citado por Prochnow e Lopes (2007, p. 286) “Para a construção da identidade materna, a mulher, desde a gestação, faz uma preparação através de sonhos e expectativas quanto ao seu desempenho como mãe”.

Essa ruptura da idealização da maternidade é marcada nos discursos com a chegada de um filho.

“Me contou que sempre quis ser mãe, mas o filho “nasceu doentinho” (sic)” (P1).

Esse discurso é explícito e claro quando se refere que o desejo de ser mãe é atravessado e se contraria com a chegada do filho, que nasceu doente. Dois grandes elementos que apareceram nessa descrição apontaram para a necessidade de uma escuta sensível e integral - a mãe que desejava ter o filho e depois passou a rejeitá-lo por ele não corresponder às suas expectativas. Essa fala possibilitou compreender de que forma a psicopatologia poderia ter incidido.

Ainda, ligado ao discurso da P1, compreende-se que houve, simbolicamente, a morte do filho idealizado. Essa morte simbólica é exemplificada em casos em que ocorrem mudanças, muitas vezes, não habituais e esperadas, como por exemplo ter filhos com limitações físicas (morte da idealização do filho saudável) (ALVES, p. 90, 2012).

Esses aspectos poderiam estar relacionados com as expectativas da mãe com a saúde do bebê e a frustração de não ter podido desempenhar os papéis da maternidade que a sociedade atribui a mulher.

“desde então ela não conseguia cuidar da criança” (P4).

Dentro dessas relações de imposições de funções maternas, emergiram-se questões colaterais desse universo de desejos e frustrações, como mostra o seguinte dado transcrito:

“se considera agressiva, hora tá bem e hora chora, a segunda gravidez foi indesejada, tentou aborto e depois do nascimento da segunda filha começou a se sentir da mesma forma, agressiva” (P4).

No que diz respeito ao impacto que essa quebra da idealização e cobranças sociais provocam, a fala de P4 denota uma rede de relações fragilizadas por conta do sofrimento vivenciado com a maternidade, o que parece ter influenciado na autoimagem de uma mulher-mãe negligente e hostil.

Por conta dessas construções sociais de um modelo ideal de mãe e mulher, não se tolera quando a mesma vivencia uma condição de negação do amor.

Em alguns casos pode-se perceber a incidência de mais uma relação, que foi estabelecida entre a psicopatologia com os sentimentos de incapacidade, inutilidade e fracasso.

“Diz “não se amar” por isso não sair de casa” (P1).

“Sentimento de incapacidade, de ser inferior, diz não conseguir realizar nada sozinha. Pensamento de fracasso e inutilidade. O sentimento de incapacidade começou com a gravidez” (P2).

Esses relatos mostram como alguns papéis que são socialmente atribuídos as mulheres impactam diretamente no processo de saúde/doença das mesmas. Neste contexto, evidencia-se uma condição de inferioridade da mulher perante o homem, sendo corriqueiramente vista como um ser frágil, vulnerável, incapaz, inseguro, submisso e opressivo. Isto é, as mulheres possuem um papel de inépcia numa sociedade marcada pelo machismo e patriarcado.

Ainda, muitas mulheres são obrigadas a silenciar todo o sofrimento sentido e ensinadas que esse é o modelo ideal de filha, esposa, mãe e mulher. Para essas análises da mulher como inferior, foi mencionado sobre o mesmo caso um aspecto que chamou atenção, também ligada a uma visão de submissão da mulher.

“Relata que, quando criança, foi vítima de estupro pelo tio” (P3).

“Relatou ter perdido a vontade de ter relações sexuais com esposo, só realiza por ser “uma obrigação da mulher” (P2).

Através desses discursos evidencia-se um fenômeno intergeracional de machismo, em que a mulher aparece como uma figura alheia às imposições de satisfação masculina. A interpretação destes relatos, apontaram para a mulher como submissa as figuras masculinas do companheiro e do tio.

3.1.3 Figura opressora do pai

A categoria analisada aparece a partir de discursos que apontam a relação destas mulheres à figura de um pai que oprime. De acordo com Boris, Bloc e Teófilo (2012) a maior parte da literatura feminista aponta os homens como uma categoria que oprime as mulheres, sendo o comportamento de opressão reproduzido

intergeracionalmente ou ocasionando num distanciamento entre os filhos e as figuras parentais violentas.

Aparecem nos registros dos prontuários dessas mulheres, os relacionamentos da díades pai-filha, marcados por profunda insatisfação, desamparo e opressão. De acordo com a análise desse discurso

“Infância difícil, com pai muito opressor e controlador” (P1)

percebe-se que essas mulheres viveram num contexto de muitas adversidades que remonta a um passado, de certa maneira, traumático. Apresentado uma relação entre o sofrimento vigente com acontecimentos de sua infância.

Algumas vezes, constata-se uma preocupação masculina em reafirmar sua virilidade. Alguns tentam apresentá-la de forma a se comportar com violência e opressão. Autores consideram a ideia de que a virilidade dos homens esteja associada com seu poder de manipular e oprimir o corpo do outro em prol de seus desejos (MACHADO; BORIS; BLOC; TEÓFILO, 2012).

Além disso, podemos notar que esses elementos presentes nos discursos corroboram e reforçam a ideia do homem como aquele que detém do poder e controle sobre a mulher.

Além disso, o fato desse tema ter sido levantado num ambiente de acolhida psicológica sobre essa mãe, podendo-se até imaginar que a queixa clínica de DPP fosse apenas uma consequência dessa infância difícil com questões pouco ou nada resolvidas na vida dessas mulheres. Isto é, que os sintomas que levariam a depressão pós-parto estivessem, talvez, relacionados a um sofrimento que fora vivenciado no passado e não com o filho.

Relacionado a esse aspecto, surgem representações de uma figura mãe-mulher que se sente incapaz, subjugada a padecer daquela condição inferior e oprimida. Mesmo tendo sofrido quando criança, o relato da P1 resgata um passado associado ao seu sofrimento à DPP.

E por se encontrar nessa condição, não consegue dar conta dos cuidados com o filho, reforçando a ideia desta mulher como impotente, frágil, negligente. Portanto, passa a ser uma figura rejeitada, por ela não dar conta de provê-lo, como destacado no registro dos prontuários.

Dentro dessa perspectiva, os discursos parecem ter significados implícitos que exigem do estagiário de psicologia certa sensibilidade e atenção. Existem elementos, além dos que emergem da fala, muitas vezes pouco identificáveis e muito valiosos que podem fazer muito sentido para a apropriação do adoecimento psíquico, que por vez auxiliam na reabilitação e elaboração do sofrimento pela usuária que muitas vezes não é possível sem a intervenção psicológica.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível conhecer as demandas e intervenções psicológicas direcionadas às mulheres com depressão pós-parto no SPA de Sobral-CE. Além disso, possibilitou entender quais os fatores estão envolvidos no contexto das queixas de depressão pós-parto.

Acerca das compreensões da mulher numa posição social como inferior e ideal, percebemos como esses aspectos se relacionam com seus processos de adoecimento e como a psicologia os aborda. Dessa forma, podemos entender de que maneira a psicologia constrói suas interpretações sobre essas mulheres e de forma discorrem suas intervenções.

Com esse estudo, foi possível perceber que o serviço se apresenta como importante suporte no processo de melhoria de comprometimentos mentais, apresentando-se como formidável apoio à própria rede pública de saúde mental que, pela grande demanda, não dá conta dos casos.

Por ser um tempo pouco explorado pela comunidade científica, espera-se que com esse estudo possam-se chegar a novas formas de perceber e compreender essas mulheres com DPP, bem como abrir espaço para novos estudos e reorientação do cuidado à elas e que despertem o interesse em pesquisas e trabalhos envolvendo essa temática.

Concluiu-se que este estudo é de grande relevância científica, acadêmica e profissional por propiciar muitas reflexões e questionamentos acerca da depressão pós-parto e dos modelos vigentes de oferta de saúde para essas mulheres. A vista destas considerações, espera-se que esta pesquisa contribua para a prática dos profissionais de psicologia e das outras categorias da saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. G. R. A morte do filho idealizado. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2012; v. 36 n. 1, p. 90-97, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/morte_filho_idealizado.pdf>. Acesso em 11 de nov. 2017.

ANDRADE, Hamilton Leandro Pinto de et al. Depressão puerperal: o que dizem a mídia e a ciência. In: **Revista Científica Internacional**. v. 2, n. 9, p. 1-13, 2009.

AUGUSTO, C. A.; SOUZA, J. P.; DELLAGNELO, E. H. L.; CARIO, S. A. F. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Rev. Econ. Sociol. Rural* [online]. 2013, vol.51, n.4, pp.745-764. ISSN 0103-2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>>. Acesso: 16 de Setembro de 2017.

BARBOSA, F.; MAUS, K.; LIMA, R. P., ZIMERMAN, D. E., LIMA, C.P (2003). Episodio

BARROSO, C. O.; AQUINO E.E. **Transtornos psíquicos nas mulheres influenciados pelo período gravídico/puerperal**. Monografia para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem apresentada a Faculdade Barão do Rio Branco – FAB. Rio Branco, 2011.

BORIS, G. D. J. B.; BLOC, L. G.; TEÓFILO, M. C. C. *Os rituais da construção da subjetividade masculina*. **Rev. O Público e o Privado** (UECE), v. 19, p. 17-33, 2012.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmnKeD>>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

CAPLAN, H. L., COGILL, S.R., ALEXANDRA, H., ROBSON, K.M., KATZ, R., & KUMAR, R. Maternal depression and the emotional development of the child. **British Journal of Psychiatry**, 154, 818-822. 2008.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa**: análise de discurso *versus* análise de conteúdo, out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em: 16 de Agosto de 2017.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Rev. Psiq. Clín.** 33 (5); 233-238, 2006.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E.R.A. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Estudos e pesquisa em psicologia**. v. 8. n. 3. p. 759 – 773. Rio de Janeiro, 2008.

DIAS, V. Identificação de fatores de risco pode evitar depressão pós-parto. USP Notícias. Boletim n. 1526, 2004.

FAGULHA, T; GONÇALVES, B. Assessment of symptoms of menopause and depression: Influence of the education level and other sociodemographic variables. Poster apresentado na VII European Conference on Psychological Assessment. 2005.

FERNANDES, RCL; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.3, pp:192-200. 2008.

GAZALLE, FK; LIMA, MS; TAVARES, BF; HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38 n.3, p.365-371, 2004.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.sorocaba.unesp.br/Home/Biblioteca/modelo-de-citacoes2.pdf>>. Acessado em: 13 junho 2017.

GOMES, L. A., TORQUATO, V. S., FEITOZA, A. R., SOUZA, A. R., SILVA, M. A. M., PONTES, R. J. S. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Revista Rene**. 2010; v. 11. p. 117-123.

GREINERT, B. R. M.; MILANI, R. G. Depressão pós-parto: uma compreensão psicossocial. *Psicol. teor. prat.* [online]. 2015, vol.17, n.1, pp. 26-36. ISSN 1516-3687.

GUEDES-SILVA, Damiana; SOUZA, Marise Ramos de; MOREIRA, Vilma Perez. **Depressão pós-parto**: prevenção e consequências. *Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 439-450, set., 2003.

GUTIERREZ, D. M. D.; PONTES, K. D. S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 3-24, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 dez. 2017.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6.ed. Porto Alegre: Artemed, 2004

- KLAUS, M. H., KENNEL, J.H., & KLAUS, P. (2009). Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LEAL, I., PIMENTA, F., & MARQUES, M. **Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde: Modelos e Práticas**. Lisboa: Placebo editora. 2012.
- LIMA, MS. Epidemiologia e impacto social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.21, p.1-5, 1999.
- LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A. E. V.; BORDIN, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E.; JORGE, S. M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**, FFCLRP-USP, Rib. Preto, Jan/Julho, 2010.
- MALDONADO, T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. São Paulo saraiva, 2002.
- MINAYO, M.C.S. et al. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.
- MORAES, A. G. S.; et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Revista Saúde Pública**. v. 40. n. 1. p. 65 – 70, São Paulo, 2006.
- NIEVAS, AF; FUREGATO, ARF; IANNETTA, O; SANTOS, JLF. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. **J Bras Psiquiatr**, v.55, n.4. pp: 274-279, 2006.
- OLIVEIRA, FRAF; FREITAS, RM. Atenção farmacêutica a um portador de depressão. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. IX, n.3, p: 54 - 66, 2012.
- PAIN, J. S. O que é o sus. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.
- PEREIRA, T. B. **Depressão pós-parto: a importância do diagnóstico precoce**. Monografia. 2013, 20 f. (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade do estado do Mato Grosso, Cáceres. 2013. Disponível em: <http://portal.unemat.br/media/oldfiles/enfermagem/docs/2014/projetos_tcc2013_2/prejeto_tc_c_tatiane.pdf>. Acessado em: 16 de setembro 2016.
- PROCHNOW, L. P.; LOPES, R. C. S. A relação da mãe em situação de depressão com suas figuras femininas de apoio. **Psico** v. 38, n. 3, p. 285-291, 2007.
- RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia – UFF**, v. 19 n. 2, p. 397- 410, 2007.
- REZENDE, M. **Obstetrícia fundamental**. 11.ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.
- RIBEIRO E.L. Psicóloga Clínica e Organizacional, colaboradora da Comunidade Canção Nova. 2010. Disponível em: <http://www.cancaonova.com/portal>. Acesso em: 10 de Junho de 2017.
- RUSCHI, G. E. C.; et al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 29. n. 3. p. 274 – 280. Vitória, 2007.
- SÁ-SILVA, J R; ALMEIDA, C D de; GUIDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I - Número I - julho de 2009.
- SCHWARCZ, R; FESCINA, R; DUVERGES, C. **Obstetrícia**. 6.ed. Buenos Aires: Ateneo, 2005.
- SCHWENGBER, D. D. S.; PICCININI, C. A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 8. n. 3. p. 403 – 411. UFRS, 2003.

SILVA, E. T.; BOTTI, N.C.L. **Depressão puerperal**: uma revisão de literatura. **Revista eletrônica de Enfermagem**. Vol.7. n.2. p. 231 – 238. 2005.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria da Saúde e Ação Social. Núcleo de Comunicação e Arte da EFSFVS. 2007. **Mimeografado**.

SOUSA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. **A maternidade na história e a história dos cuidados maternos**. Revista Psicologia ciência e profissão. v. 24. n.1. p. 44 – 55. 2004.

SOUZA, I., & DAURE, S. A importância da família na prevenção da depressão pós-parto. **Psicol Clin**, 11, 117-132. 2010.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes. 2009.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**: o panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre: Artes Médicas. 2012.

SZEJER, M., & STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher**: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

TENÓRIO, S. A; BRITO, E; SILVA T. Alterações psíquicas influenciadas pelo período gravídico puerperal. **Revista Enfermagem**, ano 9, n.34, p. 14-18, 2010.

THEME FILHA, M. M., AYERS, S., GAMA, S. G. N., LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study. **Journal of affective disorders**, 194 (2016) 159 – 167. 2011/2012.

VERAS AB, RASSI A, VANECA AM, NARDI AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev Psiquiatr RS**, v.28, n.2, pp:27- 38, 2006.

WAINER, J. Métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa para a ciência da computação. In: Tomasz Kowaltowski; Karin Breitman. (Org.). Atualização em informática 2007. Sociedade Brasileira de Computação e Editora PUC rio, 2007, p. 221-262.

VER-SUS JUREMA E SUA INTERFACE COM A ESPIRITUALIDADE E SAÚDE: A ANCESTRALIDADE QUE CURA

Vinicius Costa Maia Monteiro

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Isaac Newton Machado Bezerra

Graduando em Saúde Coletiva pela Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio
Grande do Norte

Edfrancy do Nascimento Silva Ferreira

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Antônio de Pádua César Freire

Psicólogo, Professor da Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Aline Erinete da Silva

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Fernando Camanducao Sales Leite

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Sabrina Soares dos Santos

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Kerollainy Yorrany Mesquita de Sousa

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Pablo Ramon da Silva Carvalho

Graduando em enfermagem pela Universidade
Potiguar, Mossoró, Rio Grande do Norte

Mônica Laís de Moraes

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Maria da Conceição Lima Alves

Enfermeira Formada pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

Newton Chaves Nobre

Enfermeiro formado pela Universidade Potiguar,
Mossoró, Rio Grande do Norte

VER-SUS JUREMA AND ITS INTERFACE WITH SPIRITUALITY AND HEALTH: THE ANCESTRY THAT HEALS

RESUMO: Introdução: Os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população (MENDES et al, 2012) . O VER-SUS no Rio Grande do Norte em sua edição 2017/2018 vem com o tema “JUREMA”, nome que remete a uma árvore considerada sagrada, símbolo de força e religiosidade, e teve como objeto de reflexão a saúde da população negra em especial os povos de terreiros e quilombos. A religiosidade enquanto forma terapêutica e o papel dos profissionais de saúde enquanto ferramenta de fortalecimento dessas práticas

(MURAKAMI; CAMPOS, 2012). **Objetivo:** Descrever a experiência vivida pelos participantes da edição 2017/2018 do VER-SUS/RN. **Metodologia:** A seleção dos viventes aconteceu em dois momentos distintos. No primeiro, os candidatos eram convidados a responder um formulário eletrônico e no segundo, eram convocados a uma entrevista presencial. Esse processo resultou na composição de um grupo formado por quarenta alunos dos mais diferentes cursos da saúde. **Resultados e Discussão:** Os discentes selecionados participaram de sete dias de vivência na cidade de Currais Novos, na região Seridó do RN, onde foram levados a refletir sobre a cultura e espiritualidade das comunidades tradicionais locais e suas contribuições no processo de cuidado em saúde. Foram visitados quilombos, terreiros de candomblé e bairros habitados por ciganos. Em ambos puderam observar as potencialidades e fragilidades na assistência prestada a esse povo. A vivência é um processo de imersão teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde dos territórios de abrangência. A imersão é uma metodologia onde o participante fica 24 horas por dia, durante todo o período da vivência, disponível para atividades do projeto. Conhecer a espiritualidade como forma de agrega-la ao cuidado em saúde é algo bastante difícil e requer uma atenção especial principalmente quando a mesma é cercada por preconceitos e estigmas resultantes de uma herança histórica marcada por exclusão e resistência (MELO et al, 2015). Estar disposto a vivenciar experiências como as que o VER-SUS proporciona, é se colocar a disposição de uma desconstrução e reconstrução que resulta no fortalecimento dos princípios do SUS. A desmonopolização do cuidado e a valorização das práticas populares são caminhos que levam a preservação da dignidade humana. **Conclusão:** As Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde colaboram efetivamente para o amadurecimento dos futuros profissionais do SUS, defensores da saúde pública e aliados ao crescimento e fortalecimento da mesma. Entender-se como colaborador no processo de defesa das comunidades tradicionais, principalmente das práticas herdadas por seus ancestrais, é uma necessidade que precisa estar presentes nos processos de formação e valorizadas nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Ancestralidade, Espiritualidade, Saúde.

REFERÊNCIAS

MURAKAMI, Rose; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200024&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>.

MELO, Cynthia de Freitas et al. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, jul. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2019.

MENDES, Flavio Martins de Souza et al. Ver-Sus: relato de vivências na formação de Psicologia. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 174-187, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 06 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100013>.

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 (Universidade Candido Mendes - RJ). 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 (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. 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, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ação 5, 6, 7, 8, 174, 219, 220, 249
Adesão a diretrizes 189
Adesão a diretrizes, 189
Adolescentes 7, 11
Alzheimer 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 116, 119
Ancestralidade 251
Antimicrobianos 189
Aprendizagem Baseada em Problemas 142
Atenção Primária a Saúde 95, 104
Auditoria 55, 95, 96, 97, 98, 103, 104
Avaliação do impacto na saúde 219

B

Busca de sensações 43, 46, 53

C

Cárcere 174
Compreensões Psicológicas 239
Consumo de álcool 43, 49, 50
Contação de histórias 75
Correlatos 43, 49, 50
Cuidador 85, 105, 113, 115
Cuidados 8, 56, 58, 62, 65

D

Demência 56, 58, 62
Depressão pós-parto 239, 247, 248
Doença de Parkinson 205, 206, 207, 212, 215, 217, 218
Doenças 11, 141, 222, 223, 240

E

Educação em saúde 10, 105, 107, 111, 112, 117, 119, 130, 165
Educação por pares 90
Educação Superior 153
Enfermagem 1, 11, 15, 23, 33, 34, 35, 36, 39, 41, 42, 55, 56, 58, 63, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 105, 115, 116, 117, 119, 134, 142, 145, 146, 147, 149, 150, 162, 163, 164, 171, 175, 182,

204, 231, 233, 236, 237, 246, 248, 249, 252

Equipe de Assistência ao Paciente 16

Equipe de Enfermagem 67

Equipe Interdisciplinar de Saúde 183

Esgotamento profissional 231

Espiritualidade 251

Estudantes de Enfermagem 142

Estudos de Validação 23

Estudos epidemiológicos 219

Estudos validados 105

F

Farmácia 20, 175, 189, 192, 202, 204, 248

G

Gerenciamento 120, 126, 127, 128, 192, 199

Gestão em Saúde 95

H

HIV 6, 7, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 33, 34, 91, 174

Hospitalização 105, 107, 230

I

Idoso 23

Indicadores demográficos 219

Internação Hospitalar 183

Intervenção com grupo de crianças 75

L

Logística Reversa 120, 121, 127

M

Manejo de espécimes 130

O

Odontologia Preventiva 2

Outubro Rosa 174

P

Platelmintos 137
Potência de ação 75
Práticas integrativas 175, 178, 179, 181
Prevenção 11, 91, 165, 172
Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis 91
Prevenção e controle 165
Processo de Enfermagem 67, 68, 74
Promoção da Saúde 2, 89, 90, 176, 187
Psiquiatria Infantil 16

R

Realidade Virtual e Reabilitação 206
Relato de Experiência 176
Resíduos Sólidos 120, 124, 125, 127, 128

S

Saúde ambiental 219
Saúde Bucal 2, 7, 8
Saúde Mental 16, 17, 150, 239
Saúde Pública 2, 5, 1, 2, 55, 89, 134, 172, 202, 204, 229, 230, 247, 248, 252
Saúde Sexual e Reprodutiva 23, 90
Síndrome de Burnout 231, 233, 234, 235, 236, 237, 238
Sistema Único de Saúde 16, 17, 97, 104, 144, 153, 156, 161, 176, 251
Sistema urinário 165
Subjetividade Materna 239

T

Tanatologia 36, 38, 39, 41
Técnicos em farmácia 189
Terapias Complementares 153
Traumatismos da Medula Espinal 183

V

Vigilância em saúde pública 130, 137

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-590-7



9 788572 475907