

# Atenção Interdisciplinar em Saúde 3

**Samuel Miranda Mattos  
Kellen Alves Freire  
(Organizadores)**



**Atena**  
Editora

Ano 2019

# Atenção Interdisciplinar em Saúde 3

**Samuel Miranda Mattos  
Kellen Alves Freire  
(Organizadores)**



**Atena**  
Editora

Ano 2019

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



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

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**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
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. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª 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 Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
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. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
A864	Atenção interdisciplinar em saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizadores Samuel Miranda Mattos, Kellen Alves Freire. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Atenção Interdisciplinar em Saúde; v. 3)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-763-5 DOI 10.22533/at.ed.635191311  1. Administração dos serviços de saúde. 2. Hospitais – Administração. I. Mattos, Samuel Miranda. II. Freire, Kellen Alves. III. Série.  CDD 362.11068
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

Constata-se que a interdisciplinaridade profissional reflete diretamente no avanço e melhoria de atendimento na população. Dentro do campo interdisciplinar, encontramos o setor saúde, este que é composto por diversos profissionais que trabalham arduamente para a melhoria dos serviços de saúde, contribuindo na prática clínica e científica.

Acredita-se que registrar e divulgar o modo de trabalho, o conhecimento científico e relatar experiências são estratégias para o aprimoramento do avanço da humanidade.

Sendo assim, nesta coletânea “*Atenção Interdisciplinar em Saúde*”, o leitor terá a oportunidade de encontrar trabalhos de pesquisa de caráter nacional e internacionais sobre saúde, produzidos em língua portuguesa, inglesa e espanhola, divididos em quatro volumes.

Destaca-se que o volume I e II tem-se predominantemente pesquisas de revisão de bibliográfica, literatura, integrativa, sistemática e estudo de caso. Já o volume III e IV, encontra-se pesquisas com diferentes desenhos de estudo. Todos os artigos trazem uma ampla visão de diferentes assuntos que transversalizam a saúde.

Acredita-se que o leitor após a leitura desta coletânea estará preparado para lidar com a diversidade de barreiras técnicos/científico no setor saúde. Por fim, convido ao leitor a realizar uma excelente leitura e uma reflexão sobre as temáticas apresentadas, AbraSUS!

Samuel Miranda Mattos

Kellen Alves Freire

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
“QUERO MORRER”: COMPORTAMENTO SUICIDA E AS POSSÍVEIS MOTIVAÇÕES	
Paula Carolina Lima de Aviz Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira Gabriela Souza do Nascimento Fernando Sérgio Henriques Pereira Maria Selma Carvalho Frota Duarte Ana Rosa Tavares da Paixão	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6351913111</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>13</b>
“TRILHAS DO CONHECIMENTO”: NOVOS CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO CONTINUADA DOS SERVIDORES DA SMELJ/CURITIBA	
Carla Cristina Tagliari Juliano Passoni Thiago Antonio Soares Pinto	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6351913112</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>18</b>
1ª JORNADA MATOGROSSENSE DE SAÚDE: UMA BUSCA PELA UNIÃO DAS DIVERSAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE	
Audrey Moura Mota-Gerônimo Isabel Comassetto Heloisa Maria Pierro Cassiolato Raiane Jordan da Silva Araújo Bruna Paesano Grellmann Daniela de Oliveira Soares Rafaela Aparecida Nolasco	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6351913113</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>29</b>
ADOCIMENTO CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEL E OS IMPACTOS À SAÚDE DE HOMENS	
Anderson Reis de Sousa Álvaro Pereira Jules Ramon Mateus Vieira Soares Ricardo Souza Evangelista Sant’Ana Roquenei da Purificação Rodrigues Thiago da Silva Santana Francieli Aparecida de Oliveira Thaciane Alves Mota	
<b>DOI 10.22533/at.ed.6351913114</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>46</b>
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: MODELO DE INTERVENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE	
Karoleen Oswald Scharan Rafaella Stradiotto Bernardelli	

**CAPÍTULO 6 ..... 59**

**DESAFIOS NA CORRESPONSABILIZAÇÃO ASSISTENCIAL PERANTE OS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Letícia Flores Trindade  
Juliedy Waldow Kupske  
Kátrin Isabeli Dreschler Corrêa  
Laura Silva Rubin  
Luan Carlos da Silva Walker  
Janice de Fatima Pavan Zanella  
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

DOI 10.22533/at.ed.6351913116

**CAPÍTULO 7 ..... 69**

**EFEITOS DA AURICULOTERAPIA E PONTOS SISTÊMICOS DE ACUPUNTURA EM PACIENTES RENAI CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE**

Magda Fabiana Dantas da Costa  
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort  
Jone Bezerra Lopes Júnior  
Mário Felipe Nobrega Soares

DOI 10.22533/at.ed.6351913117

**CAPÍTULO 8 ..... 78**

**ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES: ORIENTAÇÃO QUANTO AO CUIDADO ORAL DA MÃE E DO BEBÊ**

Francisco Cezanildo Silva Benedito  
Cácia Aline Costa Santos  
Davide Carlos Joaquim  
Juliana Costa Rodrigues  
Gabriela Silva Cruz  
Ana Karine Rocha de Melo Leite  
Gabriela Soares Santana  
Eduardo da Cunha Queiroz  
Karlos Eduardo Rodrigues Lima  
Francisco Gleuberson Oliveira da Silva  
Cosmo Helder Ferreira da Silva  
Ana Caroline Rocha de Melo Leite

DOI 10.22533/at.ed.6351913118

**CAPÍTULO 9 ..... 90**

**ERVA-MATE: ALIMENTO REGIONAL COM POTENCIAL ANTIOXIDANTE**

Cintia Cassia Tonieto Gris  
Elonio Galvão Frota  
Bruna Krieger Vargas  
Telma Elita Bertolin

DOI 10.22533/at.ed.6351913119

**CAPÍTULO 10 ..... 95**

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO BAIRRO SANTA ISABEL EM CUIABÁ, MT**

Fernanda Queiroz Aratani

Ilana Falcão de Arruda

**DOI 10.22533/at.ed.63519131110**

**CAPÍTULO 11 ..... 97**

**EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM COM O ENSINO DO CUIDADO COM ESTOMIAS MEDIADO POR APLICATIVO**

Priscila Ravene Carvalho Oliveira

Ana Karoline Lima de Oliveira

William Caracas Moreira

Leticia Gonçalves Paulo

Patrícia Regina Evangelista de Lima

Zeila Ribeiro Braz

Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues

David de Sousa Carvalho

Izadora de Sousa Neves

Francisco Gerlai Lima Oliveira

Denilton Alberto de Sousa Júnior

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

**DOI 10.22533/at.ed.63519131111**

**CAPÍTULO 12 ..... 106**

**FORMAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO: PRÁTICA COLABORATIVA E INTERDISCIPLINAR**

Maria Angela Conceição Martins

Lúcia Stela Pessanha Lopes de Souza

Maria Aparecida das Graças Correa Milhomem

**DOI 10.22533/at.ed.63519131112**

**CAPÍTULO 13 ..... 116**

**IDENTIFICAÇÃO DE VARIAÇÕES ANATÔMICAS NAS ARTÉRIAS RENAIIS E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS-CIRÚRGICAS**

Bruno José Santos Lima

Matheus Souza Nogueira

Juciele Valéria Ribeiro de Oliveira

Leonardo Santos Melo

Maylla Fontes Sandes

Angela Santos Lima

Rodolfo Kalil de Novaes Santos

Antônio Vinícius Pimentel Lima

Catharina Garcia de Oliveira

Débora Silva Pereira

Ana Isabel Machado de Freitas

Gabriel Dantas Lopes

**DOI 10.22533/at.ed.63519131113**

**CAPÍTULO 14 ..... 124**

**IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARACTERIZAÇÃO E RISCO DE QUEDA**

Andressa Peripolli Rodrigues  
Sandra Maria de Mello Cardoso  
Lucimara Sonaglio Rocha  
Margot Agathe Seiffert  
Mariéli Terezinha Krampe Machado  
Neiva Claudete Brondani Machado  
Rita Fernanda Monteiro Fernandes  
Elizabeth Marta Krebs  
Edennis Alexandre Barbosa de Moraes  
Márcia Beatriz do Carmo Gaita

**DOI 10.22533/at.ed.63519131114**

**CAPÍTULO 15 ..... 134**

**O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO COM PACIENTES EM PROCESSO DE FINITUDE: A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR**

Lorrany de Cássia de Souza e Silva  
Marisa Elenice Silva Lima

**DOI 10.22533/at.ed.63519131115**

**CAPÍTULO 16 ..... 146**

**PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

Mayrla Diniz Bezerra  
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort  
Andréia Weissheimer  
Paulo Henrique Soares da Silva  
Larissa Rodrigues de Freitas  
Francisca Alice Cunha Rodrigues  
Samira Valentim Gama Lira  
Albertina Antonielly Sydney de Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.63519131116**

**CAPÍTULO 17 ..... 157**

**PRÁTICA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DIABETES**

Sally Cristina Moutinho Monteiro  
Roberta Camila Bezerra Lima Carneiro  
Ilka Kassandra Pereira Belfort  
Luciana Branco da Motta  
Paulo Marcondes Carvalho Junior

**DOI 10.22533/at.ed.63519131117**

**CAPÍTULO 18 ..... 171**

**PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS COM AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E MOTIVOS QUE LEVARAM AO USO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS**

Mitieli Vizcaychipi Disconzi  
Annie Jeanninne Bisso Lacchini  
Cíntia Nasi

**DOI 10.22533/at.ed.63519131118**

<b>CAPÍTULO 19</b> .....	<b>183</b>
<b>PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES</b>	
Valéria de Albuquerque Sousa	
Fernanda Nascimento Silva	
Gerdane Celene Nunes Carvalho	
Ana Letícia Nunes Rodrigues	
Adenilde Maria Coelho Soares da Silva	
Ancelmo Jorge Soares da Silva	
Izabella Neiva de Albuquerque Sousa	
Joaline Barroso Portela Leal	
Laise Maria Formiga Moura Barroso	
Mariluska Macedo Lobo de Deus Oliveira	
Nadjane Bezerra de Sousa	
Roseane Luz Moura	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63519131119</b>	
<b>CAPÍTULO 20</b> .....	<b>189</b>
<b>PRIMEIROS SOCORROS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DOCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR</b>	
Renata Jacobovski	
Franciele Foschiera Camboin	
Edson Antônio Alves da Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63519131120</b>	
<b>CAPÍTULO 21</b> .....	<b>201</b>
<b>SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO</b>	
Ilza Iris dos Santos	
Maria Alyne Lima dos Santos	
Monaliza Jéssica do Vale Sousa	
Juce Ally Lopes de Melo	
Bruna Gabriela de Souza Carvalho Rocha	
Cristina Virgínia Oliveira Carlos	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63519131121</b>	
<b>CAPÍTULO 22</b> .....	<b>214</b>
<b>TRANSIÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO: EXPECTATIVAS DE GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE</b>	
Leonardo Borges Magalhães	
Gisélia Gonçalves de Castro	
Scheilla de Castro Reis e Silva	
Arlindo Gonçalves Reis Junior	
Tassiana Algarte Fernandes	
Tacyana Silva Peres	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63519131122</b>	
<b>CAPÍTULO 23</b> .....	<b>227</b>
<b>UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AS CRIANÇAS SURDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE</b>	
Alexandra Ferreira Gouvêa Martins	
Diana Negrão Cavalcanti	
<b>DOI 10.22533/at.ed.63519131123</b>	

**CAPÍTULO 24 ..... 235**

**USO E PRESCRIÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS DO TRATO RESPIRATÓRIO: O OLHAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Ana Paula da Fonseca Arcoverde Cabral de Mello  
Gabriel Soares da Costa  
Ravi Marinho dos Santos  
Taís Helena Gouveia Rodrigues  
Ívina Albuquerque da Silva  
Palloma Emanuelle Dornelas de Melo

**DOI 10.22533/at.ed.63519131124**

**CAPÍTULO 25 ..... 243**

**UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES EM INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES**

Bárbara Gomes Santos Silva  
Brenda Moreira Loiola  
Camila Carvalho do Santos  
Erielton Gomes da Silva  
Francisco Gerlai Lima Oliveira  
Laiara de Alencar Oliveira  
Manoel Renan de Sousa Carvalho  
Maria Karolayne de Araújo Pereira  
Priscilla Castro Martins  
Suzy Ellen de Sousa Caminha  
Vitória Eduarda Silva Rodrigues  
Nády dos Santos Moura

**DOI 10.22533/at.ed.63519131125**

**CAPÍTULO 26 ..... 249**

**VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES GESTANTES**

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo  
Dora Mariela Salcedo-Barrientos  
Paula Orchiucci Miura

**DOI 10.22533/at.ed.63519131126**

**CAPÍTULO 27 ..... 259**

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL**

Franciele Jaqueline Rieth  
Vânia Paula Stolte Rodrigues  
Bruno do Nascimento Medeiros

**DOI 10.22533/at.ed.63519131127**

**CAPÍTULO 28 ..... 268**

**AS COMPETÊNCIAS E OS DESAFIOS DA GESTÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Leyla Gerlane de Oliveira Adriano  
Dheyli Wilma Ramos Silva  
Nelciane de Sousa Fernandes  
Joyceleyde de Sousa Vasconcelos

Joana Célia ferreira Moura  
Raniela Borges Sinimbu  
DOI 10.22533/at.ed.63519131128

<b>SOBRE OS ORGANIZADORES.....</b>	<b>277</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>278</b>

## “ QUERO MORRER”: COMPORTAMENTO SUICIDA E AS POSSÍVEIS MOTIVAÇÕES

### **Paula Carolina Lima de Aviz**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)  
Belém - Pará

### **Rita do Socorro Ribeiro Quaresma Oliveira**

Universidade da Amazônia (UNAMA)  
Belém - Pará

### **Gabriela Souza do Nascimento**

Universidade da Amazônia (UNAMA)  
Belém - Pará

### **Fernando Sérgio Henriques Pereira**

Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas  
Gaspar Vianna (FPEHCGV)  
Belém – Pará

### **Maria Selma Carvalho Frota Duarte**

Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas  
Gaspar Vianna (FPEHCGV)  
Belém – Pará

### **Ana Rosa Tavares da Paixão**

Clinica de Psiquiatria Mário Machado (CMM)  
Belém - Pará

**RESUMO:** O fenômeno suicídio atrai à atenção de filósofos, teólogos, profissionais da saúde, sociólogos e artistas através dos séculos. Considerado uma séria questão de saúde pública, torna-se complexo e particularmente difícil de explicar o que motiva pessoas a cometer suicídio, enquanto outras em situação similar, ou pior, não o fazem. Há vários fatores como biológicos, psicológicos, sociais, culturais

e ambientais envolvidos neste fenômeno. Investigar variáveis envolvidas em tentativas de suicídio em pacientes assistidos em uma clínica de psiquiatria de Belém. Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Como ferramenta para a coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada, elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e adaptado pela autora. Os participantes foram selecionados previamente pela equipe de enfermagem. Neste estudo, 06 pacientes foram entrevistados. A idade dos participantes variou de 18 à 47 anos. No total, 05 pacientes eram do gênero feminino e 01 correspondeu ao gênero masculino. Encontramos as motivações, o planejamento ou impulso, os sentimentos, meios mais utilizados, o uso de álcool e/ou drogas e pessoas significativas. Observou-se a ambivalência entre o querer morrer e o querer viver, pois o sofrimento que permeia a existência dos sujeitos é o intolerável e principal agente motivador das tentativas. Desta forma, o compromisso com a prevenção e minimização das tentativas torna o tema importante para reflexão e discussões. Os vínculos afetivos destacados na família favorecem o desenvolvimento do ser humano nos seus diversos ciclos vitais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tentativas de suicídio; Enfermagem; Saúde Mental.

"I WANT TO DIE": SUICIDE BEHAVIOR AND

## THE POSSIBLE MOTIVATIONS

**ABSTRACT:** The suicide phenomenon attracts the attention of philosophers, theologians, health professionals, sociologists and artists through the centuries. Considered a serious public health issue, it becomes complex and particularly difficult to explain what motivates people to commit suicide, while others in a similar situation, or worse, do not. There are several factors such as biological, psychological, social, cultural and environmental factors involved in this phenomenon. To investigate variables involved in suicide attempts in patients attending a psychiatric clinic in Belém. Exploratory research, with a qualitative approach. As a tool for data collection, a semi-structured interview was used, elaborated according to the objectives of the research and adapted by the author. Participants were previously selected by the nursing team. In this study, 6 patients were interviewed. The participants' ages ranged from 18 to 47 years. In total, 05 patients were of the female gender and 01 corresponded to the male gender. We found the motivations, the planning or impulse, the feelings, the most used means, the use of alcohol and / or drugs and significant people. It was observed the ambivalence between wanting to die and wanting to live, because the suffering that permeates the existence of the subjects is the intolerable and main motivating agent of the attempts. In this way, the commitment to the prevention and minimization of attempts makes the topic important for reflection and discussion. The affective bonds detached in the family favor the development of the human being in his several life cycles.

**KEYWORDS:** Suicide attempts; Nursing; Mental health.

### 1 | INTRODUÇÃO

De acordo com Vianna et al.,(2008, p.39 apud MORAES, 2013, p.16),” suicídio é resultado da alteração do pensamento e da conduta da pessoa. É a ação de tirar a própria vida de maneira voluntária e intencional, que é iniciada e levada por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de resultado fatal”.

O fenômeno suicídio atrai a atenção de filósofos, teólogos, profissionais da saúde, sociólogos e artistas através dos séculos. Considerado uma séria questão de saúde pública, torna-se complexo e particularmente difícil de explicar o que motiva pessoas a cometer suicídio, enquanto outras em situação similar, ou pior, não o fazem. Há vários fatores como biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais envolvidos neste fenômeno (OMS, 2000). O ato de suicídio significa morte aos objetivos existenciais e a morte de si próprio, num processo que pode implicar a tentativa de reparação de situações ou sentimentos. O significado do ato do suicídio pode, inclusive, implicar acontecimentos novos para um estágio de ajustamento vivido pela pessoa. É um projeto de vida, em que a morte é o objetivo final (ANGERAMI, 2017, p. 87).

As doenças mentais, o uso de drogas e álcool, bem como fatores socioeconômicos

estão como os principais fatores de risco associados ao risco de suicídio (BARBOSA et al., 2016).

Barbosa et al. (2011) destacam sinais e alterações de comportamento que podem sinalizar um pedido de ajuda. Estes seriam: o isolamento social, ideias de autopunição, verbalizações de conteúdo pessimista ou de desistência da vida, e comportamentos de risco.

Almeida (2015) afirma que as emoções e os sentimentos fazem parte da afetividade humana. A emoção, orgânica, é exteriorizada pelo corpo para o meio social enquanto os sentimentos, podem ser reprimidos ou não pelo sujeito. Assim, é imprescindível garantir que o sujeito possua vínculos afetivos familiares saudáveis para que seja capaz de lidar com o ambiente, de forma autônoma e segura.

Deste modo, torna-se relevante compreender a dinâmica do comportamento suicida e sua relação na vida de pessoas que estão em tratamento no âmbito da saúde mental. A gravidade deste fenômeno implica em dados estatísticos alarmantes e em um grande número de pessoas em sofrimento que geralmente possuem necessidades reconhecidas apenas pelos profissionais diretamente envolvidas no cuidado. Nesta perspectiva, compreender as possíveis motivações para tentativas de suicídio facilitará o desenvolvimento de estratégias e eficácia no processo de assistência e intervenção no contexto em que estão inseridos os sujeitos.

## 2 | METODOS

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Como ferramenta para a coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada, elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa e adaptado pela autora.

A pesquisa foi realizada em uma clínica psiquiátrica particular, localizada em Belém, no estado do Pará. Atualmente, a clínica dispõem de 15 leitos particulares e 14 leitos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). As entrevistas foram previamente agendadas com a equipe multiprofissional e pacientes.

A frequência das visitas e entrevistas permaneceu condicionada às admissões de indivíduos cujos critérios fossem os desejados nesta pesquisa. O instrumento foi estruturado abrangendo os dados gerais de identificação: Idade; sexo; gênero; estado civil; filhos; procedência; raça; religião; grau de escolaridade; Perguntas referentes aos objetivos propostos no estudo.

O estudo foi realizado seguindo o que determina Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que dispõem sobre a pesquisa com seres humanos, sendo aprovada segundo o parecer n. 3.005.019. A pesquisa foi desenvolvida sem financiamento. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), proporcionando a garantia do anonimato e a confidencialidade de dados

obtidos. As informações foram analisadas pelo método de Bardin e a escolha do material a ser transcrito correspondeu aos objetivos da pesquisa, do conteúdo e tema principal. Desta forma, realizou-se a transcrição de forma integral das entrevistas gravadas identificando os pacientes pelas seguintes palavras: P: vida; P: Esperança; P: Amor; P: Alegria; P: Coragem e P: Afeto.

### 3 | RESULTADOS

#### Caracterização dos sujeitos entrevistados.

PACIENTE	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	FILHOS	PROCEDÊNCIA	RAÇA	RELIGIÃO	ESCOLARIDADE
Vida	18	F	Solteira	Não	Castanhal	Negra	Evangélica	Ensino Superior Incompleto(em andamento)
Esperança	21	F	Solteira	Não	Belém	Negra	Agnóstica	Ensino Superior Incompleto
Afeto	21	M	Solteiro	Não	Belém	Pardo	Católico/Espirita	Ensino Superior Incompleto(em andamento)
Coragem	36	F	Casada	Sim	Parauapebas	Branca	Evangélica	Ensino Superior Completo
Alegria	44	F	Solteira	Sim	Belém	Branca	Crê em Deus	Ensino Superior Completo
Amor	47	F	Casada	Não	Belém	Branca	Espirita	Ensino Superior Completo

### 4 | DISCUSSÃO

#### Motivação

Os entrevistados puderam descrever sobre o que antecedeu as tentativas de suicídio. Verbalizaram sobre a ocorrência de diversos fatos ocorridos em suas trajetórias de vida que culminaram em um ápice. Nos discursos observou-se a priori uma insatisfação com a vida, o reconhecimento de problemas e as emoções causando sofrimento psíquico.

*A falta de reconhecimento de que eu teria alguma chance de ter a minha vida de forma feliz (P: Vida).*

Para Lima e Mamede (2012) as escolhas que enfrentamos no decorrer de nossa existência podem gerar angustias tensão e medo. Quando não se vislumbra uma alternativa ou nem se conforma com o “inalterável”, a vida torna-se motivo de infelicidade e a morte pode ser vista como única solução.

*É questão existencial mesmo [...]. Chegou um momento em que o cerco se fechou na minha vida e eu me senti cheia de culpas, cheia de medo [...] muitas culpas á tudo, a meus irmãos, a meus filhos, a minha família, minhas condutas [...] Á mim de*

*uma forma geral ligada aos meus familiares, e tudo e todas as pessoas. Existencial mesmo. Foi um conflito interno mesmo [...] interno, foi o ápice da culpa. (P: Alegria).*

Observamos nas falas de P: Vida e P: Alegria a questão existencial como fator preponderante mostrando a ausência de valorização de si e de si em relação ou outro, reforçando pensamentos de que sua vida não possui importância e não compreendendo o seu papel dentro da sociedade. Diante disto, os indivíduos experimentam situações de solidão e vulnerabilidade, marcadas por uma sociedade onde os reflexos comportamentais distorcem sua autoimagem (SILVA; BARBOSA, 2017).

O convívio social e as relações interpessoais que o paciente possui, podem influenciar no processo de adoecimento a medida que modificam ou impõem mudanças de comportamento. Diante disso, a pessoa pode não estar preparada para lidar com imposições adquirindo culpas por não se sentir aceita ou pertencente ao meio familiar por exemplo.

A resiliência surge então como papel significativo na prevenção de tentativas de suicídio por possibilitar as pessoas soluções estratégicas ao invés do suicídio frente a problemas difíceis (VENICIO; DAIUTO, 2017).

Contudo, o sujeito necessita verbalizar sobre as problemáticas que desencadeiam ou potencializam o seu sofrimento, o que pode acontecer frente ao profissional de saúde para que juntos planejem estratégias para a solução ou responsabilização frente a circunstâncias pessoais.

*O meu diagnostico é Transtorno de Personalidade Borderline e tenho dependência química também e...realmente meu humor oscila muito então qualquer coisa é motivo pra eu tá feliz, deprimida [...]Esse período eu tava muito mal e tava no auge da dependência química e talvez tenha sido por isso o auge da dependência química(P: Amor).*

Os transtornos mentais são um dos principais fatores de risco para o suicídio. Entre eles pode-se destacar: esquizofrenia, depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e uso abusivo de drogas psicoativas. É importante destacar que a depressão mantém maior relação com o suicídio por possuir sintomas como:

desesperança, tristeza, falta de motivação, pensamentos de morte e desinteresse pela vida que tornam maior a gravidade. É importante ressaltar ainda que, nem todos os pacientes que possuem quadro depressivo possuirão comportamento ou ideação suicida (ASSUMPTÃO et al.,2018; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSQUIATRIA, 2017; BRAGA; DELL'ANGLIO,2013; BOTTI et al.,2018).

## **Planejamento ou impulso**

Nesta etapa, objetivou-se entender se havia planejamento nas tentativas de autoextermínio ou se ocorria de forma impulsiva por um conflito momentâneo. Avaliou-se que os entrevistados planejavam de forma minuciosa o suicídio, porém, em um período não superior a 6 meses.

*Com planejamento e com impulso, pois eu já tinha todos os materiais que poderiam causar a minha morte mais eu esperava até chegar o momento em que eu tivesse total coragem e imaginasse que eu não teria chance de viver[...] Até um mês[...] (P: Vida).*

*Eu planejava calculadamente o que ia acontecer... se meus pais iriam estar dormindo, se eu iria err...ter acesso a isso, se eu não iria ter acesso e planejava tranquilamente e a sangue frio assim se iria acontecer[...] Questão de um dia (P: Esperança).*

Na fala de P: Vida é interessante observar que existe um momento adequado para as tentativas: possuir os materiais corretos e chegar ao ápice de situações conflituosas.

De acordo com Turecki (1999), indivíduos expostos a situações estressantes possuem maior predisposição á atos impulsivos. A redução serotoninérgica na região do córtex pré-frontal poderia causar em pacientes com presença de quadros psiquiátricos manifestações do comportamento suicida.

*Era rápido eu não pensava [...] uma sequência de pensamentos rápidos que vinham (P: Alegria).*

*O impulso, eu jamais planejo (P: Coragem).*

### **Meios mais utilizados**

Os relatos de P: Vida; P: Amor e P: Coragem mostra que há uma facilidade maior em ingerir medicamentos devido ao grau de instrução dos sujeitos, maior facilidade em conseguir os utensílios assim como a compreensão da forma correta de morrer. Os fatores culturais podem estar envolvidos devido a comercialização de fármacos geralmente sem necessidade de prescrição médica ou orientação farmacêutica.

*Eu não lembro muito mais a maioria foi por medicamentoso, excesso de medicamentos. Teve uma que eu cheguei a tomar 5 cartelas de paracetamol de 750 mg pois como eu faço farmácia eu saberia que meu fígado iria parar por conta disso e eu cheguei a chegar perto disso em umas dessas tentativas mais... outras eu já fui por cortes no pulso que eram formas de ir me matando aos poucos. Já tentei acertar uma veia para sangrar até morrer, mas não deu certo (P: Vida).*

*Só na terceira (álcool) que eu tentei me jogar[...]. As outras duas foram só utilizando remédio (P: Amor).*

Diante disto, Félix (2016) acredita que a letalidade do método utilizado é maior a cada tentativa de suicídio. Observamos na fala de P: Coragem o entendimento de que o acidente de carro poderia ser mais letal para sua morte.

Não foi aprofundada na entrevista a compreensão de sua responsabilidade consigo e com as demais pessoas nos casos de acidentes de transito que envolve vítimas inocentes. É notório que os meios utilizados para as tentativas de suicídio diversificaram-se:

*Em fevereiro eu tentei jogar o meu carro, eu perdi o controle do meu carro, eu tomei remédio err...e agora nesse mês eu...esse mês agora eu tentei me enforçar num hospital( P: Coragem).*

Estes relatos contemplam os achados na literatura. Bento et al.,(2015) observaram que mulheres e homens atendidos em São Paulo com comportamento suicida, utilizavam como métodos respectivamente: ingestão medicamentos (28,7% e 14,8%), corte dos pulsos/ automutilação (6,6% e 7,4%), atirar-se de lugar alto (4,1% e 7,4%), envenenamento (4,9% e 4,1%).

## Sentimentos

Para os entrevistados existe uma ambivalência entre o desejo de morrer e o desejar estar vivo evidenciado em atendimentos especializados e no pedido de ajuda. Os participantes P: Vida e P: Amor percebem sentimentos difíceis de manejar reforçando a atitude de autoextermínio como a única solução para seus conflitos. No entanto, compreendem que o ato gera consequências positivas e negativas.

Neste momento houve uma reflexão sobre o momento anterior e o posterior as tentativas de autoextermínio:

*Nas tentativas antes eu me sentia extremamente aflita, sentia que eu não tinha mais chances nesse mundo, que não tinha mais solução e depois que eu tentava e não conseguia eu tava no hospital já depois de uma lavagem ou... Depois de vários soros pra retirar os resíduos. Eu me sentia inútil... Pois não tinha conseguido. Continuava triste. Mas... Certamente depois da última tentativa que eu me internei eu me senti mais com esperanças e fiquei feliz por não ter conseguido morrer. Foi o motivo da minha internação (P: Vida).*

*Antes é o desespero né? Errr... parece que a vida tinha acabado, uma depressão muito grande e depois mais tristeza ainda por não ter dado certo mais ao mesmo tempo aliviada por não ter dado certo. Na verdade, eu não queria tanto. Eu pedi ajuda sempre nas tentativas. No fundo no fundo eu não queria... Eusó queria aliviar minha dor (P: Amor).*

Diante disso, Schlosser et al., (2014) afirma que tirar a própria vida pode não ser o proposito que motiva os indivíduos e sim, a intenção de ganhos secundários após a autoagressão como: atenção, cuidado, ferir emocionalmente ou” pedir ajuda”.

Os sentimentos negativos permanecem após a tentativa de suicídio pois o êxito não foi obtido, podendo surgir a compreensão de si como inútil perante a solução analisada como única para resolução de seus conflitos. Após as tentativas não sucedidas de suicídio, os pacientes podem trazer demandas a serem exploradas pelo profissional de saúde para minimização dos sentimentos trazidos como negativos e intervenção quanto aos pensamentos suicidas.

## Uso de álcool e/ou drogas

Os entrevistados foram questionados sobre o uso de álcool e/ou substâncias psicoativas para alívio de sofrimento. Estudos mostram que consumo excessivo de álcool está diretamente relacionado com a frequência de sintomas depressivos e suicídios em pessoas com predisposição (GARRIDO et al., 2016; GOLÇALVES; PONCE; LEYTON; 2015).

Observou-se entre os pacientes que o uso do álcool era natural como forma de busca de felicidade e em certos momentos foi associada com medicações psiquiátricas como forma de tentativas de autoextermínio.

*Sim, álcool. Eu ficava visivelmente feliz, mas era infelizmente temporário. Não eu bebia tudo. Tudo o que me davam. (P: Vida).*

*No álcool e no ansiolítico [...] muita cerveja [...] bebi bastante e até misturei com rivotril, ansiolítico... (P: Amor).*

Segundo Ribeiro et al., (2016) as tentativas de suicídio podem configurar uma manifestação pública de sofrimento psíquico atribuído a relações sociais afetivas fragilizadas ou punição. O uso abusivo de álcool pode surgir então como mecanismo de fuga para conflitos pessoais e potencializador de adoecimento, haja vista que gera morbidades e aumenta o risco para o suicídio.

## Pessoas significativas

Um aspecto importante a ser explorado no atendimento a pacientes com comportamento suicida é a rede de apoio. As relações afetivas e interpessoais que o indivíduo mantém em sociedade, ou seja, os vínculos saudáveis tem potencial para beneficiar a pessoa, na manutenção de seu bem-estar amplo. O núcleo familiar quando possui uma dinâmica adoecedora, no entanto, gera dificuldades na pessoa com comportamento suicida. Tais dificuldades se manifestam em seu desenvolvimento ao longo do ciclo vital e postura perante eventos estressores.

Os entrevistados em suas diversas tentativas de autoextermínio recordaram pessoas significativas para as quais decidiram se despedir. Em momentos isolados refletir sobre a sua ausência na vida destas pessoas repercutiu em meios menos letais ou desistência de um ato desesperado.

*Eu me despedi por forma de vídeo dos meus pais da última vez e...Eu fazia ...eu fiz trinta vídeos err...um vídeo falando de cada dia do ano né...nesses trinta vídeos eu chorei muito , falei muita coisa que eu queria ter falado pra eles só que depois eu falei assim: ué, por que que eu não posso fazer isso em vida? (P: Esperança).*

Para o P: Esperança o processo de gravar vídeos para os pais culminou em uma forma de desabafo quanto a sua dor e fatores relacionados que motivavam a decisão de suicídio. A compreensão a cerca da importância de falar o que sente ou o que sente em relação ao outro deu origem a uma reflexão sobre por que não verbalizar sobre isso e sim desejar morrer.

Berutti (2015) avaliou que famílias de pacientes portadores de Transtorno de Humor Bipolar que possuem histórico de tentativa de suicídio possuem um pior funcionamento familiar quando comparadas a famílias de pacientes que nunca tentaram o suicídio.

*Eu pensava nas pessoas mais importantes pra mim que eram o meu marido, meu pai, minha mãe, e meus irmãos, meu irmão e minha irmã, somente essas pessoas... as pessoas mais importantes na minha vida. É doloroso porque eles sofreram muito, toda a família adoeceu não só eles como meus tios, minhas tias, minhas primas... Somos uma família muito unida então à família toda tá adoecida com isso até hoje. Não é o que eu quero... Não sei os outros mais o meu comportamento suicida na verdade é um comportamento autodestrutivo ...faz parte do meu transtorno mais não é uma coisa que eu quero. Eu não quero me matar, eu não quero perder minha vida, err...eu quero lutar pela minha vida, tanto que eu tã sempre tentando . Eu vivo o tempo todo buscando ajuda... Buscando é...tratamento... (P: Amor).*

“A família é um meio de constante mudança de ligações afetivas e sociais, com o qual o campo da Saúde Mental tem o desafio da aproximação. Tal contato se mostra importante para acolher as complexas dimensões do sofrimento desses familiares, por meio: da escuta, de atividades grupais e do entendimento de sua dinâmica vivencial” (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015, p.1141).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento suicida permanece como um problema grave de saúde que demanda dos profissionais de saúde uma maneira ética, empática e qualificada para oferecer ao paciente possibilidade de soluções de conflitos.

Desta forma, o compromisso com a prevenção e minimização das tentativas torna o tema importante para reflexão e discussões principalmente no atual cenário socioeconômico em que o país está inserido. O desemprego, a violência, as condições de saúde e violações de direitos no qual se inserem as pessoas as deixam vulneráveis a frustrações, tristezas e desânimos.

As razões para as tentativas de suicídio são diversas desde os transtornos psiquiátricos definidos, como vulnerabilidades e dependência química. A impulsividade torna-se relevante pois aumenta os casos de tentativas de suicídio e requerem do profissional de saúde, familiares e demais pessoas significativas no cuidado uma reorganização pessoal, atrelada a observação, vínculo, compreensão, respeito e responsabilidade para com tais pessoas.

As tentativas de suicídio dentro de hospitais ou demais espaços públicos, não os espaços íntimos e privados de uma residência, tornam-se objeto de nova análise. Refletir sobre isso evidencia a importância de protocolos de atendimentos nos serviços de saúde para manejo de pessoas com risco de suicídio haja vista que o ambiente pode oferecer elevados riscos de autoagressão.

Detectou-se a ambivalência entre o querer morrer e o querer viver, pois o sofrimento que permeia a existência dos sujeitos é o intolerável e principal agente motivador das tentativas. O estar vivo estaria então condicionado a ausência de uma patologia, conflitos internos e interpessoais e frustrações cotidianas. O viver tona-se enfadonho, pois demanda da pessoa vislumbrar novas alternativas frente á problemas internos e externos comuns que permeiam a nossa existência.

Os vínculos afetivos destacados na família favorecem o desenvolvimento do ser humano nos seus diversos ciclos vitais. Os relacionamentos saudáveis são capazes de influenciar na falha dos métodos empregados para morrer e na busca de tratamento em saúde mental. No entanto, observou-se que existem muitas famílias fragilizadas ou desestabilizadas, relações conflituosas e adoecimento de cuidadores, o que é trazido em muitas literaturas como negativo para o processo de manejo de pessoas em sofrimento psíquico e alvo e atenção pois o sujeito não encontra apoio para questões pessoais.

Portanto, discutir as motivações para o suicídio e a subjetividade dos indivíduos é complexo porém necessário para que esta problemática tão importante seja compreendida. Os serviços de saúde e profissionais permanecem responsáveis não apenas por oferecer assistência de saúde como envolver diversos participantes do convívio do sujeito. Por fim, estimular abordagens de modo preventivo aos fatores de risco e reforçar programas de prevenção ao suicídio.

## 6 | IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

As ações direcionadas aos usuários dos serviços de saúde mental que possuem risco para suicídio envolve um processo complexo de acompanhamento eficaz e bordagem a família. Neste contexto, aprofundar-se em entender o comportamento suicida é relevante para que haja contribuições efetivas na pesquisa científica no que tange maiores dados e produções acadêmicas, principalmente na área da saúde mental e psiquiatria.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, Yndyne Franciane Silva de. **O vínculo afetivo e suas contribuições para a relação professor-aluno**. In: XI Semana de Extensão, Pesquisa e Pós- Graduação – SEPesq, Centro Universitário Ritter dos Reis. Out. 2015. Disponível em:< [https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos\\_trabalhos/3611/710/862.pdf](https://www.uniritter.edu.br/files/sepesq/arquivos_trabalhos/3611/710/862.pdf)>. Acesso em: 10 jan.2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Conselho Federal de Medicina (CFM). **Comportamento suicida: Conhecer para prevenir**. Rio de Janeiro,2017.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Solidão: a ausência do outro**. 5.Ed. Belo Horizonte: Artesã, 2017.179 p.

ASSUMPÇÃO, G.L.S., et al. **Depressão e suicídio: Uma correlação.** Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas. 3, n. 5, jan./jun. 2018 .

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. **Depressão e Suicídio.** Revista da SBPH, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.233-243, jan/jun.2011.

BARBOSA, A.K. L; PARENTE, T. D. L; BEZERRA, M. M. M.; MARANHÃO, T. L. G. **Bullying e sua relação com o suicídio na adolescência.** Id on Line Rev. Psic. v.10, n. 31, p.202-220, set/out. 2016.

BENTO, A.C.B.; MAZZAIA, M.C.; MARCOLAN, J.F. **Perfil do portador de comportamento suicida atendido em Hospital Universitário.** Revista enfermagem UFPE on line., Recife, v.9, n.9, set., 2015.

BERUTTI, Mariangeles. **Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em pacientes com transtorno afetivo bipolar.** Dissertação (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BOTTI, N.C.L.; SILVA, A.C. PEREIRA, C.C. M.; et al. **Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais.** Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 12, n.5, p.1289-1295, maio. 2018.

BRAGA, L. L., DELL'AGLIO. **Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero.** Contextos Clínicos, v.6, n.1, p.2-14, jan. /jun. 2013.

COVELO, B.S.R.; BADARÓ-MOREIRA, M.I. **Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.** Interface - Comunicação, saúde e educação. v. 19, n.55, p.1133-44,2015.

FÉLIZ, Tamires Alexandre. **Fatores de risco para a tentativa de suicídio em um hospital de referência da mesorregião noroeste do Ceará: estudo caso- controle.** (Dissertação) – Universidade Federal do Ceará. Sobral, CE. 2016.

GARRIDO, M. C. T., et al. **Prevalência de alcoolismo e sintomas depressivos em pacientes da clínica geral na cidade de Salvador – BA.** Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria. v. 20,n.1,p.37-72,jan./abr.2016.

GONÇALVES, R. E. M.; PONCE,J. C.; LEYTON, V. **Uso de álcool e suicídio.** Saúde, Ética & Justiça. v.20,n.1, p.9-14,2015.

LIMA, M.S.C.; MAMEDE, W. **Suicídio: angústia, melancolia, solidão e perda do sentido da vida.** In: CARVALHO, Adalberto Dias (org.). Solidão e Solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais. Porto/PT: Afrontamento, 2012. P.131-138. (Disponível em [http://www.4shared.com/office/QVRvxWu7ba/Suicidio\\_e\\_solido\\_Ensaio.html](http://www.4shared.com/office/QVRvxWu7ba/Suicidio_e_solido_Ensaio.html) e na Biblioteca de Filosofia - [http://www.soarfil.org/versao\\_portuguesa\\_nova.pdf](http://www.soarfil.org/versao_portuguesa_nova.pdf)).

MORAES, Sinara Ribeiro. **O Suicídio em pessoas idosas.** 2013.40f. Monografia de Especialização - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária.** Campinas: Unicamp, 2002.

RIBEIRO, D.B., et al. **Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas.** Revista Gaúcha de Enfermagem.v.37, n.1,p.1- 7, mar. 2016.

SCHLOSSER, A.; ROSA, G. F. C.;MORE, C. L. O. O.. **Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital.** Trends in Psychology / Temas em Psicologia, v. 22, n 133, p. 1-145, 2014.

TURECKI, Gustavo. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo- agressivo.** Revista Brasileira de Psiquiatria. Suplemento Genética, v.21, n., out.1999.

VENICIO, R.H.; DAIUTO, P.R. **O papel da resiliência na prevenção do suicídio.** Revista UNINGÁ, v.29, n.2, p.104-109, jan. /mar. 2017.

## “TRILHAS DO CONHECIMENTO”: NOVOS CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO CONTINUADA DOS SERVIDORES DA SMELJ/CURITIBA

### **Carla Cristina Tagliari**

Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude de Curitiba; Universidade Federal do Paraná.  
Curitiba - Paraná

### **Juliano Passoni**

Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude de Curitiba.  
Curitiba - Paraná

### **Thiago Antonio Soares Pinto**

Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude de Curitiba.  
Curitiba - Paraná

**RESUMO:** A Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude (SMELJ) da Prefeitura de Curitiba estabelece como sua responsabilidade “desenvolver e gerenciar políticas públicas de esporte, lazer, atividade física e protagonismo juvenil para a população curitibana, objetivando aprimoramento técnico e contínuo, a qualidade de vida, a inserção e promoção social” (CURITIBA, 2018). Buscando proporcionar aos servidores um programa de formação continuada, foi elaborado o Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ”, cujo objetivo é proporcionar formação continuada aos servidores disseminando conhecimentos, assuntos e grupos de informações, com vistas a aprimorar a prática do servidor. A ação possui

cinco eixos: Desenvolvimento de Habilidades Estratégicas, Esporte, Atividade Física e Lazer, Juventude e Gestão Pública e Inovação. O Projeto é desenvolvido através de seminários, treinamentos e ações ordenadas em módulos com prioridade ao desenvolvimento esportivo e práticas de atividade física e lazer do município. Somam-se aos módulos ações a serem desenvolvidas no local de trabalho do servidor e um seminário científico que complementam a carga horária final, totalizando uma certificação de 180 horas. O Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ” abrange temas atuais que coadunam com as necessidades de atuação dos servidores. Este modelo de formação continuada, bem como o foco na formação ampliada do servidor, para além de uma perspectiva técnica, representam um importante passo para o aperfeiçoamento do quadro funcional, fortalecendo as políticas públicas de esporte, lazer, atividade física e protagonismo juvenil desenvolvidas pela SMELJ na cidade de Curitiba.

**PALAVRAS-CHAVE:** formação continuada; servidor público; teoria e prática; políticas públicas de esporte, lazer, atividade física.

“TRILHAS DO CONHECIMENTO”: NEW DIRECTIONS FOR THE CONTINUING EDUCATION OF SMELJ/CURITIBA CIVIL

## SERVANTS

**ABSTRACT:** Curitiba's Municipal Secretariat of Sport, Leisure and Youth (SMELJ) establishes as its responsibility "to develop and manage public policies of sport, leisure, physical activity and youth protagonism for the population in the city, while aiming at technical and continuous improvement, quality of life, insertion and social promotion" (CURITIBA, 2018). A continuing education program called "Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ" was developed with an aim to provide continuing education to civil servants by disseminating knowledge, topics and information groups thus improving their practice. The action has five areas: Development of Strategic Skills, Sport, Physical Activity and Leisure, Youth and Public Management and Innovation. The project is developed through seminars, training sessions and actions organized in modules prioritizing sports development and physical activity and leisure practices in the municipality. In addition to the modules, there are actions developed at the workplace and a scientific seminar that complement the final number of hours, totaling a certification of 180 hours. The Project "Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ" covers current themes that are aligned with the servants' needs. This continuing education model as well as the focus on the servant's extended education in addition to a technical perspective represents an important step towards staff improvement, while strengthening the public policies of sport, leisure, physical activity and youth protagonism developed by SMELJ in the city of Curitiba.

**KEYWORDS:** continuing education; public servant; theory and practice; public policies of sport, leisure, physical activity.

## 1 | INTRODUÇÃO

O atual contexto, no âmbito da gestão pública, demonstra que os anseios da sociedade se voltam para a exigência de uma atuação do poder público com eficiência, eficácia e efetividade. O nível de exigência quanto à satisfação dos usuários do serviço público tem aumentado, sugerindo que a qualidade e a adequação dos serviços precisam ser elevadas para atender às suas necessidades. Assim, a percepção dos usuários quanto ao serviço público é hoje um aspecto crítico para o bom desempenho de qualquer órgão ou entidade da administração pública. Nesse contexto, e com vistas a atender essa demanda do usuário, estudos direcionam a gestão estratégica das organizações, incluindo neste rol de estratégias, a gestão de pessoas (SCHIKMANN, 2010).

Diante disso, a Secretaria Municipal do Esporte, Lazer e Juventude (SMELJ) da Prefeitura de Curitiba estabelece como sua responsabilidade "desenvolver e gerenciar políticas públicas de esporte, lazer, atividade física e protagonismo juvenil para a população curitibana, objetivando aprimoramento técnico e contínuo, a qualidade de vida, a inserção e a promoção social" (CURITIBA, 2018). Com base nestas premissas, e buscando proporcionar aos servidores um programa de formação continuada, a atual

gestão (2017-2021), elaborou o Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ”, que tem como objetivo proporcionar uma formação continuada aos servidores disseminando conhecimentos, assuntos e grupos de informações (eixos), visando aprimorar a sua prática e valorizar seu papel enquanto agente transformador da realidade de nossa comunidade.

## 2 | DESCRIÇÃO DA VIVÊNCIA

O desenvolvimento desta ação teve início a partir de uma pesquisa realizada com o objetivo de identificar os interesses dos servidores da SMELJ quanto às Capacitações que seriam realizadas durante o ano de 2019. Essa pesquisa foi operacionalizada por meio de um formulário eletrônico (via Google) contendo 23 questões e os resultados - 142 formulários respondidos (57%), embasaram a construção do Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ”, sustentada em cinco eixos norteadores, chamados de Trilhas, contemplando todas as áreas de atuação da Secretaria e abrindo espaço para abordar temas ligados à Inovação e para promover a valorização e o desenvolvimento pessoal dos servidores. São eles:

- *Desenvolvimento de Habilidades Estratégicas*: assuntos que promovem autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, explorando expectativas, alinhamento de projetos pessoais com projetos profissionais, ganhos em qualidade de vida e de aprendizado.

- *Esporte*: abordar temas referentes ao esporte na cidade de Curitiba, com foco na qualificação técnica do servidor quanto às mais variadas manifestações esportivas, adotando estratégias para introdução de novas modalidades no cotidiano da cidade e para qualificação dos professores.

- *Atividade Física e Lazer*: fomentar a discussão sobre o tema na cidade de Curitiba, identificando ofertas e demandas de atividade física; bem como diagnosticando fragilidades e potencialidades do lazer na cidade de Curitiba.

- *Juventude*: fomentar conhecimento e identificar as principais ofertas e demandas nesta área, preparando os profissionais para a atuação com esse público na cidade de Curitiba.

- *Gestão Pública e Inovação*: oportunizar a troca de experiências, a criação e introdução de novas ferramentas de trabalho com vistas à otimização do

trabalho e elevação da qualidade e da eficiência do serviço público prestado.

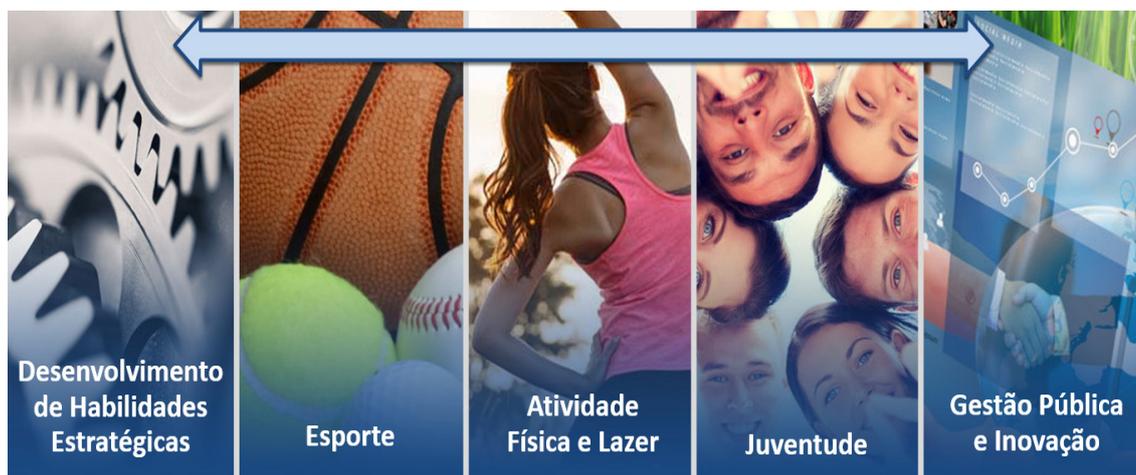


Imagem 1. Principais eixos desenvolvidos – Trilhas do Conhecimento.

O Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ” é desenvolvido através de seminários, treinamentos e ações ordenadas entre 4 ou 8 módulos (dependendo do eixo temático em que se encontra) priorizando o desenvolvimento esportivo e práticas de atividade física e lazer do município.

Nessa estrutura, inclui-se um seminário científico com vistas à apresentação de diretrizes para a elaboração de artigos científico, estimulando os servidores à produção do conhecimento.

Aos módulos teóricos são somadas ações práticas a serem desenvolvidas no local de trabalho do servidor, proporcionando a materialização do aprendizado, complementando a carga horária final, o que permite ao servidor totalizar uma certificação de 180 horas no ano de 2019.

Destaca-se nesse processo de formação continuada a importância da formação permanente do servidor, provocando reflexão sobre sua prática educativa, proporcionando a troca de experiências entre os pares e buscando que sua formação esteja atrelada ao seu campo de atuação (IMBERNÓN, 2000). Nesse sentido, e tendo como base a metodologia aplicada nas Trilhas, o projeto possibilita fortalecer a interface entre gestores, professores, praticantes, entidades e pesquisadores.

Complementarmente, o desenvolvimento e a consistência do Projeto se efetiva em dois pontos de destaque, primeiro no processo de planejamento prévio dos módulos, cuja base está nas necessidades dos servidores levantadas por meio da pesquisa inicial e segundo por meio da efetiva participação dos servidores, haja visto que a programação é pré-estabelecida e atende a expectativa do participante.

### 3 | REFLEXÕES E IMPLICAÇÕES

O Projeto “Trilhas do Conhecimento – Capacitações SMELJ” abrange temas atuais que se coadunam com as necessidades de atuação dos servidores. Este

modelo de formação continuada, bem como o foco na formação ampliada do servidor para além de uma perspectiva técnica, representam um importante passo para o aperfeiçoamento do quadro funcional, fortalecendo as políticas públicas de esporte, lazer, atividade física e protagonismo juvenil desenvolvidas pela SMELJ na cidade de Curitiba.

## REFERÊNCIAS

CURITIBA, Prefeitura Municipal, Instituto Municipal de Administração Pública. (2018). **Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Curitiba**. CONEGLIAN, Fabíolo Roberti (org.) [et. al]. Curitiba: IMAP, 454.

IMBERNÓN, Francisco. **Formação docente e profissional: formar-se para a mudança e a incerteza**. São Paulo: Cortez, 2000.

SCHIKMANN, Rosane. Gestão estratégica de pessoas: Bases para a concepção do curso de Especialização em gestão de pessoas no serviço público. In: CAMÕES, Marizaura Reis de Souza; PANTOJA, Maria Júlia; BERGUE, Sandro Trescastro (Organizadores). **Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público**. Brasília: Enap, 2010. cap. 1, p. 11-28.

## 1ª JORNADA MATOGROSSENSE DE SAÚDE: UMA BUSCA PELA UNIÃO DAS DIVERSAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

### **Audrey Moura Mota-Gerônimo**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Escola de Enfermagem (ESEN). Maceió – Alagoas.

### **Isabel Comassetto**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Escola de Enfermagem (ESEN). Maceió – Alagoas.

### **Heloisa Maria Pierro Cassiolato**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá – Mato Grosso.

### **Raiane Jordan da Silva Araújo**

Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Escola de Enfermagem (ESEN). Maceió – Alagoas.

### **Bruna Paesano Grellmann**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá – Mato Grosso.

### **Daniela de Oliveira Soares**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá – Mato Grosso.

### **Rafaela Aparecida Nolasco**

Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Ciências Exatas e Naturais (ICEN). Rondonópolis – Mato Grosso.

**RESUMO:** A luta pelo direito e acesso à saúde integra a construção democrática da sociedade brasileira, tendo como marco criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelecimento dos princípios que o norteiam. As bases da

sociedade capitalista neoliberal estão firmadas sobre a exploração do homem pelo homem, alienação do trabalho e do trabalhador. O desafio está em tentar inverter a ótica atual, focando nas necessidades da população os esforços a serem desprendidos. Tornou-se urgente que os acadêmicos dos cursos da saúde se (re)afirmem em suas singularidades/especificidades já da academia, posicionando-se frente ao modo vigente de organização da sociedade e definam a saúde que querem ofertar aos usuários que irão cuidar. Assim, foi realizada a 1ª Jornada Matogrossense de Saúde, como a temática “Cuidar Multiprofissional: desafios contemporâneos para a área da saúde na busca de uma assistência plena e igualitária”. Buscou-se fortalecer o SUS através do estabelecimento de uma rede entre acadêmicos e profissionais da saúde, viabilizando a concretização do cuidado multiprofissional visando atender aos princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados em legislação nacional, identificando e encaminhando demandas dos diversos cursos objetivando formação profissional que atenda aos anseios da população e estejam em consonância com os normativos legais que norteiam o SUS. Pode-se considerar que o evento foi além das expectativas dos envolvidos que resolveram sonhar junto algo tão grandioso, trazendo os variados cursos que possuem interface com a

saúde a um patamar de igualdade, ficando a certeza de que somente dessa forma democrática é que o SUS será fortalecido.

**PALAVRAS-CHAVE:** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE; CUIDADO MULTIPROFISSIONAL; ENFERMAGEM.

**ABSTRACT:** The struggle for the right and access to health is part of the democratic construction of Brazilian society, having as its landmark the creation of the Unified Health System (SUS) and the establishment of the principles that guide it. The foundations of neoliberal capitalist society rest on the exploitation of man by man, the alienation of labor and the worker. The challenge is to try to reverse the current view, focusing on the needs of the population the efforts to be given. It has become urgent that students of health courses (re) assert themselves in their singularities / specificities already from academia, taking a stand against the current mode of organization of society and defining the health they want to offer to users who will care. Thus, the 1st Matogrossense Health Day was held, as the theme “Multiprofessional Caring: Contemporary Challenges for Health in the Search for Full and Equal Assistance”. We sought to strengthen the SUS through the establishment of a network between academics and health professionals, enabling the implementation of multiprofessional care in order to meet the principles of universality, completeness and equity advocated in national legislation, identifying and forwarding demands of various courses aiming professional training. that meets the wishes of the population and are in line with the legal rules that guide the SUS. It can be considered that the event went beyond the expectations of those involved who decided to dream together something so great, bringing the various courses that interface with health to a level of equality, making sure that only in this democratic way that SUS will be strengthened.

**KEYWORDS:** HEALTH UNIC SYSTEM; MULTIPROFESSIONAL CARE; NURSING.

## 1 | INTRODUÇÃO

A luta pelo direito e acesso à saúde faz parte da construção democrática da sociedade brasileira. Bandeira de luta de diversas entidades, categorias profissionais e organizações sociais, teve como marco a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento dos princípios que o norteiam, destacando-se a igualdade, a equidade e a integralidade em seus diversos níveis de atenção (BRASIL, 1990). Vale ressaltar que o SUS “é uma política de Estado, sendo a materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional em 1988” (SANTOS et al., 2019, p. 185).

Assim, Paim (2018, p. 1724) aponta que,

Inspirado em valores como igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que lhe sustenta é composto por entidades com mais de quatro décadas de história e de compromisso com a defesa do direito universal à saúde (...) O SUS dispõe de uma

rede de instituições de ensino e pesquisa como universidades, institutos e escolas de saúde pública que interage com as secretarias estaduais e municipais, Ministério da Saúde, agências e fundações. Essa rede contribui para a sustentabilidade institucional, pois possibilita que um conjunto de pessoas adquiram conhecimentos, habilidades e valores vinculados aos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse cenário, o controle social e a gestão descentralizada revelaram a necessidade de uma reestruturação que comportasse as demandas da população, bem como suprisse as especificidades que lhes são características. Reconhecer o imprescindível papel dos usuários nessa adequação dos serviços cotidianamente é inevitável, bem como as adequações curriculares e novas competências que os profissionais de saúde passam a requerer para exercer suas ações. Para o gestor, cabe a sensibilização de um olhar que equilibre as necessidades do coletivo e as limitações do setor público. Dessa feita,

Enquanto diretriz do SUS, a Regionalização surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente sanitárias no intuito de redução das históricas e crônicas desigualdades que assolam o país desde seus primórdios e de garantia e promoção de equidade social. Desta feita, foi adotada como eixo estruturante do Pacto pela Saúde<sup>3</sup> e passou a orientar a Descentralização das ações e serviços no Pacto de Gestão, assim como o planejamento e organização da rede de atenção à saúde e os processos de negociação interfederativa e pactuação intergestores (FERNANDES, 2017, P. 312).

Em concordância a esse entendimento, é essa complexidade do SUS que dita a necessidade da qualificação dos profissionais que integram esse sistema. Diversos são os desafios que requerem atenção, especialmente a alta rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde, sua má distribuição nas diferentes regiões do país, a falta de estruturação das carreiras e a falta de nivelamento salarial nas variadas localidades do Brasil (HADDAD, 2011).

Frente às demandas inerentes a um sistema de saúde que se propõe a atender uma população tão diversa como a brasileira, faz-se essencial que os profissionais da saúde sejam capacitados a atuar de forma multiprofissional a fim de atender às demandas, bem como o SUS tenham profissionais que lhe sejam comprometidos cotidianamente com o indivíduo e suas necessidades, bem como com toda a história que garantiu sua conquista. Tal desafio já foi observado por Santos e colaboradores (2019, p. 180), quando reforçam que “a percepção dos diferentes atores sociais que participam no processo do cuidar, nos diferentes níveis de ação em saúde, como um desafio constante a ser realizado pelo gestor”.

Ademais, tornou-se urgente que os acadêmicos dos cursos da área da saúde se (re)afirmem em suas singularidades e especificidades já da academia, posicionando-se frente ao modo vigente de organização da sociedade e definam a saúde que querem ofertar aos usuários que irão cuidar. Foi iniciado um processo de aproximação, identificação e definição de objetivos comuns, através de seus espaços de inserção e

debates, por uma saúde que atenda a todos sem distinção, sem privilégios, valorizando a ética, a qualidade e especialmente a condição humana do indivíduo.

Dessa feita, decidiu-se pela realização de ação conjunta, mediante a realização da 1ª Jornada Matogrossense de Saúde, que teve como temática “Cuidar Multiprofissional: desafios contemporâneos para a área da saúde na busca de uma assistência plena e igualitária”. Buscou-se fortalecer o SUS através do estabelecimento de uma rede entre acadêmicos dos cursos e profissionais da área da saúde, viabilizando a concretização do cuidado multiprofissional de modo a atender aos princípios da universalidade, integralidade e equidade preconizados em legislação nacional, além de objetivar identificar e encaminhar demandas dos diversos cursos com vistas a uma formação profissional que atenda aos anseios da população e estejam em consonância com os normativos legais que norteiam o SUS.

## 2 | TRAJETÓRIA HISTÓRICA

A saúde até a promulgação da Constituição Federal de 1988 não era reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, a responsabilidade pelo atendimento à saúde era de cada indivíduo e as políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas e direcionadas. Não sendo a saúde considerada um direito de todos e nem alvo de políticas públicas, restava às pessoas que tinham recursos procurar médicos particulares e até soluções no exterior. Aquelas que não dispunham de recursos dependiam da caridade ou das parteiras e dos curandeiros (BRASIL, 2003).

Com os diversos caminhos que foram sendo trilhados no decorrer da luta sanitária brasileira, uma das ações importantes e que, apesar de limitada, representou um pequeno avanço na luta pelo direito universal à saúde foi à criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência no ano de 1949. Embora na prática apresentasse dificuldade relacionada ao adequado funcionamento, observa-se que se estava sendo garantido através de Lei o direito universal ao atendimento de urgência. Por um lado, este serviço era universal e, por outro, restrito, ou seja, era para todos, mas somente em casos de urgência (SCHNEIDER et. al, 2005).

Nesse contexto, outra tentativa se deu com a criação do Plano Nacional de Saúde em 1968 pelo governo Costa e Silva. Este Plano foi criado com a proposta de universalização do acesso e de centralização da assistência de saúde no Ministério da Saúde. O resultado foi que ele nem chegou a ser implementado devido à oposição tanto de quem era contra a privatização, quanto pelos que eram contra a unificação da assistência de saúde no Ministério da Saúde (SCHNEIDER et. al, 2005).

Com o processo de democratização, no início dos anos 80, a crise na saúde se agravou, fruto de décadas de poucos investimentos, má gestão dos recursos, diminuição da arrecadação do INPS em meio à corrupção, além da redução do número de contribuintes contra o aumento de aposentadorias (SCHNEIDER et. al, 2005).

Em contrapartida, o avanço supremo da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, se deu na consolidação na Constituição Federal de 1988 da Saúde como direito de todos e um dever do Estado. Com isso, o Estado passou a comportar o compromisso para com a Saúde, devendo garantir os recursos necessários e gerenciar o sistema para que seja efetivado o direito à saúde para toda a população (SCHNEIDER et. al, 2005).

O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito a saúde como um direito de todos e dever do Estado, tendo sido regulado pela Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1988). Santos e colaboradores (2019, p. 185) apontam que,

Os chamados princípios finalísticos, que dizem respeito à natureza do sistema que pretende conformar os chamados princípios estratégicos sobre as diretrizes políticas, organizativas e operacionais que apontam como deve vir a ser construído o sistema que quer conformar e institucionalizar. Informa-se que tais princípios são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

A Lei nº 8.080 foi criada com o intuito de regulamentar as políticas de saúde definidas na carta magna, sendo promulgada somente após uma incansável mobilização de setores organizados da sociedade. O governo da época, representado pelo presidente Fernando Collor, resistiu ao caráter descentralizador dessa lei e vetou diversos artigos, especialmente os que diziam respeito aos recursos e à participação da comunidade nas deliberações da saúde. O veto levou a comunidade a se articular novamente, especialmente com parlamentares comprometidos com a saúde pública, resultando na criação de uma nova lei neste mesmo ano (nº 8.142), que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS e da transferência de recursos para a saúde entre as esferas de governo (BRASIL, 2003).

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde (BRASIL, 2005).

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública” (SOUZA, 2002, p. 26). Dessa forma, uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90 e, mais especificadamente, a Lei nº 8.142/90.

Todavia, a gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo para a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde que se efetivamente capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal (BRASIL, 2005).

Ademais, a função de gestão do sistema de saúde compartilhada pelos três níveis de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos Estados. Entretanto, muito se avançou no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições da União, Estados e Municípios. Neste sentido há consenso entre os três níveis de governo sobre as atribuições básicas correspondentes a cada um no controle, avaliação e regulação da assistência à saúde (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do SUS, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no sistema (BRASIL, 1988). Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera (nacional, estadual e municipal) é feito pela Lei 8.080/90, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde.

Além dos normativos legais já citados, ressalta-se a Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, que estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Mesmo frente à complexidade organizacional do SUS, faz-se necessário reforçar a importância de uma atenção multiprofissional a fim de serem sanadas as demandas do usuário do SUS. Assim, uma formação que lhe capacite uma atuação tão ampla exige um olhar cuidadoso, para que assistência ofertada esteja em consonância com as demandas desse sistema de saúde para atender adequadamente a população brasileira.

### 3 | METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa que teve como ponto de partida a Metodologia da Problematização de Charles Maguerez. Tal metodologia está baseada no Método do Arco e se constitui em um recurso para a realização de projetos da prática assistencial e de pesquisa e que, segundo Borille et al. (2012), tem seus princípios teóricos e filosóficos fundamentados no humanismo, na fenomenologia, no existencialismo e no marxismo.

Entretanto, por estar alicerçada na participação ativa dos sujeitos, a Metodologia da Problematização considera o contexto de vida, a história e as experiências dos sujeitos envolvidos, considerando o ritmo de aprendizado individual de cada um, já que “(...) pela problematização do conhecimento vulgar mediado pela teoria, é possível promover reconstruções conceituais neste saber, apreensão e aprofundamento do conhecimento científico (...)” (BORILLE et al., 2012, p. 210).

Outra questão que merece ser ressaltada diz respeito ao fato de que o sujeito, no que tange à Metodologia da Problematização, é levado a analisar a realidade na qual está inserido, refletindo sobre ela e elencando questões que se mostram como problemas que carecem atenção. Dessa forma, Borille et al. (2012, p. 210) colocam

que:

[...] esse método tem como ponto de partida a realidade do sujeito, o cenário no qual está inserido e onde os vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos, de maneira que possam ser estudados em conjunto ou em pares. A observação da realidade depende da visão de mundo e das experiências de vida de cada pessoa, podendo ser diferentes de um observador para o outro.

Nesse contexto, tendo sua origem na concepção da educação histórico-crítica, a Metodologia da Problematização tem além das características já elencadas, o imprescindível propósito de preparar o indivíduo na tomada de consciência do seu mundo, atuando de forma intencional para transformá-lo (PRADO et al., 2012).

O Arco de Charles Maguerez é composto por cinco etapas que tem por ponto gerador a realidade social, sendo elas: a observação da realidade, os pontos-chaves, a teorização, as hipóteses de solução e a aplicação à realidade. Encontra-se alicerçada na educação popular, que tiveram origem a partir dos movimentos sociais no final dos anos 50 e início dos anos 60. Nessa proposta, o processo de aprendizagem está relacionado a uma atividade entre os atores envolvidos que "(...) são mediatizados pela realidade que apreende e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando uma transformação social" (PEREIRA, 2003, p. 1531).

Além disso, Freire (2001 apud PEREIRA, 2003, p. 1532) deixa claro que a aprendizagem se dá mediante a realização de uma ação motivada, principalmente por ser,

[...] através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais. A comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento. [...] Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se dá através de uma aproximação crítica dessa realidade. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica.

Para que a pesquisa qualitativa se dê adequadamente, o grupo selecionado para participar do estudo deve ter uma vivência cotidiana com a realidade estudada, já que irá se partir das informações por ele fornecida que se procederá as ações (MINAYO, 2010).

Partindo desse resgate teórico, o procedimento de coleta de dados envolveu a compilação e análise da experiência vivenciada no decorrer do planejamento, organização e execução do evento por alguns integrantes da comissão organizadora e colaboradores, como estratégia de pesquisa qualitativa.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Além das questões relacionadas ao histórico, à estruturação e à evolução histórica do SUS, resta ao trabalhador da área da saúde o desafio de romper com paradigmas que engessam suas atividades, distanciando-o das reflexões acerca de suas ações e tornando o trabalho ainda mais tecnicista, resultando na fragmentação do cuidado e mercantilização do ser humano e da saúde, culminando no distanciamento do trabalhador das questões políticas e filosóficas. É importante observar de que forma isso reflete na sociedade e de que forma o atual modelo de sociedade reflete nas profissões. Não há como negar que o atual modelo de sociedade produz desigualdades e, não sendo defeito desse modelo, representa a maneira pela qual o mesmo se estabelece e se sustenta.

Barreto (2017, p. 2098) observa que as desigualdades sociais, culturais, econômicas influenciam a saúde das populações, uma vez que,

Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social. As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as da em saúde têm persistido em todos os países independente do grau de desenvolvimento alcançado.

As bases da sociedade capitalista neoliberal estão firmadas sobre a exploração do homem pelo homem, alienação do trabalho e do trabalhador. Com isso, o desafio está em tentar inverter a ótica atual, focando nas necessidades da população os esforços a serem desprendidos. Diante do atual modelo de sociedade e da atual situação das diversas profissões, destacando-se aqui as que atuam na área da saúde, tornou-se urgente e necessário que os acadêmicos que compõem tais cursos, enquanto movimento social e estudantil, entendam-se já na academia, (re)afirmem-se em suas singularidades e especificidades, pontuando sua posição frente a este modo de organizar a sociedade vigente e definam a saúde que querem ofertar aos usuários que irão cuidar.

Frente a esse cenário, fez-se necessário iniciar um processo de aproximação, identificação e definição de objetivos comuns, através de seus espaços de inserção e em seus debates, tornando viável a acumulação de um histórico em torno dessa discussão, ao lado das estudantes e dos estudantes de diversas partes do estado, do país e dos movimentos sociais, que são parceiros na luta por um novo modelo de sociedade e por uma saúde que atenda a todos sem distinção, sem privilégios, valorizando a ética, a qualidade e acima de tudo a condição humana do indivíduo. Somente dessa forma democrática é que o SUS seria fortalecido.

Diversos são os ataques, velados e nem tanto, que a saúde vem sofrendo ao longo dos anos, que afrontam tanto a sua base democraticamente estabelecida, ao não viabilizar a realização de seus princípios mais básicos, quanto a sua manutenção a médio e longo prazo, através do sucateamento das infraestruturas em todo o território nacional, da desvalorização e desarticulação das categorias voltadas a sua efetivação e à afrontosa corrupção que enlameia o cenário político nacional.

Nesse contexto, os órgãos de representação estudantil inseridos na academia atuam como polos de mobilização e agregação, agindo frente ao reconhecimento da urgência do estabelecimento de uma rede de relações com os demais cursos da área da saúde que compõem o rol de cursos de graduação da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), devem assumir o desafio de provocar os demais acadêmicos desses, possibilitando que como aliados, tornasse possível organizar em conjunto um espaço em que fosse possível dar o primeiro passo em defesa da saúde pública matogrossense. A bandeira de luta central é o SUS e todas as suas interfaces.

Estabelecida a base da proposta, iniciou-se uma ação conjunta abraçada por acadêmicos dos mais variados cursos da Federal, optando-se pela realização da 1ª Jornada Matogrossense de Saúde, caracterizada como um fórum deliberativo, formativo e de planejamento do movimento estadual em defesa da saúde. Foi um encontro que teve por objetivo identificar e encaminhar demandas dos diversos cursos da área da saúde com vistas a uma formação profissional que atenda aos anseios da população, suas necessidades e estejam em consonância com os normativos legais que norteiam o SUS; além de consolidar o processo de discussão a respeito do atendimento às populações de risco e às questões sociais que permeiam a sociedade brasileira, em especial no que se refere às demandas contidas na política afirmativa.

Enfim, como desafio final desse primeiro momento comum, foram elaboradas propostas de encaminhamentos para ações que visavam constituir as bandeiras de luta do coletivo dos estudantes dos cursos da área da saúde.

Como balanço da atividade realizada, o evento contou com um total de 392 inscritos, de 17 cursos superiores provenientes de 09 Instituições de Ensino Superior, 02 cursos de pós-graduações, de 10 cidades diferentes, além de representantes de 16 entidades do movimento social organizado. A programação foi composta por 09 rodas de conversas, 11 minicursos, 04 oficinas e apresentação de trabalhos científicos, com 33 aprovados e 06 premiados. A comissão organizadora envolveu 26 acadêmicos, 23 monitores, 02 professores e 01 profissional, dos variados cursos da saúde e *campus* da UFMT, refletindo a magnitude e alcance da proposta.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da área da saúde possuem um papel imprescindível frente ao atendimento das necessidades dos usuários e da eficiência no cuidado através

da consonância de suas práticas com as políticas públicas vigentes e com os princípios do SUS. Para tanto, devem agregar componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, além de envolver as dimensões político-filosóficas em sua essência, dotando-lhes de senso ético, solidário, humanizado e combativo às desigualdades, além de promover resgate das singularidades e complexidades

A experiência vivenciada desde a concepção até a concretização com o encerramento do evento explicitou a importância de estabelecer o diálogo entre as profissões que são marginalizadas nos espaços de cuidado, uma vez que as variadas profissões se completam e viabilizam uma assistência qualificada e de valor inestimável para o usuário.

Por fim, fica explícito que o evento foi além das expectativas dos envolvidos que resolveram sonhar junto algo tão grandioso, trazendo os variados cursos que possuem interface com a saúde a um patamar de igualdade, ficando a certeza de que somente dessa forma democrática é que o SUS será fortalecido e que se poderá ofertar uma assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, 2017. v. 22, n. 7, p. 2097-2108.

BORILLE, D. C.; BRUSAMARELLO, T.; PAES, M. R.; MAZZA, V. de A.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A. **A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2012, v.21, n.1, p. 209-16. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a24v21n1.pdf>>. Acesso em: 20 Set 2018.

BRASIL, República Federativa do. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.** Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 545, de 20 de Maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1993.

BRASIL, República Federativa do. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1990.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Distrito Federal, 1988.

CAMARGO JÚNIOR, E. B.; TEIXEIRA, C. A. B.; SELEGHIM, M. R.; CASTANHO, L. C.; MARTINS,

L. M.; BUENO, S. V. Reflexão sobre as contribuições de Paulo Freire para área da Saúde e Enfermagem. **Revista Saúde Multidisciplinar**, 2014, Ano 1, v. 2, p. 95-107.

FERNANDES, F. M. B. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2017. v. 22, n. 4, p. 1311-20.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP**, 2011. v. 45, n. Esp. 2, p. 1803-9.

MENEGAZ, J. do C; BACKES, V. M. S.; AMESTOY, S. C. Formação política para fortalecimento de liderança em enfermagem: relato sobre a experiência. **Enfermagem em Foco**, 2012, v. 3, n. 4. p. 190-3.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2010. 408p.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Salvador, 2018. v. 23, n. 6, p. 1723-28.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003. v. 19, n. 5, p. 1527-34.

PRADO, M. L. do; VELHO, M. B.; ESPÍNDOLA, D. S.; SOBRINHO, S. H.; BACKES, V. M. S. Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc Anna Nery**, 2012. v. 16, n. 1, p. 172-7.

SANTOS, N. P. A.; SOUZA, T. S. B.de; SALES, T. dos S.; SOUZA, A. K. de O.; SILVA, E. A. S.; OLIVEIRA, D. A. L. Gerenciamento dos Enfermeiros em Consonância aos Princípios do SUS. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 2019. v. 13, n. 1, p. 179-88. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v01i01a238075p179-188-2019>>. Acesso em: 02 Ago 2019.

SCHNEIDER, A.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Financiamento do SUS**: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde. Rio Grande do Sul: Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), 2005. 52 p.

SOUZA, R. R. de. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 38 p.

## ADOCIMENTO CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEL E OS IMPACTOS À SAÚDE DE HOMENS

**Anderson Reis de Sousa**  
**Álvaro Pereira**  
**Jules Ramon**  
**Mateus Vieira Soares**  
**Ricardo Souza Evangelista Sant’Ana**  
**Roquenei da Purificação Rodrigues**  
**Thiago da Silva Santana**  
**Francieli Aparecida de Oliveira**  
**Thaciane Alves Mota**

### INTRODUÇÃO

Em paralelo ao crescimento da população idosa, as doenças crônicas não transmissíveis apresentam-se com dados alarmantes, como por exemplo, serem identificadas como as principais causas de mortes e incapacidades em quase todos os países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico (BRASIL, 2018).

Especialmente, no que diz respeito a população masculina, tem sido observado um contexto de elevação do adoecimento crônico, tais como de outros agravos que poderiam ser evitados, a exemplo dos acidentes e a violência. Tal problemática tem sido atravessada por questões como a baixa procura dos homens aos serviços de saúde, discreta adesão às terapêuticas em saúde instituídas, assim como a adoção de comportamentos de saúde intempestivos e pouco cuidativos, o que

os colocam em situação de risco (BRASIL, 2009; MOURA, 2012; SEPARAVICH, MA, CANESQUI, 2013).

Compreender o fenômeno das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco apresenta-se como um desafio de saúde pública para todos os países, sejam estes desenvolvidos ou em desenvolvimento. De acordo com o Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil entre 2011–2022, ocorridos no ano de 2013, estas são responsáveis por mais de 3,9 milhões de mortes por ano nas Américas, o que equivale a 75% do total de óbitos (BRASIL, 2018).

O cenário do Brasil, segue os padrões e perspectivas internacionais, na busca pelo desenvolvimento de estratégias e ações que deem conta de prevenir e enfrentar o aumento populacional em situação de adoecimento crônico. Destacam-se nesse sentido, o Plano de ação global para a prevenção e controle de DNTs 2013-2020 e o Plano estratégico da Organização Pan-Americana de Saúde, 2014-2019 (WHO, 2013; OPAS, 2014).

Com base no Relatório supracitado, o Plano de Ações para o enfrentamento das DCNT está estruturado em três eixos, sendo eles: Vigilância, monitoramento e avaliação;

Prevenção e promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2018). Portanto, as ações não se resumem ao setor saúde, mas exigem um engajamento intersetorial e ampliado.

Dentre as diversas ações propostas, estas têm apresentado avanços e resultados promissores, como por exemplo: redução da mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT; redução no consumo do tabaco e no consumo regular de refrigerantes; aumento no consumo de frutas e hortaliças; prática de atividade física e cobertura da mamografia (MALTA et al., 2016). Estes achados demonstram que apesar de desafiador, os avanços são uma realidade.

Seguidamente a estas iniciativas, no Brasil, são implementadas no país, ações de vigilância, a exemplo do Vigitel, que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para as DCNT, do Ministério da Saúde, que tem a finalidade de realizar juntamente com outros inquéritos de saúde, sejam eles domiciliares, escolares, o conhecimento da situação de saúde da população a fim de planejar programas de redução da ocorrência e gravidade das doenças (BRASIL, 2019).

Fazem parte das principais DCNT monitoradas pelo sistema Vigitel no Brasil, o diabetes, cânceres, doenças respiratórias crônicas, doenças cardiovasculares com a hipertensão arterial, dada a magnitude e o largo impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida populacional. Além das doenças, fatores de risco elementares compõe o sistema de análise, sendo incluídos o tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e o uso nocivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2019).

Em cooperação com as ações de monitoramento, encontra-se implementado no território brasileiro, Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, operacionalizadas pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde e o Departamento de Atenção Básica. A construção dessas diretrizes, visam organizar uma atenção e rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no SUS, tal como a construção de linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013).

A fim de que esta rede de atenção se estabeleça, faz-se necessário que profissionais e trabalhadores do setor saúde, se apropriem do conhecimento acerca do modelo de atenção, tal como dos pontos de atenção e suas respectivas funções existentes na rede, a fim de garantir respostas eficazes e resolutas às demandas apresentadas pela população alvo. É extremamente relevante destacar o potencial da Atenção Básica à Saúde (ABS) no enfrentamento das doenças crônicas, sobretudo pelo seu papel nas ações de promoção, educação sanitária, empoderamento populacional e prevenção dos agravos (BRASIL, 2013).

Além da ABS, pontos da rede de Atenção Ambulatorial e Especializada, juntamente com a Atenção Hospitalar, que se configuram enquanto complementares, exercem contribuição expressiva, e os profissionais e trabalhadores inseridos nesse seguimento devem também exercer força para o enfrentamento das doenças crônicas. Sistemas logístico, de fluxos compõe e estruturam essa rede e devem ser

melhor compreendidos, afim de que os usuários e usuárias tenham acesso facilitado e integral (BRASIL, 2013).

Quanto à organização do processo de trabalho em saúde, com vistas à produção do cuidado à saúde de pessoas com doenças crônicas, a Diretriz nacional, destaca elementos figurativos essenciais. São enfatizados no documento, o acolhimento; a atenção centrada na pessoa e na família; o cuidado continuado/atenção programada; a atenção multiprofissional; o Projeto Terapêutico Singular (PTS); a regulação da rede de Atenção; o Apoio Matricial; o acompanhamento não presencial; o atendimento coletivo; o autocuidado; as linhas de cuidado e Diretrizes Clínicas; a estratificação de risco e a educação permanente (BRASIL, 2013). Vale ressaltar, que *eles* estes elementos devem ser colocados em prática. Sendo assim, profissionais e trabalhadores da saúde devem estar comprometidos e imbuídos em fazer com que esses elementos façam parte do cotidiano das práticas.

No que se refere às linhas de cuidado, estudo publicado por Moreira e colaboradores no ano de 2017, apontam recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas, população pouco lembrada quando se trata dessa problemática. São destacados no estudo, 13 recomendações, nas quais priorizam ações de planejamento, formação profissional e a produção de uma agenda que garanta o desenvolvimento de pesquisa no âmbito intersectorial, dado que este público também tem superlotado leito de hospitais dado ao acometimento pelos agravos (MOREIRA et al., 2017).

Fruto das mobilizações para estruturação de diretrizes e linhas de cuidados específicos e prioritários, em 2014 é promulgada a Portaria 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014).

Entre outros princípios são destacados na Portaria, a humanização da atenção; o respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais, religiosas e aos hábitos e culturas locais; a articulação entre os diversos serviços e ações em saúde; a atuação territorial; o monitoramento e a avaliação da qualidade dos serviços prestados, por meio da formulação de indicadores; articulação interfederativa entre os gestores de saúde; a participação e o controle social; a formação profissional; a autonomia dos usuários e a equidade, tomando como base a determinação social em saúde (BRASIL, 2014).

Também neste mesmo ano, no Brasil, foi implementado pelo Ministério da Saúde o caderno de Atenção Básica, direcionado ao levantamento de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, e constitui-se em um importante instrumento ordenador das práticas profissionais em saúde. Entram em ênfase no documento, os tipos básicos de consultas/encontros a serem desenvolvidos junto aos pacientes e equipes de saúde; os graus de severidade das condições crônicas; fragilidades existentes no autocuidado; a estratificação de risco; a gestão de casos; o

direcionamento na atenção alimentar; a construção de planos conjuntos de cuidado; formulação de grupos de problemas e mudanças; a definição de padrões para educação e autocuidado e a avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2014).

Em face da justificativa em alcançar o cumprimento de medidas internacionais direcionadas ao adoecimento crônico, esta produção se pauta no questionamento central: Como se configuram as repercussões psicossociais do adoecimento crônico em homens e as respectivas implicações para a atuação profissional em saúde? Desse modo, buscou-se como objetivo principal apontar as repercussões psicossociais do adoecimento crônico em homens e desvelar as implicações a serem incorporadas pelos profissionais de saúde em sua atuação.

## **DESTACANDO IMPACTOS DO ADOECIMENTO CRÔNICO NÃO TRANSMISSÍVEL PARA A SAÚDE DE HOMENS**

Ancorado no pressuposto de que a elevação das DCNT, tem afetado a qualidade de vida e saúde da população, provocando impactos expressivos, e por localizar que homens tem sido alvo deste cenário, serão apresentadas discussões, direcionada às questões do público masculino, com ênfase nos agravos de prevalência expressiva entre os homens. Desse modo serão ressaltadas questões sobre o adoecimento mental, neurológico, metabólico, cardiovascular obesidade e adoecimento renal.

### **Adoecimento mental**

A experiência do adoecimento crônico não se resume à patologia biomedicamente definida. Desta forma, Canesqui (2007) afirma que as doenças crônicas são condições de saúde que podem ser gerenciadas, mas não curadas, podendo interferir em várias dimensões da vida do adoecido e no seu entorno.

Ao discutir sobre a dimensão psicológica do sujeito que adoecer com uma enfermidade crônica, é fundamental considerar determinados aspectos como a sua história pessoal, suas aspirações, perspectivas de vida, medos, ansiedade, depressão, angústias, fantasias, além de outros (SOUZA; OLIVEIRA, 2017). Isto porque, para além das restrições que a doença impõe, há indícios sobre a associação entre a doença crônica e repercussões psicológicas nos sujeitos, principalmente sintomas depressivos e ansiosos (CARVALHO et al., 2016; SILVA et al., 2017; SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

A associação entre depressão e doença crônica não transmissível (DCNT) é dada de forma bidirecional pois a primeira pode ser considerada como fator de risco para um pior prognóstico de doenças crônicas, ou como consequência no agravamento de doenças, como por exemplo um acidente vascular cerebral (AVC) (SILVA et al., 2017). Vale ressaltar o impacto atual da depressão e as suas repercussões na vida das pessoas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a

depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo (WHO, 2016). É um transtorno que possui evolução individual e variável, onde o tempo do tratamento estará diretamente ligado ao diagnóstico precoce e correto (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

Em um estudo correlacional, de corte transversal, realizado com 120 pacientes de uma Unidade de Internação Clínica e Cirúrgica destinada à especialidade cardiovascular, os sintomas de ansiedade e depressão estavam presentes em 32,5% e 17,5% dos pacientes, respectivamente (CARVALHO et al., 2016). Outro estudo realizado em um ambulatório de prevenção de doenças renais, com 61 pacientes, identificou-se que 42,6% dos pacientes apresentaram nível mínimo de sintomas depressivos, seguido de 39,3% com sintomas leve e cerca de 45,9% dos pacientes apresentaram o nível mínimo de sintomas ansiosos (SOUZA; OLIVEIRA, 2017).

A atuação multiprofissional frente as demandas supracitadas, precisa utilizar estratégias que visem dirimir os impactos psicossociais do adoecimento crônico e promovam uma qualidade de vida para estes pacientes. Desta forma, a espiritualidade e religiosidade configura-se como potencial estratégia de enfrentamento no âmbito da saúde por apresentar-se como um recurso funcional e adaptivo (SILVA, PEIXOTO, SOUZA, 2018; EVANGELISTA et al., 2016; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

### **Adoecimento neurológico**

Os agravos neurológicos (AN) têm considerável importância epidemiológica e magnitude social na população masculina, considerando-se o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, tendo como consequência o agravo da morbidade com elevada taxa de mortalidade e sequelas relacionadas a tais agravos.

Os AN podem acometer o homem em qualquer fase da vida podendo provocar desde sintomas leves e autolimitantes até incapacidades devastadoras, com risco iminente de vida. Tais incapacidades tornam o homem parcial ou totalmente inábil, com graves implicações para sua qualidade de vida, em virtude dos anos de vida produtiva perdidos, além dos altos custos financeiros envolvidos no tratamento (BRUNNER; SUDDARTH, 2018).

Estudo realizado em hospitais de emergências dos EUA evidenciou que os sintomas neurológicos correspondiam a 4,7% dos atendimentos (LANGE et al, 2011). No Brasil, as solicitações feitas aos Serviços de Atendimento Móveis de Urgência - SAMU 192 têm se concentrado no atendimento aos AN (20,04%), seguidos dos cardiológicos (17,42%), respiratórios (12,97%), e outros (49,21%) (MARQUES; LIMA; CICONET, 2011).

Estudo recente que traçou o perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas em um hospital referência em atendimentos de urgência e emergência do estado do Rio Grande do Norte, revelou que das 73 ocorrências neurológicas atendidas, maioria

homens, 59 (80,8%) deram entrada na urgência por Acidente Vascular Encefálico (AVE), oito (11%) por crise convulsiva, três (4,1%) por lombalgia associada a lesão medular, e três (4,1%) eram de outras naturezas neurológicas (SARMENTO et al, 2017).

O Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVE entre os países da América Latina e Caribe. A mortalidade nos primeiros 30 dias é de 10%, atingindo 40% no primeiro ano pós-evento. A imensa maioria dos sobreviventes necessita de reabilitação para as sequelas neurológicas consequentes, sendo que aproximadamente 70% não retornam ao seu trabalho e 30% necessita de auxílio para caminhar (BRASIL, 2013).

O AVE e suas sequelas prejudicam ou impossibilitam o homem ao retorno pleno do trabalho, bem como às suas atividades sociais. Após a ocorrência do agravo, este homem muitas vezes apresenta alterações de mobilidade, alterações relativas a linguagem oral e escrita, dificuldade na comunicação, levando a uma situação de incapacidade e dependência, necessitando de um cuidador. Tal fato, acrescido ao possível abandono do mercado de trabalho e do exercício das atividades diárias, e a consequente diminuição da renda afeta significativamente a vida deste homem (CANUTO; NOGUEIRA; ARAUJO, 2016).

Neste sentido ele precisará contar com a presença da família e a existência de uma rede de apoio para o compartilhamento do enorme impacto negativo do agravo a fim de prevenir o isolamento social que desencadeia ou agrava quadros de depressão e, assim, interfere na sua qualidade de vida (CHAVES et al, 2013).

Assim, se faz necessário disseminar o conhecimento sobre os aspectos preventivos dos agravos, a exemplo do AVE, melhorar o conhecimento da população acerca dos seus sinais e sintomas, fatores de risco e a necessidade de controle adequado destes, aumentar a resolutividade da rede básica de atenção à saúde no aspecto do controle adequado dos fatores de risco e qualificar os profissionais de saúde para o atendimento adequado a emergências neurológicas.

## **Cânceres**

O Câncer é a segunda causa de morte no mundo em se tratando de doenças não transmissíveis, inclusive em sociedades economicamente desenvolvidas. Em primeiro lugar estão as doenças cardiovasculares (WHO, 2014). Observa-se um panorama epidemiológico de transição relacionado às causas de mortalidade nas populações. Por exemplo, países que realizaram investimento em prevenção e controle de doenças infecto-parasitárias, políticas de proteção e prevenção de doenças transmissíveis, tendem a ter uma população com maior expectativa de vida que será mais acometida por doenças crônico-degenerativas como o câncer.

A OMS registrou 14,1 milhões novos casos de câncer (excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma) e 8,2 milhões de óbitos no mundo no ano de 2012. As estimativas para 2020 são de 17.1 milhões de novos casos com 10,1 milhões

de mortes. Trata-se de uma doença em crescimento progressivo, com proporções planetárias alarmantes. Este cenário tende a elevá-la para a primeira posição no ranking da mortalidade por doenças não transmissíveis em diversas regiões do planeta (GLOBOCAN IARC. V1.0, 2012; FERLAY, ET AL., 2012).

As taxas de incidência e mortalidade por câncer variam localmente de acordo com os indicadores socioeconômicos de cada país, além de investimentos realizados em prevenção e tratamento. No Brasil, estima-se 1,2 milhões de novos casos para o biênio 2018-2019 (excetuando-se o câncer de pele não melanoma que é o mais prevalente) (INCA, 2017).

Segundo a OMS, no ano 2000 aproximadamente 152 mil brasileiros morreram por câncer. Esse número aumentou significativamente nos últimos 15 anos e chegou a 223,4 mil, conforme dados de 2015. Houve um aumento de 31% nos casos de morte pela doença. Porém, em 10% (516) dos municípios brasileiros o câncer já ocupa o primeiro lugar nas estatísticas de mortalidade e poderá chegar à primeira causa de morte em todo o país em 2029. É uma situação preocupante que deve mobilizar a sociedade de forma ampla para o seu enfrentamento (MATARAZZO et al., 2017).

Em oncologia, discute-se a importância do cuidado centrado no paciente e sua unidade familiar ou rede de suporte social imediata. Sabe-se que essa abordagem está associada às boas práticas, melhora a qualidade de vida, fortalece o protagonismo do paciente/família, promove a tomada de decisões compartilhadas/consensuadas, aumenta a capacidade de autoavaliação e autoregulação do paciente, singulariza o cuidado de acordo com as necessidades individuais, reduz custos com o uso de aparatos tecnológicos e tratamentos desnecessários ao sistema de saúde, enfim, está alinhada às prospecções sobre futuro da oncologia numa perspectiva integrativa (GARCHINSKI et al., 2014).

O cuidado integral é uma oferta que se dá segundo as necessidades dos demandantes, ou seja, os pacientes, independentemente de sua vinculação direta com a doença ou tratamento. Para que isso, de fato, se efetive, é preciso problematizar as hierarquias e os saberes, questionar modelos centrados exclusivamente no combate às doenças, e incluir formas holísticas e compreensivas para a totalidade das necessidades dos sujeitos. Não se trata de concentrar todas as possibilidades em um único local ou serviço, mas de articulá-las a partir da organização em rede (SEIXAS et al., 2016).

Nessa perspectiva, a investigação, o diagnóstico e a conduta terapêutica não são suficientes para definir todo o tratamento de um paciente. Tem se discutido a necessidade de ampliação dos horizontes clínicos para além das regularidades dos diagnósticos e tratamentos. Para isso, é essencial que haja uma transformação na cultura do cuidado no ambiente hospitalar, o que passa pela assimilação das diferenças e singularidades de cada paciente, inclusive nas formas de representar e expressar sintomas, reconhecer o próprio adoecimento lidar com a experiência do tratamento (BRASIL, 2007).

O diagnóstico de câncer pode levar a um sofrimento psicossocial significativo. Pacientes apresentam níveis elevados de ansiedade e depressão já instalados enquanto estados patológicos. Rebaixamento do humor, perda do interesse e prazer, sentimentos de desamparo e desesperança, prejuízos nos ciclos de sono/vigília, nas atividades sexuais, e comprometimento das capacidades cognitivas são sinais observados com maior frequência em pessoas em tratamento para o câncer (RIEKE, 2016).

Dores físicas e emocionais intensas são percebidas no paciente durante o tratamento, o que aumenta a possibilidade de cronificação do quadro depressivo e o risco de comportamentos autodestrutivos. Além disso, sentimento de tristeza e desesperança possivelmente estão associados aos quadros depressivos e estigmas sociais que interferem na percepção que o paciente tem do seu próprio corpo visivelmente vulnerável e limitado pela doença e tratamento (GULEC et al., 2017).

Schilder (1999) coloca que a imagem do corpo é formada psiquicamente ao longo do desenvolvimento do ser humano a partir de trocas entre o mundo interno e externo. A imagem corporal será responsável por mobilizar o corpo materialmente constituído para a ação, o que o autor chamou esquema corporal (corpo em ação orientado pela imagem psíquica). Nesse movimento entre imagem e esquema corporal, serão desenvolvidas potencialidades e reconhecidas limitações.

O corpo representado no psiquismo e o corpo biológico são indissociáveis. Numa perspectiva inconsciente, o corpo fisiológico, instintivo (movido pelo dinamismo energético do psiquismo) é marcado pela exigência de satisfação. Assim, efeitos irreversíveis da doença/tratamento produzirão desequilíbrios entre o corpo sensível e o corpo representado psicologicamente (SCHILDER, 1999). Neste cenário psicodinâmico, a suposta unidade entre a identidade psíquica e o corpo é ameaçada.

### **Adoecimento respiratório**

As afecções respiratórias crônicas representam uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, embora nos tempos hodiernos, tenham-se diversos recursos terapêuticos para minimizar estas ocorrências (SOUZA et al, 2017). Dentre as doenças respiratórias crônicas (DRC), as mais comuns são: a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os estados alérgicos, a hipertensão pulmonar, patologias relacionadas às atividades laborais e a asma (BRASIL, 2016; BRASIL,2011).

Essas doenças constituem 7% da mortalidade em todo o mundo, com a ocorrência de 4,2 milhões de óbitos por ano. No Brasil, entre os anos de 2003-2013, ocorreram 6.876.361 internações hospitalares no Sistema único de Saúde - SUS, decorrente das doenças respiratórias crônicas. No ano de 2013, a taxa de internação de pacientes do sexo masculino com DRC foi de 256,6/100 mil homens para 227,3/100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

O número elevado de internações de homens com DRC pode ser justificado pelos hábitos de vida não saudáveis, como o uso de tabaco, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, as exposições a elementos químicos e biológicos no ambiente laboral, onde muitas vezes não possuem equipamento de proteção individual, ou eles relutam o uso e por óbices socioculturais, que reforça a identidade masculina de forte, viril e invulnerável, fazendo com que estes, tenham pouca ou nenhuma percepção sobre o autocuidado e um entrave em procurar os serviços de saúde (SIQUEIRA et al., 2014).

As doenças respiratórias crônicas não só resultam nos atendimentos de saúde, como também, nas alterações funcionais graves, impactando na qualidade de vida (SOUZA et al, 2017). É válido destacar que essas alterações, na vida do homem, resultam numa quebra da construção simbólica do “corpo saudável”, visto que, apresentam limitações em realizarem suas atividades de vida diária e instrumentais, devido a quadro recorrente de dispneia, indisposição, diminuição da força muscular e capacidade funcional. Desencadeando em alguns casos, processo de ansiedade, irritabilidade e de depressão. Além disso, estes podem viver excluídos da vida social por conta do odor exalado pelas vias aéreas superiores e pelos episódios recorrentes de tosse seca ou produtiva.

Neste aspecto é válido destacar que os profissionais de saúde, de forma integralizada, possuem um papel importante no acompanhamento dos homens com DRC, por meio de uma comunicação eficaz, conforme o nível de educação do indivíduo, para que este possa compreender a sua morbidade, da importância do uso de medicações, da realização das consultas periódicas para acompanhamento do seu quadro clínico, nutrição, condição psicológica e acompanhamento fisioterapêutico para que por meio de técnicas específicas, favoreça a depuração mucociliar, otimizar a função muscular respiratória e musculoesquelética visando a prevenção ou reestabelecimento da capacidade do exercício, impactando na melhora da sua qualidade de vida( CALDERIN, 2015; LANGER et al., 2009).

## **ADOCIMENTO CARDIOVASCULAR**

### **Jules Ramon**

#### *Adocimento metabólico (Diabete Mellitus)*

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença mundial que não escolhe idade ou condição social do indivíduo, provocando mudança em seu estilo de vida e em seu corpo. A DM é considerada um grande problema para a saúde pública resultando em prevalência e incidência mundialmente preocupantes (LIMA et al., 2017).

Dados da Federação Internacional de Diabetes indicam que em (2015), no Brasil, houve uma predominância de 14,3 milhões de pessoas com DM e estima-se que, para o ano 2040, existira uma população de 23,2 milhões de pessoas (IDF 2015).

Existe dois tipos de Diabetes Mellitus, tipo 1 e tipo 2 (DM2), porém atualmente

a DM2 representa 90% a 95% dos casos da população mundial, e seus fatores estão relacionados a hereditariedade e ao excesso de peso (WHO 2016).

É considerada uma doença crônica, com tendência em adultos jovens que incorporam estilo de vida sedentário e apresentam alteração na alimentação com aumento do consumo de alimentos industrializados e gordurosos (LIMA et al., 2017).

No Brasil, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade e menor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

O Diabetes representa também perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura em decorrência das complicações que podem acometer a pessoa com a doença (FERREIRA et al., 2015). Essas complicações são mais prevalentes em homens, visto que há uma baixa adesão desses ao tratamento (WHO 2016).

Um indivíduo com DM irá enfrentar possíveis mudanças na aparência física, limitações e impedimentos nas atividades rotineiras, dificuldade em enfrentar o tratamento e seus efeitos colaterais (RIBEIRO et al., 2017).

Em homens a Diabetes pode ocasionar ainda distúrbios sexuais. A disfunção erétil em homens com diabetes, atingi cerca de 32 a 67% dessa população. Estudos internacionais apontaram que 50% dos homens relatarão algum episódio de Disfunção Erétil nos seis primeiros meses após o diagnóstico de diabetes (IDF 2015).

A compreensão da doença vai implicar diretamente em características pessoais como; saúde, sistema de crenças, autoestima, autocontrole, conhecimento, resolução de problemas capacidade e apoio social (LIMA et al., 2017).

Assim, estes indivíduos podem apresentar problemas psicológicos, especialmente mudanças em sua autoestima, já que sua percepção sobre imagem corporal está relacionada nova condição de vida (IDF 2015).

A autoestima e a resiliência têm se tornado indicadores importantes, em interação com a saúde mental, bem-estar e qualidade de vida desses indivíduos e se há uma interferência nas suas condições afetivas, sociais e psicológicas (CARVALHO et al., 2016).

Estudo realizado em enfermarias com adolescentes por Montes-Hidalgo e Tomás-Sábado (2016), sobre resiliência, mostra evidências suficientes de que existe uma relação com autoestima, porque permite uma melhor adaptação de o indivíduo ao meio ambiente, além de fornecer uma maior capacidade para suportar mudanças no estilo de vida.

Portanto, é necessário enfatizar a importância de o profissional de saúde estar aberto a entender o estilo de vida do indivíduo e qual a sua reação com essas mudanças, podendo, assim, prestar uma assistência digna e eficaz que propicie melhor qualidade de vida, minimizando possíveis efeitos negativos no enfrentamento

a doença (CONTE; JENERAL, 2018).

Infere-se também a promoção da resiliência e autoestima por profissionais que lidam com indivíduos com DM é necessário para ajudá-los a lidar com a doença e em alcançar maior adesão ao tratamento (RIBEIRO et al., 2017).

## Obesidade

Atualmente considerada uma epidemia na atualidade, a obesidade tem acarretado consideráveis impactos econômicos e sociais em muitos países (ARAÚJO et al., 2016).

Dado o seu caráter epidêmico e proximamente ligado as comorbidades como a diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, síndrome metabólica, patologias respiratórias, entre outras, a obesidade tem provocado preocupação para as sociedades, sobretudo aos profissionais, gerando atenção para o fenômeno, que é considerado um problema de saúde pública (Mores et al., 2017).

Conforme relatório publicado pela A World Health Organization (WHO) (2014), quase um terço da população mundial sofre de sobrepeso ou de obesidade. As projeções mundiais sobre saúde, aponta ainda que a obesidade mais do que duplicou, desde 1980, em 2014, mais de 1,9 bilhão de adultos com 18 anos ou mais estavam acima do peso, e desses, mais de 600 milhões eram obesos, 39% dos adultos com 18 anos ou mais estavam acima do peso, e 13% eram obesos.

Para tanto, os prejuízos em decorrência da obesidade são diversos, além de ser um fator de risco para o aparecimento de outras enfermidades crônicas, o sobrepeso é condição complexa que se agrega a uma gama de repercussões nas esferas psicossociais (ARAÚJO, 2017).

Segundo a literatura, pessoas com obesidade são passíveis de sofrer discriminação e preconceito social nas suas relações pessoais, com o público em geral, no âmbito profissional (MAGALLARES, 2014), inclusive em serviços de atendimento hospitalar (OBARA, 2015).

Com relação ao sofrimento psicológico, é importante considerar os estigmas sociais e os valores ligados à cultura que considera o corpo gordo feio e inaceitável. Estudos apontam que o indivíduo com obesidade tem menor chance de ser aceito em empregos concorridos e de desenvolver relacionamento estável (MACEDO et al., 2015).

Isto tem sido uma preocupação constante aos homens com excesso de peso e acúmulo de gordura, pois significa estar fora dos padrões aceitos e a preocupação com o ser/estar diferente torna-se presente na vida dessa pessoa, ocasionando ainda mais sofrimento (ARAÚJO, 2017).

Discutindo especificamente a qualidade de vida dos homens considera-se que sua vida profissional, social e sexual pode ser afetada diretamente de forma negativa (ARAÚJO, 2010).

Segundo Levrini (2016), a influência da obesidade nas relações de trabalho e a discriminação contra as pessoas obesas, provoca, exclusão social e preconceito. Além disso a obesidade juntamente com outras doenças associadas pode ocasionar possíveis repercussões na função sexual.

A qualidade de vida sexual de homens portadores de obesidade mórbida pode ser prejudicada por disfunções sexuais que afetam, o orgasmo, a ereção e o desejo sexual, devido a diversas limitações impostas pela mobilidade, massa corporal e estigmatização social.

Do ponto de vista psicossocial, estados emocionais negativos e experiência de vida incluindo depressão, autoestima e dificuldade de relacionamentos, têm sido causas de disfunções sexuais como a diminuição do desejo sexual e alterações do orgasmo (ARAÚJO, 2010).

Portanto, pensar em obesidade não remete só a discussão sobre causas, consequências desse agravo e tratamento, mas também a outros aspectos envolvidos que atrapalham o controle do peso e influenciam direta ou indiretamente nas questões de saúde (MACEDO et al., 2015).

Olhar a pessoa obesa, a partir da sua perspectiva de imagem corporal, orienta para práticas de cuidar inovadoras que direcionam às singularidades e à particularidades do indivíduo. Somente com esta perspectiva os profissionais de saúde podem desenvolver junto a estas pessoas, ações específicas com uma abordagem que extrapole a dimensão biológica e contemple os aspectos psíquicos, sociais e afetivos (MEDEIROS, POSSAS, VALADÃO, 2018).

## **Adoecimento renal**

Na última década a doença renal crônica - DRC tem sido tratada com uma doença comum e tratável, dado a amplitude de estudos nacionais e internacionais com a pretensão de compreender seus curso e repercussões sobre o organismo humano.

Esta preocupação com a DRC no cenário mundial é justificada pelos registros de rápido aumento na sua prevalência em diversos países. Atualmente a média da prevalência global é de 13.4% (HILL et al., 2016). No entanto, esse dado tem forte variação entre os países no mundo devido às influências de fatores ambientais, étnicos, socioeconômicos e locais (IMTIAZ et al., 2018)

No Brasil, a heterogeneidade entre os estudos realizados e falhas no rigor metodológico impossibilita aferir com segurança a prevalência da DRC, Desse modo, os inquéritos populacionais apontam que existem aproximadamente de 3 a 6 milhões de brasileiros diagnosticados com DRC, atingindo mais aos homens do que as mulheres (MARINHO et al., 2017).

Os sintomas físicos oriundos do quadro patológico progressivo instalado e a terapia renal substitutiva têm sido apontados como os responsáveis pelas repercussões

psicossociais. Ambos são um processo contínuo e irreversível com forte impacto na qualidade de vida dos pacientes.

A sintomatologia mais referida entre os indivíduos diagnosticados são a fadiga, dor óssea e articular, e problemas sexuais (ALMUTARY et al., 2016). Dentre as repercussões do adoecimento por DRC em homens destaca-se que a disfunção sexual atinge cerca de 50% dos homens; o que resulta em insatisfação com o próprio desempenho sexual e impactando na autoestima e relações interpessoais (STAVROULA, FOTOULA, 2014).

O momento do diagnóstico se mostra o gatilho para o adoecimento psicossocial, onde estão presentes o medo e a ansiedade agudos, acompanhado da tristeza e em grande parte a depressão são as expressões do sofrimento pelas incertezas quanto as implicações relativas a viver sob condição do adoecimento crônico. Subentende-se aceitar uma nova imagem e adapta-se a um novo estilo de vida ajustada ao tratamento (SILVA et al., 2017).

As terapias renais substitutivas trazem para a vida dos pacientes limitações sociais e ocupacionais bastante significativas. Atividades cotidianas são abandonadas em virtude da priorização de atividade necessárias para a sobrevivência, isso inclui para a maioria dos pacientes, sendo os mais impactantes para a vida social o abandono do emprego e atividade de lazer, e a perda da autonomia (IBIAPINA et al., 2016; SILVA et al., 2017).

No contexto as vivências e enfrentamento da DRC, as enfermeiras tem papel importante, pois, podem colaborar através da implementação do cuidado especializado a esses pacientes. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas e efetivamente contribuir à adaptação do paciente está a atuação da enfermeira como educadora e facilitadora. Ações como oferecer informações sobre a doença e tratamento, como novas modalidades, vantagens e desvantagens da terapia (SILVA et al., 2016). Desse modo, estar atenta para a percepção que os pacientes têm sobre o seu próprio adoecimento, no sentido de intervir através de ações que valorizem o seu processo vital e não apenas a manutenção do corpo biológico (SILVA et al., 2017).

O processo de enfrentamento de doenças crônicas mostra-se bastante individualizado, no entanto, a compreensão sobre as medidas de enfrentamento permitirá à equipe de saúde oferecer o apoio adequado, no intuito de prevenir atitudes de pessimismo e desânimo frente à convivência com a enfermidade (SILVA et al., 2016).

## REFERÊNCIAS

LANGE MC, BRAATZ VL, TOMIYOSHI C, NÓVAK FM, FERNANDES AF, ZAMPRONI LN, et al. Neurological diagnoses in the emergency room: differences between younger and older patients. *Arq Neuropsiquiatr.* [Internet] 2011;69(2A) [acesso em 21 jul. 2019]. Disponível:<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2011000200014>.

SARMENTO et al. Perfil das vítimas de afecções neurológicas atendidas por um serviço pré-hospitalar móvel de urgência. *Cogitare Enferm.* (22)2: e49698, 2017. [acesso em 21 jul. 2019] Disponível: <https://pdfs.semanticscholar.org/8331/dc0052aff8c451e1345b33455512a31936bc.pdf>

MARQUES GQ, LIMA MADS, CICONET RM. Agravos clínicos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Porto Alegre - RS\* *Acta Paul Enferm* 2011;24(2):185-91. [acesso em 21 jul. 2019] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/05.pdf>

LAVADOS P, HENNIS A, JEFFERSON G FERNANDES J et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. *Lancet Neurol* 2007; 6: 362–72.

SMELTZER SC, BARE BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.4vls.

OLIVEIRA, MC, NOGUEIRA, LT, ARAÚJO, EVANGELISTA, TM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3):245-52. [acesso em 21 jul. 2019] Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0245.pdf>

CHAVES DB, COSTA AG, OLIVEIRA AR, SILVA VM, ARAUJO TL, LOPES MV. Comunicação verbal prejudicada - investigação no período pósacidente vascular encefálico. *Rev Rene.* 2013; 14(5):877-85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

GLOBOCAN IARC. V1.0 [Internet]: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, France; c2012 [Cited 2019 jul 20] Available from: [http://globocan.iarc.fr/Pages/burden\\_sel.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx).

FERLAY JSI, ERVIK M, DIKSHIT R, ESER S, MATHERS C et al. GLOBOCAN 2012 V1.0: Câncer Incidence and Mortality Worldwide Lyon, France; c2012 [updated 2013 Out 20; Cited 2019 jul 20]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2017. Available from: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2018.pdf>.

MATARAZZO HLT, DE MELO NVM, LOGGETTO S, FEDOZZI F, STEAGALL M. 2029: ano em que o câncer será a primeira causa de morte no Brasil. *Braz J Oncol.* 2017;13(Supl):1-402.

GARCHINSKI CM, DIBIASE AM, WONG RK, SAGAR SM. Patient-centered care in cancer treatment programs: the future of integrative oncology through psychoeducation. *Future Oncol.* 2014;10(16):2603-14.

SEIXAS CT, MERHY EE, BADUY RS, SLOMP HJ. Integrality in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil. *Salud Colect.* 2016;12(1):113-23.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: Editora MS. 2007.

RIEKE K, BOILESEN E, LYDIATT W, SCHMID KK, HOUFEK J, WATANABE-GALLOWAY S. Population-based retrospective study to investigate preexisting and new depression diagnosis among head and neck cancer patients. *Cancer Epidemiol.* 2016;43:42-8.

GULEC G, GULEC S, CEYHAN D, BAHAR M, OZDEMIR S. Anxiety, depression and coping behaviors with pain in cancer patients who are aware or unaware of their cancer. *Agri*. 2017;29(3):109-1.

SCHILD P. A imagem do corpo: as energias constitutivas da psique. 3rd ed. São Paulo: Martins Fontes 1999.

CALDERIN, JCI. **Ação para redução da alta incidência de pacientes com doenças respiratórias**. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora, 2015.

LANGER, D. et al. Clinical practice guideline for physical therapy in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) – Portuguese version. *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 183-204, maio-junho. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil da morbimortalidade por doenças respiratórias crônicas no Brasil, 2003 a 2013. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vol 47 N° 19, 2016.

SIQUEIRA ,B., et al. Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18 n.4 , p.690-696, outubro- dezembro 2014.

SOUZA, M., et al. Produção do cuidado e a rede de atenção a pessoa com doença respiratória crônica: um estudo de revisão. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, Salvador, v.7, n.4, p.574-582, novembro 2017.

ARAÚJO, Arakén Almeida. **Análise da qualidade de vida sexual de homens obesos mórbidos submetidos à gastroplastia redutora**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ARAUJO, Lidiane Silva et al. Preconceito frente à obesidade: representações sociais veiculadas pela mídia impressa. *Arq. bras. Psicol.*, Rio de Janeiro, v.70, n.1, p. 69-85, jan. 2018.

ARAÚJO, Lidiane Silva. **Representações sociais da obesidade: identidade e estigma** 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2017.

LEVRINI, Gabriel. A. Obesidade nas organizações: o preconceito não declarado. *Revista Organizações em Contexto*, São Bernardo do Campo, v. 12, n. 24, p. 165-191, jul/dez. 2016.

MACEDO, Tassia Teles Santana de. et al. Percepção de pessoas obesas sobre seu corpo. *Esc Anna Nery*, Salvador, v.19, n.3, p.505-510, jul/set. 2015.

MAGALLARES, Alejandro. Right Wing Autoritharism, Social Dominance Orientation, Controllability of the Weight and their Relationship with Antifat Attitudes. *Univ. Psychol*, Bogotá, Colombia, v.13, n.2, p.771-776, abr/jun. 2014

MEDEIROS, Cinthia Rodrigues de O; POSSAS, Miriam de Castro; VALADÃO, Valdir Machado Junior. Obesidade e organizações; uma agenda de pesquisa. *REAd*, Porto Alegre, v. 24, n.1, p. 61-84, jan/abr. 2018.

MORES, Roberta. Caracterização dos distúrbios de sono, ronco e alterações do sistema estomatognático de obesos candidatos à Cirurgia Bariátrica. *RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, São Paulo, v. 11, n.62, p. 64-74, mar/abr. 2017.

OBARA, Angélica Almeida. **Atitudes de estudantes universitários de nutrição em relação aos indivíduos obesos e à obesidade**. 2015 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight: 2014. Geneva, Switzerland. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Acesso em: 22 jul. 2019.

CARVALHO, Isabela Gonzales *et al.* Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos com enfermedades cardiovasculares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, ed.2836, p.1-10, abr/jul, 2016.

CONTE, Aline Falsetti; JENERAL, Ruth Bernarda Riveros. Sentimentos vivenciados pelos adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Rev Fac Ciênc Méd**, Sorocaba, v.20, n.4, p.218-22, jan/ago, 2018.

FERREIRA, Natalia Colombo *et al.* Estresse em pacientes com diabetes tipo2. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 4, n. 1, jul. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Atlas do Diabetes 2015: atualização. Sociedade Brasileira de Diabetes adapted. 7th ed. 2015. Disponível em: <http://www.diamundialdodiabetes.org.br/media/uploads/atlasidf-2015.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

Lima Carla Lidiane Jácome *et al.* Characterization of users at risk of developing diabetes: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.1, p.475-82, 2018

MONTES-HIDALGO, Javier; TOMÁS, Sábado. Autoestima, resiliencia, locus de control and suicide suicides in estudiantes de enfermería. **Enferm Clin**. v. 583, sn. , p.1-6, abr/ago, 2018.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza *et al.* Sel-esteem and resiliencie in people with type 2 diabetes mellitus. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.41 n.2, p.223-231, ago/dez, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on diabetes. Geneva, Switzerland: WHO, 2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf). Acesso em 23 jul. 2019.

HILL N.R; FATOBA S.T.; OKE J.L; HIRST J.A.; O'CALLAGHAN C.A.; LASSERSON D.S. *et al.* Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**. 2016 11 (7): e0158765. Acessado em 10 de jul 2019. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158765>. doi:10.1371/journal.pone.0158765

IMTIAZ S.; SALMAN B.; QURESHI R.; DROHLIA M.F.; AHMAD A. A review of the epidemiology of chronic kidney disease in Pakistan: A global and regional perspective. Saudi. **J Kidney Dis Transpl** [serial online] 2018; 29:1441-51. Acessado em 12 Jul 2019. Disponível em: <http://www.sjkdt.org/text.asp?2018/29/6/1441/248307>

MARINHO, A. W. G. B. *et al.* Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 379-388, July 2017. Acessado em 12 Jul 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2017000300379&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300379&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2019. Epub Oct 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030134>.

ALMUTARY H.; BONNER, A.; DOUGLAS, C. Which patients with chronic kidney disease have the greatest symptom burden? A comparative study of advanced ckd stage and dialysis modality. **Journal of Renal Care**. 2016 42(2), 73–82. Acessado em 09 de ul 2019. doi:10.1111/jorc.12152

STAVROULA K. G.;FOTOULA P. B. sychological Aspects in Chronic Renal Failure. **Health Science Journal**. 2014;8 (2). Acessado em 09 de ul 2019. Disponível em < [https://www.researchgate.net/publication/286355459\\_Psychological\\_aspects\\_in\\_chronic\\_renal\\_failure](https://www.researchgate.net/publication/286355459_Psychological_aspects_in_chronic_renal_failure)>

SILVA D. M.; SILVA R. M. C. R. A.; PEREIRA E. R.; FERREIRA H.C.; ALCANTARA V. C. G.. A percepção de corpo por pessoas com doença renal crônica: Um estudo fenomenológico. **Rev Min Enferm**. 2017;21:e-1051. DOI: 10.5935/1415-2762.20170061

IBIAPINA A.R.S, SOARES N.S.A, AMORIM E.M., SOUZA A.T.S, SOUSA D.M, RIBEIRO IP. Aspectos psicossociais do paciente renal crônico em terapia hemodialítica. **Sanare** [Internet] 2016 [citado 2018 mai. 25];15(1): 25-31. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/924/553>.

SILVA, R. A. R. *et al* . Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 147-154, Mar. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100147&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 July 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160020>.

## CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL: MODELO DE INTERVENÇÃO PARA O APRIMORAMENTO DA ABORDAGEM E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

**Karoleen Oswald Scharan**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Curitiba-Paraná

**Rafaella Stradiotto Bernardelli**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Curitiba-Paraná

**Auristela Duarte de Lima Moser**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Curitiba-Paraná

**RESUMO:** A formação de profissionais de saúde deve ancorar-se em estruturas e modelos atuais de abordagem e intervenção. A Organização Mundial da Saúde preconiza o uso da CIF e seu modelo biopsicossocial. Ele engloba aspectos biofisiológicos, experiência vivida de saúde, individualidade, ambiente, atividades cotidianas e participação do indivíduo na sociedade. Este estudo apresentou a estrutura de uma sensibilização presencial sobre CIF e descreveu as percepções de alunos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional sobre o processo. Vinte e quatro alunos de Fisioterapia participaram de 4 encontros de 3 horas, semanalmente na PUC-PR. Vinte alunos de Terapia Ocupacional participaram de 4 encontros de 4 horas cada, em 2 módulos na UFPR. A sensibilização teórico-prática contemplou a estrutura, o conteúdo e o modelo de saúde da CIF e suas aplicações na prática clínica acadêmica.

Analisou-se o conteúdo das percepções a partir das anotações do pesquisador-observador, na PUC-PR e, de respostas de questionário no término da sensibilização, na UFPR. A estrutura teórico-prática sensibilizou com a forma “simples”, “lúdica”, “prática” e “objetiva”. O conhecimento da CIF “deveria anteceder os estágios obrigatórios” e seu uso “permite uma visualização mais ampla e ao mesmo tempo mais específica do paciente”. Esse modelo permite um “olhar mais humanizado”, que favorece um modo de “pensar diferente”, e mais “global”. “Saber o que o paciente precisa”, contribui para os objetivos de tratamento e pode “melhorar a comunicação possibilitando que o paciente possa ser compreendido por todos os profissionais e suas necessidades possam ser supridas da melhor forma e suas capacidades potencializadas”.

**PALAVRAS-CHAVE:**

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Educação em saúde; Funcionalidade; Fisioterapia; Terapia Ocupacional.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN PROFESSIONAL TRAINING: INTERVENTION MODEL FOR IMPROVING HEALTH APPROACH AND ASSESSMENT

**ABSTRACT:** the formation of health professionals

should be anchored in current structures and models of approach and intervention. The World Health Organization recommends the use of ICF and its biopsychosocial model. It encompasses biophysiological aspects, lived health experience, individuality, environment, daily activities and individual participation in society. This study presented the structure of a presential sensitization about ICF and described the perceptions of Physical Therapy and Occupational Therapy students about the process. Twenty-four physiotherapy students participated in 4 meetings of 3 hours each, weekly at PUC-PR. Twenty Occupational Therapy students participated in 4 meetings, 4 hours each in 2 modules at UFPR. The theoretical-practical awareness included the structure, content and health model of the ICF and the applications in academic clinical practice. The content of the perceptions was analyzed from the observer's annotations at PUC-PR and from questionnaire responses at the end of sensitization at the UFPR. The theoretical-practical structure sensitized with the form "simple", "playful", "practical" and "objective". Knowledge of the ICF "should precede the obligatory stages" and its use "allows for a broader and more patient-specific view". This model allows for a "more humanized look" that makes them "think differently" in a more "global" way. "Knowing what the patient needs" contributes to treatment goals and can "improve communication by enabling the patient to be understood by all practitioners and their needs to be best met and their capabilities enhanced."

**KEYWORDS:** International Classification of Functioning, Disability and Health; Health Education; Functioning; Physiotherapy; Occupational Therapy.

## 1 | INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica e as tendências demográficas que vêm ocorrendo mundialmente trouxeram desafios com relação a provisão de serviços em saúde, especialmente os de reabilitação (Krug e Cieza, 2017). Essas mudanças retratam um cenário de diminuição de doenças infectocontagiosas, aumento expressivo no número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e aumento da expectativa de vida (LAURENTI e BUCHALLA, 1999; NUBILA *et al.*, 2008; P NSF, 2011). Esse fato reflete em pessoas vivendo mais e com maiores alterações em sua funcionalidade (OMS, 2015).

No sentido de melhor compreender tais fenômenos da saúde e seu impacto na funcionalidade e no modo de viver das pessoas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em 2001 (OMS, 2015). Ela é uma estrutura de referência para ser utilizada por diferentes profissões, dentre as quais estão a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional.

A CIF tem como objetivos descrever os estados de saúde dos indivíduos em uma linguagem sistematizada e alicerça-se na perspectiva biopsicossocial, na qual considera-se não apenas a doença e o diagnóstico clínico deles, mas agrega informações das funções e estruturas do corpo com informações sobre atividades e a participação na sociedade e a interferência positiva ou negativa do ambiente que os

cerca (STUCKI e GRIMBY, 2004).

Em 2017, a OMS publicou um chamado para ação denominado “*Rehabilitation 2030: a call for action*” (GIMIGLIANO e NEGRINI, 2017), no qual elenca ações para que as pessoas além de viver mais, vivam melhor. Isso significa que tenham mantida ou aumentada sua funcionalidade, ainda que elas tenham um diagnóstico clínico (OMS, 2015). Dentre as ações previstas está a disseminação de alta qualidade de profissionais de saúde (GIMIGLIANO e NEGRINI, 2017; KRUG e CIEZA, 2017). Dessa forma, garantir o aprimoramento da formação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais abrange o acompanhamento das tendências de perfis demográficos e o uso de modelos de saúde e tecnologias atuais, mundialmente referenciadas, que atendam às demandas populacionais.

Essa perspectiva suscita aos profissionais de saúde ampliar o espectro de informações sobre o paciente e quantificar a magnitude das dificuldades e deficiências identificadas escutando e dialogando com as necessidades individuais, locais e regionais dos indivíduos (VALE, 2009). Assim, pode agir de forma mais assertiva em suas intervenções.

Merhy e Feuerwerker (2016) definiram três “caixas de ferramentas tecnológicas” para o trabalho em saúde. Elas referem-se aos recursos materiais usados pelo profissional (tecnologias duras); ao encontro com o paciente, o ato vivo, que permite a interação (tecnologias leves); e à abordagem do profissional sobre o indivíduo e seu raciocínio clínico, construídos a partir de saberes prévios (tecnologias leve-duras). O presente estudo contextualiza-se nas tecnologias leve-duras, entendendo que a sensibilização poderá agregar um saber e um raciocínio clínico aos acadêmicos. Para os autores citados, operacionalizar uma tecnologia leve-dura consiste em associar saberes já definidos ao raciocínio clínico permitindo que o olhar do profissional sobre o indivíduo apreenda seu mundo e necessidades.

Nessa perspectiva, este estudo objetivou apresentar a estrutura teórico-prática de uma sensibilização presencial sobre a CIF e descrever as percepções de alunos de graduação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional sobre o referido processo.

## 2 | MÉTODO

Uma parte do presente estudo, a da estruturação da sensibilização para os alunos de Fisioterapia, é uma etapa metodológica de uma tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) que foi aplicada aos alunos dessa instituição. O modelo de sensibilização foi replicado para alunos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

A sensibilização para alunos de Fisioterapia da PUC-PR teve duração total de 12 horas divididas em quatro encontros de três horas, uma vez por semana que foi

disponibilizado nos períodos matutino e noturno. Participaram voluntariamente 24 alunos do sexto período, 12 em cada turma. Os encontros foram ministrados por uma única pesquisadora e contaram com um pesquisador-observador, para registrar qualitativamente impressões e relatos dos alunos sobre a sensibilização.

Para os alunos da Terapia Ocupacional da UFPR, a sensibilização teve duração total de 16 horas divididas em 4 encontros, distribuídos em dois módulos de duas tardes cada com um intervalo de um mês entre eles. Participaram voluntariamente 15 alunos entre o quinto e oitavo períodos do curso e que participavam de projetos de extensão. A sensibilização foi ministrada majoritariamente por uma pesquisadora, porém, com intervenções, quando necessário, de uma segunda. Para esse grupo, as impressões qualitativas foram registradas em duas questões sobre os relatos da contribuição da sensibilização para a prática acadêmica. Para ambos os grupos, as informações foram objeto de análise de conteúdo conforme recomendado por Minayo, Delandes, Gomes (2012).

A estrutura teórica da sensibilização seguiu as diretrizes da OMS e os padrões do módulo introdutório do *ICF e-learning tool*, uma ferramenta *on-line* e gratuita da OMS de educação em CIF (*ICF RESEARCH BRANCH, 2017*). As atividades práticas foram delineadas e complementadas após duas das pesquisadoras ministrantes participarem do *workshop* presencial da CIF no Centro de Pesquisa em Paraplegia da Suíça, realizado pelo *ICF Research Branch* em cooperação com o Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais, sediado na Alemanha.

O conteúdo da sensibilização foi assim distribuído nos quatro encontros: conhecimento da CIF e do modelo de saúde proposto por ela; apresentação da estrutura e conteúdo da CIF; especificação dos componentes, capítulos e categorias da CIF junto com os respectivos qualificadores; a aplicação da CIF na prática clínica acadêmica.

O conteúdo foi o mesmo tanto para ambos os grupos, o entanto, algumas atividades práticas foram aperfeiçoadas como estratégia de adequação para cada profissão incluindo o a duração total, de acordo com os objetivos delineados para as sensibilizações. As abordagens de cada encontro estão descritas a seguir.

## 2.1 Descrição dos encontros

Para os alunos de ambas graduações a sensibilização teve início com apresentação pessoal seguida das expectativas relatadas com relação a sensibilização e dúvidas sobre a CIF.

Para os alunos de Fisioterapia a estratégia utilizada no primeiro encontro foi refletirem e responderem em um papel “O que é a CIF para mim?”. As respostas foram coladas na parede para que tivessem uma visão geral das respostas do grupo. Para os alunos da Terapia Ocupacional, a estratégia foi de conversarem em duplas sobre a mesma pergunta e, em seguida um aluno apresentava a resposta do outro para os

demais colegas numa dinâmica de círculo. Assim, as pesquisadoras retomavam os conteúdos das respostas em momentos oportunos durante o encontro.

Na sequência, foi definido o que é a CIF em relação a ser uma classificação e o que isso representa. Foi contextualizado o processo histórico contando-se o percurso do desenvolvimento e evolução das classificações até a décima versão da Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e da primeira e atual versão da CIF. O material utilizado para essa etapa foi o de Laurenti (1991) e Laurenti e Buchalla (1999), que fazem tal resgate histórico.

Foi abordado que a CID e a CIF são complementares e juntas geram um olhar mais amplo sobre as informações relacionadas às condições de saúde de um indivíduo. Ainda, abordou-se que cada uma das classificações traz consigo uma forma de o profissional realizar sua abordagem e intervenção ao indivíduo que atende, portanto, um modelo de saúde. A CID-10 traz o modelo biomédico enquanto a CIF, o modelo biopsicossocial.

Para auxiliar na visualização dos dois modelos de saúde, foi entregue aos alunos duas versões de um caso de paciente contendo diagnóstico clínico, anamnese, diagnóstico e objetivos fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais, uma das versões baseada no modelo biomédico e a outra no biopsicossocial. Com os dois casos em mãos, os alunos marcaram o que tinham percebido de relevante nos dois modelos e foram estimulados a relatar diferenças entre eles.

Anterior ao término do primeiro encontro o conteúdo foi recapitulado para os alunos de Fisioterapia de modo que respondessem verbalmente sobre “O que é a CIF?, Como ela surgiu?, Qual o modelo de saúde que ela propõe?”. Já para os alunos de Terapia Ocupacional, o mesmo conteúdo foi recapitulado aplicando-se uma cruzadinha impressa.

No segundo encontro o tema foi “Apresentação da estrutura e do conteúdo da CIF”. A todos os alunos foi disponibilizado o livro da CIF marcado com *post it* facilitando a identificação das páginas principais de componentes e anexos. Iniciou-se o encontro pelo diagrama da CIF. Em uma folha com o diagrama em branco, os alunos completaram-no com os componentes da CIF e as respectivas letras que os representam (Funções do Corpo representadas pela letra *b*; Estruturas do Corpo pela *s*; Atividades e Participação pela *d*; Fatores Ambientais pela *e*).

Para aproximá-los do conteúdo da CIF, os alunos foram subdivididos e receberam figuras impressas e plastificadas representativas das informações do caso utilizado no primeiro encontro para que fossem dispostas no componente mais adequado dos diagramas previamente desenhados no quadro da sala de aula (Figura 1). Ao terminarem, percorreram os demais grupos para verificar semelhanças e diferenças. Em seguida, todos realizaram seus comentários e tiraram suas dúvidas.

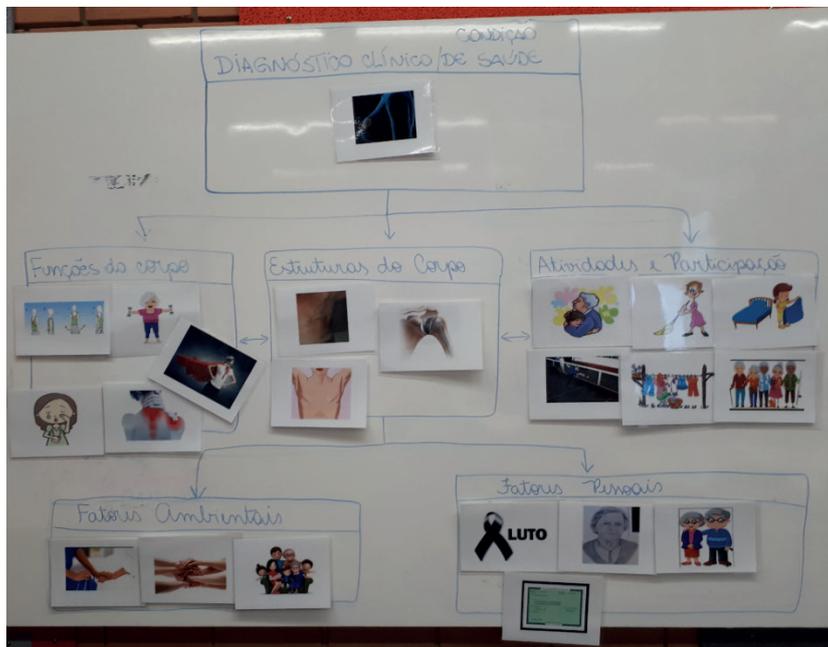


Figura 1- Inserção das informações do estudo de caso no diagrama da CIF  
 Fonte: as autoras, 2018.

Em seguida, foi distribuído um diagrama do conteúdo da CIF. Esse material foi traduzido e adaptado do estudo de Prodingler *et al.* (2016).

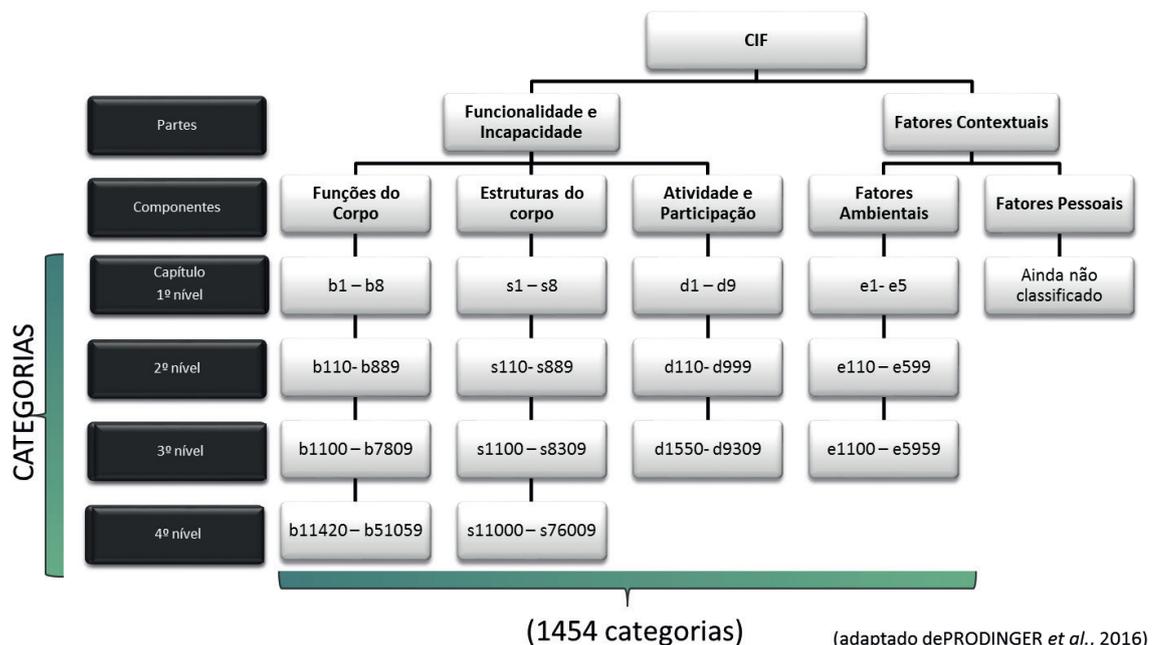


Figura 2- Estrutura da CIF  
 Fonte: as autoras, 2018.

As pesquisadoras deixaram exposto na tela do projetor e foi percorrendo o diagrama junto com os alunos. Para fixar essa etapa complexa da estruturação e do conteúdo mais geral da CIF, foi construída uma árvore na qual cada um poderia escolher um componente e desmembrar a classificação no seu sistema tronco-ramo-



Após essa atividade, foram apresentados os qualificadores de cada componente da CIF e exemplos de como qualificar cada um. Na sensibilização para os alunos de Terapia Ocupacional, pelo maior tempo disponível, foi possível acrescentar duas atividades. Uma foi a de identificar categorias e seus qualificadores a partir do caso clínico descrito no modelo biopsicossocial do primeiro encontro. A outra foi de decodificação, na qual foram impressas 6 imagens acompanhadas de códigos CIF (categoria e qualificador) para que os alunos escrevessem por extenso a interpretação de cada uma, por exemplo: código d4154.23 interpretado como dificuldade moderada no desempenho e grave na capacidade de permanecer em pé.

No quarto e último encontro, de acordo com o objetivo de cada sensibilização, para os alunos da Fisioterapia foi lembrada a ficha de avaliação fisioterapêutica do estágio supervisionado em traumatologia e ortopedia e foram discutidos os campos da avaliação com maior potencial para registrar informações da CIF. Em seguida foi discutido sobre a convergência entre os itens anotados em uma anamnese, com o diagnóstico fisioterapêutico e com os objetivos de tratamento fisioterapêutico e o conteúdo da CIF. Já para os alunos da Terapia Ocupacional, foram apresentadas as diferentes formas de elegibilidade da CIF para serem classificadas visando a viabilização da CIF na prática clínica. Dentre elas, foram apresentadas opções como: *check lists*, *core sets*, *sets* de reabilitação e genérico, e questionários da (WHODAS, WHOQOL). Além disso, foram apresentados *sites* recomendados pela OMS para consulta e complementação do conhecimento sobre CIF como: [icf-core-sets.org](http://icf-core-sets.org); [icf-research-branch.org](http://icf-research-branch.org); [leuchtturmprojekt-hand.de/frontpage\\_eng/](http://leuchtturmprojekt-hand.de/frontpage_eng/).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados referentes às percepções e expectativas da sensibilização, no primeiro encontro, foram similares para os alunos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: “a CIF cai de paraquedas em nossas vidas”, gostaria de saber “para que serve”, “entender de um modo mais simples, mais fácil” o que é a CIF; “muitas vezes em palestras as coisas sobre a classificação ficam vagas e parecem jogadas. Essas falas denotam um certo estranhamento pelos alunos de ambas as graduações que relataram a necessidade de uma sensibilização previamente aos estágios obrigatórios, projetos integradores ou de extensão.

Outras falas se referiram a dúvidas sobre a estrutura e uso: “não sabemos como usar”, “como entender os códigos, qual a ordem de importância deles?”, “como achar os códigos certos que devo usar e como faço isso?”, “como se aplica?”, “em que momento devo escolher o código? Quando estou com o paciente devo parar e pegar a CIF?”. “É universal, mas nem todos os profissionais usam. Falta integração entre os profissionais”.

Com relação à estrutura da CIF, uma aluna fez analogia com as pastas de um *desktop*: “As ramificações da árvore da CIF são iguais a um *desktop*, você entra em

uma pasta, em outra e em outra até chegar no documento mais específico". Esta analogia vai ao encontro de trabalhos já desenvolvidos no sentido de informatizar a aplicação da CIF (MARITZ, ARONSKY e PRODINGER, 2017) e automatizar a geração de uma classificação a partir da seleção de categorias e códigos guiados por respostas de perguntas da anamnese ou escores de questionários (SCHARAN et al., 2018).

Os relatos retratam a importância da estruturação pedagógica do ensino da CIF nos currículos acadêmicos de forma precoce e transversal nas diferentes disciplinas oferecidas. Essa inserção pedagógica é um dos objetivos da classificação para que seu uso por países membros da OMS seja operacionalizado, e para que a CIF seja a classificação de referência utilizada por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais brasileiros (COFFITO, 2009).

Ainda com relação ao primeiro encontro, os alunos convergiram suas percepções quanto ao conteúdo da pergunta "O que é a CIF para mim?". Os seguintes relatos foram expressados: é um conjunto de "códigos", uma "classificação mundial que engloba conteúdo da saúde e de funcionalidade", "organizando-o por códigos alfa-numéricos". É um "instrumento para conhecer as capacidades dos pacientes", uma "escala que diz o que o paciente tem de dificuldade ou incapacidade, e funcionalidade", um "manual padronizado para acessar a incapacidade", é uma "linguagem internacional", "ajuda a mensurar o tratamento", " não considera só as doenças e sim outros aspectos fisiológicos". Ela "foi criada para gerar maior acessibilidade dos dados sobre a saúde dos indivíduos e o uso de tais códigos delimita e classifica as informações".

A partir dessas respostas percebe-se que há um entendimento geral sobre a CIF e que essas informações estão chegando aos alunos em diferentes momentos e cenários de aprendizagem, gradativamente. Porém, parece haver insegurança quanto ao domínio do conteúdo e o do uso da CIF a partir do seguinte relato: ela "parece complexa e isso pode ser pelo fato de ainda não ser totalmente compreendida pelos profissionais de saúde" e "por não estar consolidada na prática clínica". Isso reforça a ideia de "complexidade" e "até mesmo o pensamento de sua dispensa".

Não há uma maneira única de aplicar a CIF e nem uma forma que seja a única certa. Uma frase que está na própria CIF e foi utilizada pelas pesquisadoras durante a sensibilização propôs confortar os alunos, no sentido de serem inovadores e buscarem as respostas às suas perguntas: "A CIF pode ser considerada uma linguagem: os textos elaborados com base na classificação dependem dos usuários, da sua criatividade e de sua orientação científica" (OMS, 2015, p. 32). Ao mesmo tempo é sugerido bom senso do profissional ou pesquisador para fazer uso dela.

Ao longo dos encontros percebeu-se em ambas as graduações uma percepção da CIF como um norteador nas avaliações para se obter informações do paciente. Uma das conclusões alcançadas pelos alunos foi que para acessar tais informações é necessário escutar o paciente: "para chegar num objetivo precisamos saber o que o paciente precisa" e um campo potencial para captar essas informações e extrair

palavras-chave para gerar informações da CIF. As informações podem ser coletadas no momento da avaliação e outras informações podem ser acrescentadas ao longo dos atendimentos.

Assim, amplia-se o olhar para além dos aspectos biofisiológicos, buscando entender em quais atividades o indivíduo tem ou não dificuldades, o quanto estão comprometidas, como está sua participação social e de que forma o ambiente em que vive interfere positiva ou negativamente na vida dele. Alguns alunos relataram que isso pode interferir em um aumento tempo dedicado à avaliação do paciente. Relacionaram que o uso da CIF pode auxiliar no estabelecimento dos diagnósticos e objetivos de tratamento fisioterapêuticos e terapêuticos ocupacionais. Um grupo de alunos da fisioterapia relatou que entre um encontro e outro incluíram o conhecimento adquirido na prática em estágio: “identificar a queixa do paciente a partir de um olhar no modelo biopsicossocial e adaptar os exercícios para que as metas fossem atingidas fez toda a diferença”. Concluiu-se também que a CIF poderá servir no “acompanhamento da evolução do tratamento” (“ganho”, “manutenção” e “regressão do estado de saúde do indivíduo”), comparando os estados de saúde em diferentes momentos.

Portanto, o modelo biopsicossocial preconiza “um olhar mais humanizado”, que torna mais simples “encontrar os objetivos” e “escolher o tratamento”. Seu uso “une os meus objetivos com os do paciente”, permite ampliar os questionamentos da condição clínica para além da dor e simular “as atividades do paciente”, ajudando-o no processo de reabilitação. Isso pode estimular “a ligação de um acometimento com o outro” e correlacioná-los.

Assim, “a CIF define melhor e com mais nitidez a saúde”, “classifica com uma visão específica e total o indivíduo”, “permite uma visualização mais ampla e ao mesmo tempo mais específica do paciente”. Seu uso pode “melhorar a comunicação possibilitando que o paciente possa ser compreendido por todos os profissionais e suas necessidades possam ser supridas da melhor forma e suas capacidades potencializadas”.

Os pesquisadores observadores perceberam que as atividades práticas com as figuras do modelo permitiram maior interação entre os alunos. Conseguiram, por exemplo, consenso sobre as escolhas das categorias nos locais mais adequados no diagrama da CIF, compreendendo que o local mais adequado dependerá do olhar do profissional e do próprio indivíduo que está sendo avaliado. Conseguiram também levar o conhecimento apreendido para suas atividades acadêmicas, mudando inclusive a condução da terapêutica de um paciente. A mudança no olhar fez diferença para que o paciente atingisse o objetivo almejado.

Um aluno da Fisioterapia relatou que antes do encontro achava que “escolhia as categorias de forma errada”, e percebeu que não precisava usar sempre as categorias mais específicas (analogia com as folhas da CIF na atividade da árvore). Outro, da Terapia Ocupacional, relatou que selecionava categorias que representassem

incapacidades do indivíduo, mas não as qualificava individualmente. Elegia um único qualificador, o mesmo para todas.

O entendimento e uso da CIF vem sendo explorado em diferentes estudos no Brasil e no mundo. Na primeira década após sua publicação em 2001, os estudos tinham características mais teóricas de conceitos da classificação (RUARO *et al.*, 2012) e abordavam conteúdo da CIF contemplados em instrumentos de medida na área da saúde (FAYED *et al.*, 2011). Outros estudos iniciaram a aplicação das categorias e dos qualificadores da CIF (Castaneda *et al.*, 2014). Atualmente, busca-se identificar formas de inserir a CIF no contexto educacional (SCHARAN *et al.*, 2017) e quais são as formas mais usadas pelos profissionais para avaliar determinado conteúdo da CIF, com o propósito de sistematizar além da linguagem, os procedimentos realizados (KUS *et al.*, 2017).

Dois estudos realizaram sensibilizações sobre a CIF com profissionais de diferentes áreas da saúde (BERALDO, 2017) e alunos de Fisioterapia que atendiam crianças com alterações neurológicas (JELSMA e SCOTT, 2011). Ambos objetivaram avaliar as informações em saúde obtidas após a sensibilização e identificaram maior abrangência e aumento do número de informações coletadas sobre funcionalidade.

O presente estudo descreveu impressões do processo de sensibilização sobre o modelo biopsicossocial com o entendimento de que a operação de uma tecnologia é realizada a partir de um modo operante do usuário, que, segundo Merhy (2016) “dará ou não a razão instrumental” para a tecnologia.

As contribuições advindas dos usuários desta tecnologia no presente estudo mostraram que o conhecimento da CIF deve anteceder os momentos práticos e de estágios obrigatórios, para que compreendam o que é, a que se propõe, quais as possibilidades de selecionar informações a serem coletadas, de que forma serão coletadas e como serão acompanhadas e registradas. Tais decisões não são pré-definidas pela CIF. Por ser uma classificação abrangente e multiprofissional, cada profissional ou equipe deve selecionar as categorias mais representativas para o seu contexto e, buscar compilar as formas com que os dados são coletados atualmente para sistematizar a coleta e a forma de expressar os dados.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura teórico-prática sensibilizou de forma “simples, lúdica, prática e objetiva”. O conteúdo geral da CIF tem chegado aos alunos, mas deveria ser inserido de forma precoce e transversal em diferentes disciplinas. Esse modelo permite uma visualização mais ampla e ao mesmo tempo específica do paciente, permitindo um olhar humanizado. Escutar o paciente e saber o que ele precisa pode “melhorar a comunicação possibilitando que ele possa ser compreendido por todos os profissionais e suas necessidades possam ser supridas da melhor forma e suas capacidades potencializadas”. Concluímos este capítulo com o propósito de seguir educando

motivados por esta fala: “eu não conhecia muito bem, agora sei utilizar a CIF e a forma com que me foi apresentada motivou a buscar mais sobre ela e deu vontade de usá-la na prática”.

## REFERÊNCIAS

- BERALDO, P. **O uso pedagógico da Classificação, Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a equipe multiprofissional que atua junto a pacientes renais crônicos em hemodiálise, com foco na qualidade de vida.** 2016. Tese (Pós graduação em Odontologia) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016.
- CASTANEDA, L.; BERGMANN, A.; BAHIA, L. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais.** Rev Bras Epidemiol, v. 17, n. 2, p. 437-51, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020012ENG>.
- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasil. **Resolução nº370/2009.** DOU nº225, Seção 1, 25/11/2009:101.
- FAYED, N.; CIEZA, A.; EDMOND BICKENBACH, J. **Linking health and health-related information to the ICF: a systematic review of the literature from 2001 to 2008.** Disability and rehabilitation, v. 33, n. 21-22, p. 1941-1951, 2011. doi: 10.3109/09638288.2011.553704.
- GIMIGLIANO, F.; NEGRINI, S. **The World Health Organization “Rehabilitation 2030—a call for action”.** European journal of physical and rehabilitation medicine, v. 53, n. 2, p. 155-168, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030-call-for-action/en/>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- ICF RESEARCH BRANCH. **ICF e-learning.** 2017 Disponível em: <https://www.icf-research-branch.org/icf-training/icf-e-learning-tool>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- JELSMA, J.; SCOTT, D. **Impact of using the ICF framework as an assessment tool for students in paediatric physiotherapy: a preliminary study.** Physiotherapy, v. 97, n. 1, p. 47-54, 2011. doi: 10.1016/j.physio.2010.09.004.
- KRUG, E.; CIEZA, A. **Strengthening health systems to provide rehabilitation services.** Neuropsychological rehabilitation, p. 1-3, 2017. doi: 10.23736/S1973-9087.17.04728-1.
- KUS, S. et al. **International Classification of Functioning, Disability and Health: development of an assessment set to evaluate functioning based on the Brief ICF Core Set for Hand Conditions—ICF HandA.** Journal of Hand Surgery (European Volume), v. 42, n. 7, p. 731-741, 2017. doi: 10.1177/1753193417706248.
- LAURENTI, R. **Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças.** Rev Saúde Pública, v. 25, n. 6, p. 407-17, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/1991.v25n6/407-417>. Acesso em: 07 ago. 2019.
- LAURENTI, R.; BUCHALLA, C. M. **O uso em epidemiologia da família de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde. Use of disease family classification in epidemiology.** Cad. Saúde Pública, v. 15, n. 4, p. 685-700, 1999. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400003>.
- MARITZ R, ARONSKY D, PRODINGER B **The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. A Systematic Literature Review.** Appl Clin Inform, v.8, n.3, p.964-980. doi: 10.4338/ACI-2017050078.
- MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade**

contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M.C.S, DESLANDES, S.F., GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2012.

NUBILA, D.; VENTURA, H. B.; BUCHALLA, C. M. **O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. Rev. bras. epidemiol, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>.

World Health Organization. **The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium: report of a WHO scientific group**. 2003. PMID: 14679827.

PRODINGER, B.; BALLERT, C. S.; CIEZA, A. **Setting up a cohort study of functioning: From classification to measurement**. Journal of rehabilitation medicine, v. 48, n. 2, p. 131-140, 2016. doi: [10.2340/16501977-2030](https://doi.org/10.2340/16501977-2030).

RUARO, J. A. et al. **An overview and profile of the ICF's use in Brazil-a decade of history**. Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 16, n. 6, p. 454-462, 2012. PMID: 23250191.

SCHARAN et al. **A training tool for International Classification of Funcioning, Disability and Health application by Physical Therapy students**. IJDR, v. 7, n. 11, p. 17230-17235, 2017. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/11237.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2019.

SCHARAN et al. **Desenvolvimento de sistema computacional baseado na CIF para o registro da prática clínica de acadêmicos de fisioterapia**. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v. 5, n. 10, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1996>. Acesso em: ago. 2019.

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Funcional - Construindo MAIS saúde para a população**. p. 31, 2011. Disponível em: [http://www.crefito8.org.br/site/servicos/pnsf\\_07\\_01\\_12.pdf](http://www.crefito8.org.br/site/servicos/pnsf_07_01_12.pdf). Acesso em: ago. 2019.

Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

STUCKI, G.; GRIMBY, G. **Applying the ICF in medicine**. JRM, n. 44, p. 5, 2004. doi: [10.1080/16501960410022300](https://doi.org/10.1080/16501960410022300)

VALE, M do Carmo. **Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): Conceitos, Preconceitos e Paradigmas. Contributo de um Construto para o Percurso Real em Meio Natural de Vida**. Act Pediatr Port, v.40, n.5, p.229-236, 2009. URI: <http://hdl.handle.net/10400.17/891>.

## DESAFIOS NA CORRESPONSABILIZAÇÃO ASSISTENCIAL PERANTE OS SERVIÇOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### **Letícia Flores Trindade**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS) em associação ampla entre Universidade Regional do Noroeste Do Estado do Rio Grande Sul (UNIJUÍ) e Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ).  
Ijuí - RS

### **Juliedy Waldow Kupske**

Educadora Física. Mestranda do PPGAIS em associação ampla entre a UNIJUÍ e a UNICRUZ.  
Senador Salgado Filho - RS

### **Kátrin Isabeli Dreschler Corrêa**

Psicóloga. Mestranda do PPGAIS em associação ampla entre a UNIJUÍ e a UNICRUZ.  
Santo Ângelo - RS

### **Laura Silva Rubin**

Biomédica. Mestranda do PPGAIS em associação ampla entre a UNIJUÍ e a UNICRUZ.  
Cruz Alta - RS

### **Luan Carlos da Silva Walker**

Enfermeiro. Mestrando do PPGAIS em associação ampla entre a UNIJUÍ e a UNICRUZ.  
Três de Maio - RS

### **Janice de Fatima Pavan Zanella**

Biomédica. Docente Permanente do PPGAIS.  
Cruz Alta - RS

### **Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz**

Enfermeira. Docente Permanente do PPGAIS.  
Ijuí - RS

**RESUMO:** Este estudo objetivou identificar as percepções do coordenador de uma Unidade de Urgência e Emergência e mestrandos acerca dos desafios na implementação do Modelo de Atenção à Saúde vigente. Trata-se de um estudo descritivo pautado na utilização da Metodologia Problematizadora (MP) centrada no aluno enquanto suscitador de questões críticas observadas no ambiente estudado. Este trabalho foi desenvolvido por mestrandos do curso de Pós-graduação em Atenção Integral à Saúde, de natureza multidisciplinar. Obteve-se como resultado após a aplicação da MP e conforme relatos do coordenador e da equipe administrativa do Serviço de Urgência e Emergência que o desafio na implementação do modelo de Atenção à Saúde está relacionado à falta de corresponsabilização dos profissionais de saúde que atuam neste serviço. Concluiu-se que não existem soluções prontas para superar os desafios atuais do modelo de Atenção à Saúde, sendo necessária a busca por estratégias de forma compartilhada por todos envolvidos no serviço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipe de Assistência ao Paciente; Serviços de Saúde; Aprendizagem Baseada em Problema; Sistema Único de Saúde.

CHALLENGES IN CARE CO-

**ABSTRACT:** This study aimed to identify the perceptions of the coordinator of an Emergency Unit and master's students about the challenges in implementing the current Health Care Model. This is a descriptive study based on the use of the student-centered Problematic Methodology (PM) as a source of critical questions observed in the studied environment. This work was developed by Master's students of the Postgraduate Course in Integral Health Care, multidisciplinary in nature. It was obtained as a result after the application of PM and according to reports of the coordinator and the administrative team of the Emergency Service that the challenge in the implementation of the Health Care model is related to the lack of co-responsibility of health professionals working in this service. It is concluded that there are no ready solutions to overcome the current challenges of the Health Care model, and the search for strategies shared by all involved in the service is necessary.

**KEYWORDS:** Patient Care Team; Health services; Problem-based learning; Unified Health System.

### 1 | INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada uma das portas de entrada dos serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e ordenadora do cuidado, é o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde. Possui capacidade de oferecer serviço acessível e resolutivo frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população, caracteriza-se como modelo de mudança da prática assistencial dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014).

Para Starfield (2002), a APS é conduzida por meio de quatro atributos essenciais: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação da atenção. Além destes, existem dois atributos derivados: a orientação familiar e orientação comunitária. Atributos que, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, são orientadores na construção do atual modelo de Atenção à Saúde. No entanto, na efetivação deste modelo são encontradas fragilidades e a desconstrução de alguns paradigmas é necessário.

O modelo de atenção à saúde traz em seu caráter conceitual diversidade e complexidade, tanto pela definição do termo quanto pela abordagem das ações em saúde (FERTONANI, *et al.*, 2015). Segundo Paim (1994), modelos assistenciais podem ser entendidos como combinação de saberes e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, para além de uma simples forma de organização dos serviços. Nessa perspectiva, os Modelos de Atenção à Saúde são formas de organização das relações entre sujeitos - profissionais e usuários - mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo foco é a intervenção sobre problemas e necessidades sociais de saúde. Portanto, as ações em saúde requerem um modelo que atenda às necessidades de

seus usuários, pautados no cuidado integral, humanizado e contextualizado.

Com o intuito de fomentar práticas humanizadas, pautadas na integralidade e universalidade da assistência, centradas na família, e contrapondo o modelo biomédico vigente no período, no ano de 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família - atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF, incorporada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracteriza-se como estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da APS, trata-se de uma estratégia pensada como prioridade para atender ao Modelo de Atenção à Saúde. Desta forma, a ESF considera as particularidades do território no qual está inserido, com ações singulares às necessidades locais, de forma a superar o modelo biomédico (BRASIL, 2017).

A ESF ampliou o acesso, o acolhimento e possibilitou humanização das práticas (FERTONANI, *et al.*, 2015). Em sua diretriz, propõe o foco na família e comunidade, valorização dos saberes multiprofissionais baseados na integralidade e intersectorialidade (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Estas (re)orientações configuram um novo modelo assistencial, no qual as práticas devem acolher o sujeito em sua totalidade, em seu contexto familiar, sociocultural e econômico.

Para que se avance em um Modelo de Atenção à Saúde, fazem-se necessárias ações baseadas nos princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade dos serviços (BRASIL, 1990). Às equipes de saúde, é preciso repensar e problematizar o cuidado e ações em saúde, rotina e força de trabalho. Recine *et al.* (2018), afirmam a reorganização do modelo assistencial do SUS como um desafio e atribuem como características fundamentais ao cuidado integral a formação e o trabalho interdisciplinar das equipes. Neste sentido, verifica-se que as equipes multidisciplinares de saúde possuem papel fundamental na mudança de cultura de um modelo biomédico para modelo interdisciplinar.

O atual mundo de trabalho - moderno e competitivo - confere os resultados do âmbito da saúde ao comprometimento dos profissionais com a organização em que atuam (SOUSA; MENDONÇA, 2009). Durante o exercício de sua função, o profissional da saúde atua diretamente com usuários e enfrentam problemas relativos a questões sociopolíticas, assistencialistas, além de dificuldades econômicas e de gestão. Portanto, investimentos em recursos humanos: capacitações de equipes, educação em saúde, comunicação e interação com o usuário e a comunidade são pontos a serem aprimorados para fomentar o cuidado integral e multiprofissional à saúde.

A partir do curso de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Atenção Integral à Saúde, de caráter multidisciplinar, composta por alunos de diferentes áreas, torna-se pertinente conhecer, na visão de gestores de uma unidade de saúde sobre a dinâmica da equipe e dos serviços e de que forma ocorre o cuidado ao usuário. A escolha do local deu-se pela sua peculiaridade, o qual compreende uma Unidade Básica de Saúde (UBS), considerada o “Posto Central” da cidade, além de atuar

enquanto “Ambulatório Central”, o qual atende a serviços de urgência e emergência e, ainda, serve de sede à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Portanto, trata-se de um espaço em que acolhe e encaminha diversificadas demandas em saúde, de baixa e média complexidade.

Este trabalho teve como meio de realização a metodologia ativa e problematizadora, centrada no aluno enquanto suscitador de questões críticas observadas no ambiente estudado. Dessa forma, objetivou, teorizar as percepções do coordenador de uma Unidade de Urgência e Emergência e mestrandos acerca dos desafios na implementação do Modelo de Atenção à Saúde vigente.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo pautado na utilização da Metodologia Problematizadora (MP), cujo foco é centrado no aluno e na realidade, que teve por objetivo integrar o ensino e o serviço de modo a compreender o trabalho coletivo na área da saúde (BORDANEVE, 1892). Essa metodologia é desenvolvida a partir do emprego do Arco de Maguerez, constituído por cinco fases: observação da realidade, identificação dos pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade (BERBEL, 1995).

O estudo foi desenvolvido na disciplina de Políticas Públicas em Saúde do Programa de Pós-Graduação *Stricto-Sensu* em Atenção Integral à Saúde, mestrado em associação de duas Universidades situadas no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, durante os meses de março a maio de 2019. A disciplina possui carga horária de 30 horas e tem como ementa abordar o modelo atual de atenção à saúde do SUS, sua organização em rede, operacionalização, gestão, financiamento e avaliação, com vistas a compreender as políticas públicas como instrumento de garantia de acesso universal à saúde.

Nessa perspectiva, inicialmente, os 19 alunos do mestrado foram divididos em grupos de cinco pessoas e distribuídos de forma aleatória no intuito de compor grupos multidisciplinares em saúde. Dessa forma, o estudo em tela foi composto por mestrandos de Enfermagem, Biomedicina, Educação Física e Psicologia. Com isso, foram instigados a promover uma reflexão pautada na MP com vistas a observar a realidade e a efetividade do modelo de atenção à saúde vigente, de modo a compreender a realidade do cenário, bem como, ponderar estratégias de solução à lacuna abordada.

Importante salientar a caracterização de saúde do referido município, o qual é composto por 15 ESF, cinco Unidades Básicas de Saúde e ainda, uma unidade de Urgência e Emergência cujo atendimento é de 24 horas, sendo referência aos usuários após horário de atendimento das unidades os quais estão adscritos.

Logo, foram realizados encontros e discussões no decorrer da disciplina e, a

partir de consenso do grupo, optou-se por realizar a observação da realidade em questão em um serviço de Urgência e Emergência do município em questão, por tratar-se de um local que dispensa assistência ininterrupta aos usuários atendendo demandas de todos os níveis de complexidade.

Assim, foi realizado contato telefônico com o coordenador do serviço, apresentou-se o objetivo do trabalho, solicitou-se autorização e disponibilidade para realizar o encontro, que aconteceu posteriormente na presença do coordenador e os administradores do serviço. A seguir, as etapas do Arco de Maguerez serão descritas de acordo com as perspectivas dos mestrandos e embasamento científico.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Segundo Vieira e Panúncio-Pinto (2015) a MP se enquadra em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, as quais emergem como estratégia de transformação. Assim, mesmo autor infere ainda que, como estratégia de ensino-aprendizagem, a MP é utilizada para introduzir modelos inovadores, baseando-se no princípio teórico da autonomia e no pressuposto do estudante ser capaz de auto gerenciar seu processo de formação.

#### **3.1 Primeira etapa: observação da realidade**

É caracterizada como o momento em que os sujeitos envolvidos podem olhar atentamente para a realidade, elencar aspectos que necessitam serem desenvolvidos, trabalhados, revisados ou até mesmo melhorados (CRUZ *et al*, 2017).

Assim, esta etapa emergiu a partir do encontro de mestrandos com alguns dos responsáveis pelo serviço de saúde elencado, onde foi possível problematizar as ações de profissionais e usuários que acessam o serviço de saúde, bem como elencar possibilidades e dificuldades para a concretização efetiva e resolutiva do serviço de saúde do município cenário do estudo. Dessa forma, definiu-se de maneira conjunta o seguinte problema: a falta de corresponsabilização dos profissionais de saúde como desafio na implementação do modelo de Atenção à Saúde.

#### **3.2 Segunda etapa: identificação dos pontos-chave**

Com a escolha do problema para estudo, iniciou-se a reflexão acerca de seus determinantes, o que possibilitou maior compreensão do mesmo, o que resultou na definição dos pontos-chave sobre os aspectos que envolvem a problemática (CORTES, PADOIN e BERBEL, 2018). Assim, em articulação discursiva, profissionais do serviço e equipe multiprofissional elegeram pontos-chave como causas elencadas ao problema em questão: desconhecimento dos profissionais do serviço de urgência acerca de suas atribuições, desvalorização profissional e dificuldade no envolvimento

do trabalho multiprofissional.

### 3.3 Terceira etapa: teorização

Segundo Cortes, Padoin e Berbel (2018) a teorização, é o momento de construir respostas para o problema, vez que os dados obtidos são analisados e discutidos, de forma a atribuir sentido para eles. A partir dos dados coletados, busca-se na literatura produções científicas que corroboram ou divergem o que foi apresentado.

Nos documentos norteadores para a estruturação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se identificar frequentemente as palavras responsabilidade e corresponsabilização. Essa responsabilidade citada refere-se aos envolvidos no cotidiano da ESF, sendo que abordaremos neste estudo a responsabilidade do profissional de saúde dentro da ESF (GELINSKI, 2011).

Como citado anteriormente, percebe-se uma dificuldade de envolvimento multidisciplinar entre os profissionais da saúde. Conforme Souza e Medina (2018) existem certas condições que tendem a dificultar/facilitar a relações entre profissionais, tais como formação e experiência profissional, dinâmica de trabalho das ESF centradas em práticas curativas e padrões de produtividade diferenciados, com maiores níveis de exigência pela gestão para ações assistenciais.

Soma a isso a falta de capacitação dos profissionais, como um aspecto dificultador para promoção de estratégias conjuntas de integração. Observa-se em alguns contextos pouco ou nenhum investimento de educação permanente por parte dos gestores, o que dificulta o trabalho em equipe e integração com a população. Ainda, uma gestão horizontal e compartilhada pressupõe trabalho em equipe, implicando os sujeitos sociais em torno de um projeto coletivo (SILVA, ASSIS, SANTOS, 2017).

A partir do trabalho operacionalizado em equipe no âmbito da APS, o qual é regido pela interdisciplinaridade, torna-se necessário habilidades dos profissionais de saúde. Ao profissional de saúde é requerido apropriação da finalidade do seu trabalho, assim como é fundamental que conheça o trabalho de seus pares. O trabalho multidisciplinar e especificamente na rotina das Unidades de Saúde requer capacidades técnicas dos profissionais além de habilidades no cuidado integral e contextualizada do usuário. (SOARES, BIAGOLINI, BERTOLOZZI, 2013). Pode-se compreender o conhecimento das atribuições enquanto profissional e equipe favorece maior engajamento, corresponsabilização e protagonismo das equipes de saúde.

Diversos estudos classificam como problemas éticos a dificuldade de delimitar papéis e funções de cada membro da equipe de saúde; a falta de respeito entre integrantes da equipe; a inexistência de companheirismo e colaboração entre profissionais; e o desrespeito à confidencialidade das informações do usuário. Tais problemas éticos trazem consequências negativas tanto para profissionais quanto para pacientes, e para a formação do vínculo entre equipe e usuários, e têm potencial para gerar conflitos éticos.

Outro elemento identificado é a desvalorização profissional como um fator desmotivante e estressante no trabalho, o que resulta em profissionais frustrados e desanimados. Da mesma forma, a insatisfação salarial dos profissionais causa um descontentamento por não atender às necessidades de sobrevivência. Ambos influenciam diretamente na qualidade de vida e saúde do trabalhador, profissional que presta um cuidado humanizado e integral aos usuários no âmbito da APS (SCHRADER *et al.*, 2012).

Na medida em que os trabalhadores não recebem apoio da gestão e se sentem desmotivados pelo não reconhecimento do seu esforço, pode gerar como consequência a desqualificada assistência prestada à população. Neste sentido, a valorização humana é uma fonte de motivação, pois proporciona espaço e incentivo ao trabalhador, podendo gerar crescimento pessoal e profissional (BECK *et al.*, 2009). Portanto, a desvalorização sentida profissional, além de afetar sua saúde pode comprometer o trabalho em equipe, sua autonomia e conseqüentemente o cuidado ao usuário. Neste sentido, ações de educação em saúde são fundamentais para valorizar, estimular autonomia e empoderar o profissional, discutir papéis de cada profissional dentro da equipe multiprofissional, além de qualificar a assistência à saúde.

Com o intuito produzir um despertar pelos trabalhadores de saúde para mudança de sua prática, modificando assim a sua atuação profissional, seu engajamento e a qualificação dos serviços de saúde, acredita-se que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores devem se dar de forma reflexiva, participativa e contínua. Tal formação deve ser voltada às necessidades locais, dos serviços e das pessoas, fortalecendo o elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população na melhoria da qualidade dos serviços prestados (FERREIRA *et al.*, 2019).

### **3.4 Quarta etapa: hipóteses de solução**

Nesta etapa, a partir do estudo realizado são buscados os elementos para a elaboração de possíveis soluções, de forma criativa e crítica. As hipóteses são construídas após o estudo, como consequência da compreensão da realidade, investigando o problema de todos os ângulos possíveis (VIEIRA, PANÚNCIO-PINTO, 2015). Assim, a partir do aprofundamento teórico sobre os elementos contributivos para a falta de corresponsabilização dos profissionais de saúde como desafio na implementação do modelo de Atenção à Saúde, definiu-se as seguintes hipóteses que visam auxiliar na construção de soluções para o problema.

Educação Permanente: Para Baratieri e Marcon (2012), a capacitação é um elemento que pode melhorar a dispensação de cuidados ao longo do tempo. Ainda nesse contexto, quando a formação de profissionais é desvinculada da realidade vivenciada pela população assistida, o resultado é a falta de preparo e ineficiência para lidar com pacientes nas suas mais variadas características de saúde e doença

(OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). Por meio da análise de fatores específicos das equipes, é possível planejar intervenções e elaborar estratégias concretas que superem os problemas constatados e garantam melhores condições assistenciais na APS na ótica dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender que a transformação do modelo de atenção à saúde pode ser potencializada por meio da incorporação da educação permanente, como dispositivo que proporcione autoanálise e mudanças no cotidiano dos serviços de saúde (CAMPOS, SENA, SILVA, 2017).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Tem como objetivo a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços (BRASIL, 2018).

A partir das ações de educação em saúde realizadas regularmente com as equipes, pode-se utilizar estratégias a fim de suprir fragilidades e considerar desafios acima elencados, tais como: auto avaliação dos profissionais de saúde; fortalecimento de relação interpessoal entre a equipe; enfatizar atribuições de cada categoria profissional e princípios éticos; promover autonomia/empoderamento e valorização profissional.

### **3.5 Quinta etapa: aplicação prática à realidade**

Segundo Cortes, Padoin e Berbel (2018) nesta etapa, é possível intervir e exercitar situações associadas à solução do problema. Ainda, de caráter prático, esta etapa completa a cadeia dialética ação-reflexão-ação, retornando ao ponto de partida, que é a realidade social (VIEIRA, PANÚNCIO-PINTO, 2015).

Dessa forma, com a observação do problema e busca de material científico que embasou a discussão dos resultados, o conhecimento adquirido servirá como suporte para construção de saberes e práticas profissionais dos mestrandos em seu contexto profissional.

## **4 | CONCLUSÃO**

Pode-se inferir que, o uso de metodologias ativas de ensino por meio da MP, são instrumentos essenciais para que mestrandos sejam estimulados a buscar por aprimoramentos. Ainda, esta atividade possibilitou (re) conhecer a realidade e refletir sobre ela, de forma que pudessem agir baseando-se nos conhecimentos previamente discutidos em aulas teóricas. Ainda, pautar-se desta metodologia possibilitou aprofundamento teórico e inteirar-se sobre a importância da responsabilização de profissionais de saúde.

Instigar o Modelo de Atenção à Saúde na atualidade requer compreensão de forma integral do usuário, porém sem desconsiderar a atuação das equipes de saúde,

suas potencialidades e fragilidades. Os desafios emergentes dos serviços de saúde perpassam por questões sociais, coletivas e éticas. Neste sentido, o fortalecimento das equipes de trabalho é essencial à superação da centralização e fragmentação dos serviços de saúde e contribuem para autonomia dos profissionais.

Desta forma, a busca por soluções deve ser compartilhada tanto com os gestores e profissionais de saúde. Os desfechos são singulares, portanto, não há soluções prontas, o que se tem são possibilidades de resoluções a partir do envolvimento de todos profissionais na busca por estratégias para melhoria da atual situação de saúde e trabalho.

## REFERÊNCIAS

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. **Longitudinality of care in nurses' practice: identifying the difficulties and perspectives of change.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 549-557, Sept. 2012.

BECK, C. L. C. *et al.* **Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município.** Rev Gaúch Enferm v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.

BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior.** Semina: Cio Soc./Hum., Londrina, v. 16. n. 2. Ed. Especial, p.9-19, 1995.

BORDENAVE J. D.; PEREIRA, A. M. (1989). **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 4. ed. Petrópolis: Vozes.

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

BRASIL. **Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, p. 25.694, 31 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. **Permanent professional education in healthcare services.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017.

CORTES, L. F.; PADOIN, S. M. M.; BERBEL, N. A. N. **Problematization Methodology and Convergent Healthcare Research: praxis proposal in research.** Rev. Bras. Enferm., Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 440-445, abr. 2018.

- CRUZ, R. A. O. *et al.* **Ensino do processo de enfermagem na academia: relato à luz de Maguerez.** Rev enferm UFPE, v. 11, n. 12, p. 5471-7, dez. 2017.
- FERREIRA, L. *et al.* **Permanent Health Education in primary care: an integrative review of literature.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, Mar. 2019.
- FERTONANI, H. P. *et al.* **The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015.
- GELINSKI, C. R. O. G. **A questão da co-responsabilidade prevista na Estratégia de Saúde da Família.** Política & Sociedade, v. 10, n. 19, p. 97-114. 2011.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. enferm., Brasília, DF, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.
- PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & saúde, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- RECINE, E. *et al.* **Formação profissional para o SUS: análise de reformas curriculares em cursos de graduação em nutrição.** Avaliação (Campinas), Sorocaba, v. 23, n. 3, p. 679-697, Dec. 2018.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, Nov. 2013.
- SCHRADER, G. *et al.* **Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros.** Rev. bras. enferm., Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 222-228, Apr. 2012.
- SILVA S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. **Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores.** Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 3. p. 1-9, 2017.
- SOARES, C. E. S.; BIAGOLINI, R. E. M.; BERTOLOZZI, M. R. **Nursing duties in the basic health unit: perceptions and expectations of nursing assistants.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 915-921, Aug. 2013.
- SOUSA, I. F.; MENDONÇA, H. **Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo.** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, DF, v. 25, n. 4, p. 499-508, Dec. 2009.
- SOUZA, T. S. MEDINA, M. G. **Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 145-158, Oct. 2018.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** UNESCO, Ministério da Saúde, editor. Brasília, DF; 2002. 726 p.
- VIEIRA, M.; PANÚNCIO-PINTO, M. **A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde.** Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 48, n. 3, p. 241-248, 8 jun. 2015.

## EFEITOS DA AURICULOTERAPIA E PONTOS SISTÊMICOS DE ACUPUNTURA EM PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

### **Magda Fabiana Dantas da Costa**

Farmacêutica Bioquímica e Terapeuta Holística da Secretária Municipal de Saúde de Natal e Farmacêutica da Clínica de Doenças Renais - CDR. Mestre em Bioquímica/Biologia Molecular Especialista em Bioquímica - UFRN. Especialista em Qualidade e segurança no Cuidado ao Paciente - Hospital Sírio Libanês. Especialista em MTC - Medicina Tradicional Chinesa - ABA. Natal/RN. E-mail: magdafdc@yahoo.com.br

### **Viviane Peixoto dos Santos Pennafort**

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Enfermeira Nefrologista do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/EBSERH/UFRN. Docente do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde - PPGQUALISAUDE da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Natal/RN. E-mail: vivipsf@yahoo.com.br

### **Jone Bezerra Lopes Júnior**

Enfermeiro Responsável Técnico de Enfermagem Clínica de Doenças Renais - CDR. Especialista em Enfermagem em Nefrologista - FAMEC. Pós-graduando em Gestão Hospitalar e em Serviços de Saúde e Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde - FAMEC. Natal/RN. E-mail: jone.bezerra@cdrnatal.com.br

### **Mário Felipe Nobrega Soares**

Diretor Médico da CDR Natal - Clínica de Doenças Renais. Especialista em Nefrologia - Beneficência Portuguesa de São Paulo. Natal/RN. E-mail: mario.felipe@cdrnatal.com.br

**RESUMO:** Objetivou-se avaliar o efeito da auriculoterapia e acupuntura sobre sinais e sintomas apresentados pelos pacientes renais crônicos nas sessões de hemodiálise. Trata-se de um estudo interventivo realizado por uma terapeuta, em uma clínica de diálise, localizada em Natal-RN, no período de janeiro a abril de 2018, com oito pacientes renais crônicos, idade entre 30 e 75 anos, apresentando queixas frequentes de cefaleia, prurido, picos hipertensivos, insônia, ansiedade e dores na coluna e nos membros durante a hemodiálise. O protocolo de intervenção constituiu-se de uma sessão semanal de tratamento auricular e pontos sistêmicos de acupuntura por um período de três meses, totalizando 12 sessões para cada paciente. Foram realizadas entrevistas com os pacientes antes e após a intervenção, as quais foram analisadas e apresentadas em duas categorias temáticas. Seguiram-se os princípios éticos e legais apregoados pela Resolução 466/2012. Observou-se que as estimulações dos pontos Shem Men, Simpático e Rim principalmente na auriculoterapia, aliviaram as dores na coluna e proporcionaram sensação de relaxamento, com redução dos níveis de ansiedade. Os pontos VG20, Yintang e C7 se destacaram como auxiliares no controle da cefaleia, insônia, prurido e da hipertensão arterial. Infere-se que a auriculoterapia e a acupuntura utilizadas como terapias

complementares à hemodiálise convencional, demonstraram resultados satisfatórios no controle dos sinais e sintomas associados à doença renal crônica e ao tratamento dialítico. E ainda, promoveram melhoria da qualidade de vida, visto que, reduziram-se as queixas referidas e a administração de medicamentos durante a hemodiálise, com relatos de aumento da disposição para atividades diárias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acupuntura, Auriculoterapia, Terapias Complementares, Doença Renal Crônica, Hemodiálise.

## THE EFFECTS OF AURICULOTHERAPY AND SYSTEMIC-SPECIFIC POINTS OF ACUPUNCTURE IN CHRONIC RENAL PATIENTS DURING HEMODIALYSIS

**ABSTRACT:** This study aimed to evaluate the effect of auriculotherapy and acupuncture on the signs and symptoms presented by chronic renal patients in hemodialysis sessions. This is an interventional study carried out by a therapist at a dialysis clinic located in Natal-RN, Brazil, between January and April 2018, with eight chronic renal patients aged between 30 and 75 years, presenting frequent headache, itching, hypertensive crisis, insomnia, anxiety, and spine and limbs pain during hemodialysis. The intervention protocol consisted of a weekly session of auricular treatment and systemic-specific points of acupuncture over three months, totalizing 12 sessions for each patient. Interviews were conducted with the patients before and after the intervention, which were analyzed and presented in two thematic categories. The ethical and legal principles proposed by Resolution 466/2012 were followed. It was identified that the stimuli of the Shen Men, Sympathetic, and Kidney points, mainly in auriculotherapy, relieved the spine pains and provided a sense of relaxation, reducing anxiety levels. The VG20, Yintang, and C7 points stood out as auxiliaries in the control of headache, insomnia, itching, and arterial hypertension. It is concluded that auriculotherapy and acupuncture used as complementary therapies to conventional hemodialysis presented satisfactory results to control signs and symptoms associated with chronic kidney disease and dialysis treatment. Furthermore, they improved the quality of life, since the aforementioned complaints and the administration of medications during hemodialysis were reduced, with reports of increased willingness to daily activities.

**KEYWORDS:** Acupuncture, Auriculotherapy, Complementary Therapies, Renal Insufficiency Chronic, Renal Dialysis.

## 1 | INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) afeta a população mundial, sendo considerada como sério problema de saúde pública. Apesar dos grandes avanços tecnológicos no atendimento aos pacientes renais crônicos, como no tratamento hemodialítico, os índices de mortalidade ainda são significativos com aproximadamente 18,2% no ano de 2016, o que representa um desafio para os profissionais de saúde (SESSO et al, 2016).

Nos Estados Unidos (EUA) e em outros países desenvolvidos da Europa e Ásia tem sido relatado um aumento anual constante na taxa de prevalência, embora desde meados da década de 2000 a taxa de incidência de pacientes em terapia renal substitutiva tenha apresentado tendência à estabilização ou crescimento discreto. Nos EUA, por exemplo, a taxa de prevalência aumentou ao redor de 3% ao ano entre 2008-2013 (KDIGO, 2012).

No Brasil, o número total de pacientes renais crônicos em diálise no ano de 2016, foi de 122.825. As estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de pacientes em tratamento dialítico por milhão da população (pmp) foram 596 e 193, respectivamente (SESSO, 2016).

Observa-se que a vivência com a doença renal crônica associada à necessidade da hemodiálise é desoladora para muitas pessoas, com repercussões significativas na vida do paciente e de sua família. O tratamento é considerado um sacrifício necessário e por vezes doloroso, mas imprescindível na manutenção da vida, essa experiência acarreta diversas limitações de ordem física, psíquica e social (MELO et al, 2018). Essas adversidades são capazes de provocar mudanças no cotidiano, no convívio familiar e social, devido à perda da autonomia, do trabalho e/ou estudo, do afastamento dos parentes e amigos, desencadeando sentimentos como ansiedade, estresse, baixa-autoestima e medo do porvir.

Ressalta-se ainda, as intercorrências que podem ocorrer durante a sessão de hemodiálise, o paciente poderá apresentar alguns sinais e sintomas como cefaleia, arritmias, hipertensão ou hipotensão, agitação, fadiga, dores, câimbras, prurido, náuseas, vômitos e hipoglicemia, dentre outros.

Nesse contexto, a auriculoterapia e a acupuntura são técnicas capazes de estimular a força de auto cura e equilíbrio bioenergético do corpo, dessa forma, podem auxiliar na redução dos sinais e sintomas descritos. A aplicabilidade dessas terapias é indicada para o alívio da dor, assim como, para amenizar e tratar as desordens do sistema respiratório, digestório, nervoso e problemas psicológicos e emocionais (KUREBAYASHI, et al, 2017; WAN; LI,2009).

Nesta perspectiva, justifica-se a realização desta pesquisa considerando que estudos nessa área, acerca dos efeitos da auriculoterapia e pontos sistêmicos de acupuntura na minimização dos sinais sintomas dos pacientes durante a hemodiálise, ainda são escassos e que essa terapia complementar poderá subsidiar um cuidado integral e interdisciplinar diferenciado.

Diante do exposto, objetivou-se avaliar o efeito da auriculoterapia e acupuntura sobre sinais e sintomas apresentados pelos pacientes renais crônicos nas sessões de hemodiálise.

## **2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo interventivo realizado por uma terapeuta e farmacêutica,

pós-graduanda em acupuntura pela ABA-Associação Brasileira de Acupuntura, em uma clínica de diálise, localizada em Natal-RN, no período de janeiro a abril de 2018. Essa instituição atende 278 pacientes renais crônicos, procedentes da capital e do interior do Estado. Os pacientes são acompanhados por uma equipe interdisciplinar especializada na área de nefrologia.

Participaram da pesquisa oito pacientes renais crônicos, selecionados por conveniência segundo os critérios de inclusão: adultos e idosos, em hemodiálise convencional, ou seja, três sessões por semana, há mais de 06 meses, com queixas frequentes de cefaleia, prurido, picos hipertensivos, ansiedade, insônia, dores na coluna e/ou nos membros. Foram excluídos os pacientes que demonstraram receio de agulhas e aqueles instáveis hemodinamicamente.

O protocolo do estudo constituiu-se de uma sessão semanal de tratamento auricular e pontos sistêmicos de acupuntura por um período de três meses, totalizando 12 sessões para cada paciente. As intervenções com as terapias complementares foram realizadas com as pacientes ligadas à máquina de hemodiálise, com aferição da pressão arterial antes e após cada aplicação das agulhas.

A duração de cada atendimento foi em média 40 minutos seguindo a seguinte sequência: escuta da paciente, anamnese da língua, pulsologia, auriculoterapia com agulhas semipermanentes, cristais radiônicos e cristais normais, acupuntura com utilização de pontos sistêmicos e sintomáticos.

Nos pacientes que relataram dores nos membros superiores e inferiores, utilizou-se agulhas auriculares semipermanentes do tipo thing nos pontos auriculares escolhidos: Shen men, rim e simpático, ponto ombro e joelho quando relataram dores nesses locais, o mapeamento auricular foi norteado pelas referências de localização de Silvério Lopes & Seroiska (2017). Os pontos sistêmicos de acupuntura utilizados foram o VG20, IG4, IG11, R6 e Yintang, o tempo de duração da permanência das agulhas sistemas de espessura 25x30mm foi de 20 a 30 minutos e das agulhas auriculares thing 20 minutos.

Após a retirada das agulhas auriculares e sistêmicas dos pacientes, utilizou-se cristais radiônicos fazendo cerclagem nas dores dos membros superiores bem como, sementes de mostarda e cristais normais nos pontos auriculares aos quais se utilizou o “triângulo sibernético” – Simpático, Shem Men e Rim, pontos: pulmão, coração, ansiedade e neurastenia e para os pacientes que relatavam dores de coluna acrescentou-se sementes nas regiões auriculares correspondente as dores.

Já nos pacientes que relataram cefaleia, prurido e insônia utilizou-se pontos auriculares Shem Men, SNV, Rim, alergia, região do ápice da orelha e em alguns pacientes, optou-se pelos pontos sistêmicos CS6, C7, P7 e R6.

Os dados coletados foram anotados em diário de campo e as entrevistas com os pacientes antes e após a intervenção foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas em duas categorias temáticas.

Seguiram-se os princípios éticos e legais apregoados pela Resolução 466/2012

do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os participantes foram submetidos às sessões acima especificadas, após compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido sua confidencialidade e anonimato, por meio de código, P1 para participante 1 até P8.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo oito pacientes renais crônicos, sendo sete do sexo feminino e um do masculino, com idade entre 30 a 75 anos, com mais de três anos de terapia renal substitutiva por meio da hemodiálise convencional. Todos receberam sessões de auriculoterapia e acupuntura.

A seguir, serão apresentadas as categorias temáticas elencadas a partir das análises dos relatos dos pacientes.

#### **Benefícios da auriculoterapia no controle da dor e da pressão arterial durante a hemodiálise**

Nesta categoria os pacientes que utilizaram a auriculoterapia como terapia complementar ao tratamento dialítico, relataram melhora da dor do braço da fístula arteriovenosa após as sessões do tratamento com cristais radiônicos. O que pode ser evidenciado no relato a seguir:

Não sinto mais minhas dores doutora no braço da fistula, agora consigo dormir sem chorar, quando a senhora irá colocar de novo esses cristais nos meus braços? (P1)

A participante P2 ressalta em sua fala, a sensação de bem-estar e tranquilidade ao utilizar a auriculoterapia com sementes, como um método não farmacológico, na redução da ansiedade e no alívio da dor na coluna:

Gostei demais dessa terapia que coloca as sementes na orelha, pode ser todo dia doutora? É que fico tão tranquila que até me sinto amiga dessa máquina que me ajuda a viver... pode colocar aquele ponto da ansiedade e das dores da coluna... não preciso mais pedir a farmácia remédios, meu estômago agradece muito... (P2)

Esse método foi destacado na figura 1 por meio da ilustração de algumas técnicas escolhidas na auriculoterapia, como a utilização de sementes e cristais radiônicos em pontos específicos da região auricular.



Figura 1. Auriculoterapia em pacientes renais crônicos com utilização de sementes e cristais radiônicos nas sessões de hemodiálise, Natal-RN, 2018.

Os resultados satisfatórios obtidos por alguns pacientes que tiveram experiência prévia com a auriculoterapia despertaram o interesse de outros pacientes, o que foi relatado por P4:

Doutora minha pressão é muito variada toda diálise sofro muito, você pode fazer essas agulhinhas na minha orelha assim como fez na minha colega, ela me falou que melhora muito quando a senhora faz. (P4)

Estudo realizado em Cuba corrobora com os achados dessa pesquisa, visto que pacientes hipertensos os quais associaram o tratamento medicamentoso com a auriculoterapia, apresentaram controle importante da pressão arterial, com redução das crises hipertensivas (MARTÍNEZ PÉREZ et al, 2015).

A próxima categoria abordará a influência da acupuntura no controle dos sinais e sintomas dos pacientes renais crônicos.

### **Efeitos da estimulação dos pontos sistêmicos de acupuntura em pacientes renais crônicos durante a hemodiálise**

Nesta categoria serão apresentados os relatos e percepções dos pacientes que utilizaram a acupuntura como terapia complementar ao tratamento dialítico. Para alguns, essa terapia promoveu melhora nas tensões dos ombros, alívio das dores de cabeça e relaxamento físico. O que foi desatado nas falas a seguir:

Quando estou com dor de cabeça e a doutora fura a nossa cabeça com aquelas agulhas... a dor do ombro vai embora, parece mágica. (P8)

Nossa, minha dor de cabeça passou com essa agulhinha no meio da minha cabeça... essa das sobrelhas, fez um caminho no meu corpo que me deu um sono, quero fazer esse tratamento sempre, será que pode? (P3)

Observou-se que após a colocação do ponto cabeça e o VG20 e Yintang, os pacientes com queixa de cefaleia e hipertensão arterial durante as sessões de hemodiálise, declararam ausência quase que imediata da dor e o controle significativo da pressão arterial, confirmado com a aferição da pressão.

Nesse contexto, um paciente referiu que a acupuntura melhorou o parâmetro pressórico e proporcionou maior disposição após a hemodiálise.

Quando deixei colocar na minha testa, nos meus braços e aquela do pé, até a pressão ficou baixa. Não senti aquela fraqueza depois da diálise. (P5)

Destaca-se ainda o depoimento de uma paciente, que inferiu discreto aumento da diurese após iniciar as sessões de acupuntura.

Acho que essas agulhas que tá até melhorando meu rim, porque comecei fazer um pouquinho de xixi esses dias. (P7)

A figura 2 destaca a terapia por acupuntura, por meio da estimulação de pontos sistêmicos.

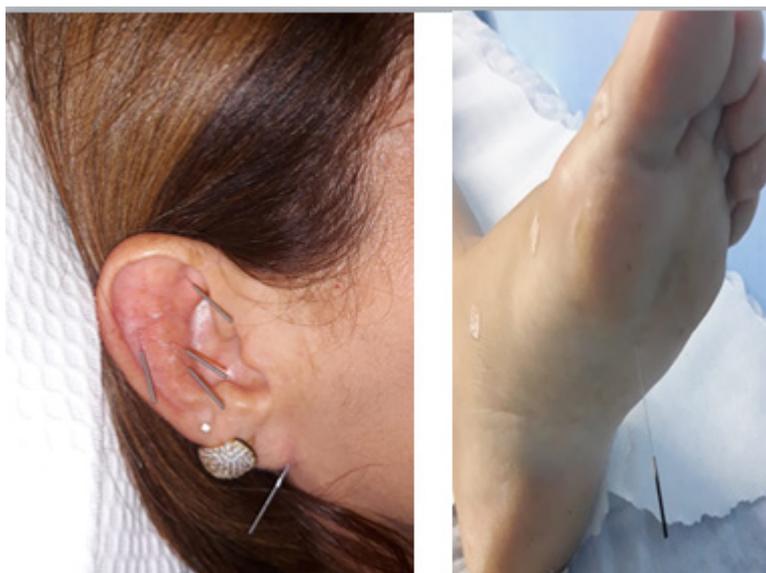


Figura 2. Utilização da acupuntura em pacientes renais crônicos nas sessões de hemodiálise, Natal-RN, 2018.

Acrescenta-se que, em alguns pacientes utilizou-se apenas a “pressão com o dedo indicador” no ponto VG20, sem utilização de agulhas, com melhora referida da cefaleia e dores nos membros.

Outros autores consideram que o tratamento com acupuntura estimula pontos específicos do sistema renal, sendo possível minimizar os efeitos das disfunções geradas por essas alterações, a fim de conduzir o organismo a melhores condições funcionais (PATERNO et al, 2009).

Ao analisar-se o estado geral desses pacientes observou-se ainda, uma melhora significativa no humor, minimizando a tristeza e a melancolia observada nesses

pacientes. Dessa forma, a terapia continuará com esses pacientes uma vez que se obteve resultados positivos para o tratamento desses indivíduos. Ressalta-se que durante todo o período de aplicação das terapias complementares, manteve-se a empatia dos pacientes com a terapeuta, o que facilitou o resultado positivo alcançado.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da auriculoterapia assim como, dos pontos sistêmicos de acupuntura com agulhas e cristais objetivando-se a melhoria de sinais e sintomas em pacientes renais crônicos durante a hemodiálise, promoveram melhoras clínicas expressivas para os pacientes, como o controle da dor e da pressão arterial, destacando-se nestes casos, os pontos Shem Men, Simpático e Rim na auriculoterapia.

Os pontos VG20, Yintang e C7 principalmente, se destacaram como auxiliares no tratamento da cefaleia, insônia e hipertensão, em que a acupuntura se destacou como uma ferramenta favorável, para a melhoria da qualidade de vida desses pacientes, capaz de reduzir de certa forma, a utilização de medicamentos.

Algumas limitações, no entanto, devem ser pontuadas. O fato de a amostra ser reduzida e ainda, ter sido realizada em apenas uma clínica de terapia renal substitutiva. Por este motivo, os achados desta pesquisa não podem ser generalizados, o que sugere a condução de estudos semelhantes em outros centros de diálise do estado e no país, a fim de comparação e melhoramento da acurácia dos resultados obtidos.

Ressalta-se ainda, que futuramente os autores pretendem estudar outras ações da auriculoterapia e da acupuntura como terapias complementares para uma suposta melhora das dosagens de ureia e creatinina, como também da taxa de filtração glomerular desses indivíduos submetidos à hemodiálise, com vistas na melhora clínica, do bem-estar e na qualidade de vida.

#### REFERÊNCIAS

KDIGO 2012. **Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease**. *Kidney Int Suppl* 2013. v.3, p.1-150.

KUREBAYASHI, L.F.S. et al. **Auriculoterapia para redução de ansiedade e dor em profissionais de enfermagem: ensaio clínico randomizado**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2017. v. 25, e2843. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100320&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100320&lng=en&nrm=iso)>. [Acesso em 20 set 2018].

MARTÍNEZ PÉREZ, J. R., et al. **Efectividad de la combinación medicamentos / auriculoterapia / fitoterapia en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial**. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, [S.l.].2015. v. 40, n. 11. ISSN 1029-3027. Disponível em: <<http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/349>>. [Acesso em 19 set 2018].

MELO, G.A.A. et al. **Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018.v.26, e2978. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692018000100300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692018000100300&lng=en&nrm=iso)>. [Acesso em 19 set 2018]

PATERNO, J.C.; FREIRE, A.F.O.; TEIXEIRA, V.P.C. **Acupuntura em Nefrologia: estado da arte.** Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.) 2009.v.31, n.2, p.167-172.

SESSO, R.C. et al . **Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2016.** J. Bras. Nefrol, 2017. v.39, n.3, p.261-266. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010128002017000300261&lng=e&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010128002017000300261&lng=e&nrm=iso)>.[Acesso em 18 set 2018].

SILVÉRIO-LOPES, S.M. E CARNEIRO-SULIANO, L. **Auriculoterapia de A a Z.** Omnipax, Curitiba, PR, 3ª edição, 2017.

WAN R.J.; LI, Y.H. **Survey of acupuncture and moxibustion for clinical treatment of renal diseases.** Chinese Acupuncture & Moxibustion, 2009. v.29, n.4, p. 342–344.

## ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL DE GESTANTES: ORIENTAÇÃO QUANTO AO CUIDADO ORAL DA MÃE E DO BEBÊ

### **Francisco Cezanildo Silva Benedito**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção - CE

### **Cácia Aline Costa Santos**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção - CE

### **Davide Carlos Joaquim**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção - CE

### **Juliana Costa Rodrigues**

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE

### **Gabriela Silva Cruz**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção - CE

### **Ana Karine Rocha de Melo Leite**

Centro Universitário Christus, Fortaleza – CE

### **Gabriela Soares Santana**

Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá – CE

### **Eduardo da Cunha Queiroz**

Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá – CE

### **Karlos Eduardo Rodrigues Lima**

Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá – CE

### **Francisco Gleuberson Oliveira da Silva**

Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá – CE

### **Cosmo Helder Ferreira da Silva**

Centro Universitário Católica de Quixadá, Quixadá – CE

### **Ana Caroline Rocha de Melo Leite**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção – CE

**RESUMO:** Mães e gestantes representam um importante público-alvo das ações educativas em saúde, incluindo a bucal, pelo papel que assumem no seio familiar. Nesse contexto, a prática odontológica no pré-natal deve envolver a participação do cirurgião-dentista e do profissional de Enfermagem. O estudo objetivou relatar a experiência de ações de promoção da saúde bucal e de prevenção de patologias orais, incluindo a do bebê, com gestantes conduzidas por acadêmicos de Enfermagem. Trata-se de relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem sobre as ações educativas em saúde bucal realizadas com gestantes atendidas em um município cearense. As ações envolveram orientações, diálogos e demonstrações referentes à saúde bucal da mãe e do bebê. Foi perceptível a limitação das participantes quanto ao conhecimento sobre a saúde da cavidade oral. Ainda, a maioria delas não sabia que a gestação afetava a saúde bucal e, dentre as que sabiam, nenhuma soube explicá-la. Foi surpreendente para elas saber sobre as implicações das doenças periodontais na gestação, embora recordassem que as patologias orais promoviam parto prematuro e

baixo peso do bebê ao nascer. Conclui-se que as gestantes possuem conhecimento limitado quanto à sua saúde bucal e a dos filhos. Entretanto, elas são receptivas e apreciam ações educativas em saúde bucal, participando ativamente dessas ações.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Bucal. Educação em Saúde. Gestantes. Enfermagem.

## NURSING IN ORAL HEALTH EDUCATION OF PREGNANT WOMEN: GUIDANCE ON MOTHER AND BABY ORAL CARE

**ABSTRACT:** Mothers and pregnant women represent an important target audience for educational activities in health, including oral health, for their role in the family. In this context, prenatal dental practice should involve the participation of the dental surgeon and the nursing professional. The study aimed to report the experience of oral health promotion actions and prevention of oral pathologies, including the baby, with pregnant women conducted by nursing students. This is an experience report of nursing students about the educational actions in oral health performed with pregnant women attended in a city in Ceará. The actions involved orientations, dialogues and demonstrations regarding the oral health of the mother and the baby. The participants' limitations regarding their knowledge of oral cavity health were noticeable. Still, most of them did not know that pregnancy affected oral health, and none of them knew how to explain it. It was surprising for them to know about the implications of periodontal diseases in pregnancy, although they recalled that oral pathologies promoted premature birth and low birth weight. It is concluded that pregnant women have limited knowledge regarding their oral health and that of their children. However, they are receptive and appreciate educational actions in oral health, actively participating in these actions.

**KEYWORDS:** Oral Health. Health Education. Pregnant Women. Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O termo promoção da saúde pode ser definido como um processo de capacitação da comunidade no sentido de torná-la ativa na busca pela melhoria da sua qualidade de vida e da sua saúde (ANDRADE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, a extensão universitária surge como um importante instrumento para a capacitação da comunidade, pelo fato de permitir a integração entre a universidade e a sociedade, interferindo diretamente na realidade da comunidade. Essa passa a refletir, a se sensibilizar e a buscar soluções para os seus problemas, por intermédio das discussões, do conhecimento e das informações proporcionados por aqueles que vivenciam o meio universitário (ANIL; ANAND, 2017).

Assim sendo, no âmbito da extensão universitária, diversas atividades podem ser desenvolvidas junto à comunidade, dentre as quais figuram as ações educativas em saúde. Essas são tidas como um processo indutor de mudança no comportamento relativo à saúde. As ações educativas em saúde estimulam o autocuidado, por meio da promoção de informações e motivação de hábitos que mantenham a saúde e

previnam as doenças (ANTUNES *et al.*, 2016).

Mães e gestantes representam um importante público-alvo das ações educativas em saúde pelo papel que assumem no seio familiar, especificamente introduzindo bons hábitos de saúde geral e bucal, em seus filhos (ARAÚJO *et al.*, 2018). De fato, a literatura aponta uma notável influência das mães, como as primeiras cuidadoras, sobre a saúde bucal da criança (ATARBASHI-MOGHADAM; ATARBASHI-MOGHADAM, 2018).

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de ações de promoção da saúde bucal e de prevenção de patologias orais, incluindo a do bebê, com gestantes conduzidas por acadêmicos de Enfermagem.

## 2 | REFERENCIAL TEÓRICO

Nas últimas décadas, tem-se observado um declínio das principais doenças bucais, fato evidenciado na redução do número de dentes com cavidades cáries e uma melhoria considerável nas condições periodontais, em crianças e em adolescentes (BASTIANI *et al.*, 2010). Essas mudanças parecem correlacionar-se ao aumento e à universalização da exposição ao flúor, bem como à instituição de programas preventivos da cárie pelo uso desse elemento químico (BETT *et al.*, 2019).

Embora tenham ocorrido alterações, esse processo foi acompanhado por um fenômeno de polarização, caracterizado pela manifestação de grande parte das doenças bucais em uma reduzida parcela da população (BASTIANI *et al.*, 2010). Tal fenômeno pode estar associado à falta de acesso desses indivíduos a orientações de higiene oral, assim como à concepção de que pessoas acometidas por transtornos bucais são menos doentes do que aquelas que apresentam sintomas em outras áreas do organismo (BLACKBURN; MORRISEY; SEM, 2017).

No âmbito das patologias orais, cárie e doenças periodontais representam enfermidades bucais associadas ao acúmulo de biofilme ou placa dental. Sua remoção inadequada pode promover elevada perda dentária (CHAWLA *et al.*, 2017).

No que diz respeito à cárie, ela é definida como um processo infeccioso dependente do biofilme e de açúcar que promove a desmineralização de substâncias inorgânicas e destruição dos compostos orgânicos do tecido dentário (COSTA *et al.*, 2015; DAROZ *et al.*, 2016).

Quanto a sua incidência/prevalência, a cárie é um transtorno que acomete cerca de 35% da população mundial, representando a condição mais prevalente na espécie humana (FEIJÓ; IWASAKI 2014). Além da sua elevada prevalência, sua relevância também está nas complicações locais, sistêmicas, sociais e psicológicas associadas à sua progressão (FERREIRA *et al.*, 2015).

Ainda no contexto da lesão cáries, a cárie precoce da infância (CPI) figura como uma das mais prevalentes doenças infecciosas da infância no cenário mundial, especialmente nos países em desenvolvimento (FURTADO *et al.*, 2018; GALUI *et*

*al.*, 2018). Seus efeitos não se restringem à cavidade oral, podendo interferir no crescimento e no peso da criança, bem como no seu rendimento escolar e na sua qualidade de vida (GONÇALVES; SONZA, 2018).

À semelhança da cárie, as doenças periodontais, representadas pela gengivite e periodontite, são iniciadas pela presença de biofilme dental que, quando não removido, pode promover a inflamação gengival (gengivite) e evoluir para a inflamação dos tecidos de sustentação dos dentes (periodontite) (GUNEPIN *et al.*, 2018). Quanto aos dados epidemiológicos, a literatura menciona que a doença periodontal acomete cerca de 90% da população, representando a sexta doença mais comum no âmbito mundial (HAJISHENGALLIS *et al.*, 2017).

Em relação a sua etiopatogênese, além da resposta imunológica, podem contribuir, para o desenvolvimento de doenças periodontais, fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Especificamente, quanto a seus fatores de risco, esses compreendem inúmeros, como: idade, fumo, álcool, má higiene oral, diabetes, uso de medicações, estresse, menopausa, baixa condição socioeconômica e gravidez (JAHROMI, 2016). Nessa última condição, a presença de doença periodontal tem sido associada ao aumento do risco de partos prematuros e de nascimento de bebês com baixo peso JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

Frente ao supracitado, a prática odontológica no pré-natal deve envolver a participação do profissional de Enfermagem por ser ele um meio fundamental para o estabelecimento de vínculo com a gestante e possibilitar a ela uma troca de saberes e de informações, buscando a promoção do autocuidado (JIN *et al.*, 2016).

### 3 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência produzido a partir de um projeto de extensão universitária, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão, Arte e Cultura (PROEX) da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), localizada no estado do Ceará. O projeto foi conduzido em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF) do município de Acarape - CE, no ano de 2017, com 120 participantes.

As ações foram desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem da UNILAB, que compareceram duas vezes por semana às UBASF, no horário de 07 às 12 horas, por cinco meses. Durante esse período, os estudantes realizaram orientações, por meio de diálogos com as gestantes, de acordo com as perguntas elaboradas pelos acadêmicos e as respostas das participantes. A atividade educativa se iniciava com a pergunta “o que é saúde bucal?”. Mediante as repostas, os acadêmicos conduziam o diálogo e introduziam assuntos, como: - importância da saúde bucal; - frequência e meios utilizados para a escovação dental; - necessidade de acompanhamento pelo cirurgião-dentista; - dieta; - conhecimento sobre as doenças bucais, sua relação

com a gravidez e meios preventivos; - orientações quanto à saúde bucal do bebê (como, em que momento e o que utilizar para a higienização da cavidade oral) e à necessidade de acompanhamento odontológico (em que momento iniciar e qual a finalidade do acompanhamento odontológico); - conhecimento sobre como evitar as doenças bucais no bebê. Ao término do diálogo, os acadêmicos demonstravam como escovar os dentes, usar o fio dental e higienizar a cavidade oral do bebê. Para isso, utilizavam um modelo anatômico de boca, escova dental, fio dental, dentífrico e dedeira de silicone. Em seguida, as gestantes eram convidadas a demonstrar as técnicas aprendidas. Por fim, era aplicado um questionário que avaliava a atividade, sob os seguintes aspectos: - compreensão quanto às orientações; - conhecimento prévio sobre os temas abordados nas orientações; - sugestões de melhoria. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB, conforme CAAE 26146213.6.0000.5576 e parecer nº 566.465.

#### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento, quando questionadas sobre o que seria, na sua perspectiva, a saúde bucal, as respostas das gestantes em todas as UBASF foram semelhantes. Para elas, a saúde oral representava o cuidado com a boca. No entanto, foi perceptível a limitação das participantes quanto ao conhecimento sobre a saúde da cavidade oral, já que, ao se solicitar um detalhamento maior sobre o seu conceito, as respostas se restringiram ao “cuidado com a boca”.

Embora seja compreensível a associação que as gestantes estabeleceram entre a definição de saúde bucal e o cuidado com a cavidade oral, a literatura a conceitua como a ausência de transtornos orais no complexo craniofacial, capaz de proporcionar ao indivíduo o exercício das atividades relacionadas ao sistema estomatognático, bem como a convivência em sociedade, uma boa qualidade de vida e um bem-estar geral (KASSEBAUM *et al.*, 2015; KAMRA *et al.*, 2018).

Corroborando com esse achado, o estudo de Bastiani (*et al.*, 2010) mostrou um conhecimento restrito, por parte das gestantes participantes, sobre saúde bucal, apesar de reconhecerem a sua importância sobre a saúde geral. Esse dado, somado ao aqui obtido, torna-se particularmente relevante se considerado que mães têm um papel fundamental na aquisição de hábitos saudáveis pelos filhos (LOPES *et al.*, 2015).

Diante do ocorrido, os acadêmicos explicaram às gestantes que a saúde bucal é parte integrante e essencial da saúde geral e que ela requer, à semelhança da saúde sistêmica, ações de promoção, de prevenção, de reabilitação e de manutenção (KAMRA *et al.*, 2018). Entende-se ainda que ela não se limita ao simples cuidado com a cavidade oral, mas abrange domínios, como hábitos alimentares e de higiene, condições psicológicas, etilismo e tabagismo.

No tocante à importância da saúde bucal no período gestacional, os acadêmicos

questionaram se a gestação pode afetar a saúde bucal das gestantes. A maioria das participantes afirmou não saber e, as que eram conscientes dessa relação, não souberam explicá-la. Em consonância com esse resultado, pesquisa conduzida por Lopes (*et al.*, 2019) revelou que mais da metade das gestantes usuárias do serviço público e do privado desconhecia a associação entre a saúde bucal e a gravidez.

Nesse contexto, a literatura menciona que as alterações corporais vivenciadas pela gestante para o desenvolvimento adequado do feto as tornam susceptíveis a desordens orgânicas, incluindo transtornos bucais. De fato, níveis elevados de progesterona, estrógeno e gonadotrofina coriônica no período gestacional promovem, no tecido periodontal, uma diminuição da quimiotaxia e da fagocitose de neutrófilos, redução de síntese de anticorpos e aumento da vasodilatação, da permeabilidade vascular e da produção de prostaglandinas (MASSONI *et al.*, 2016; MAHMOUD *et al.*, 2017).

Assim, é possível que o desconhecimento de participantes sobre a influência da gravidez na saúde oral resulte da insegurança dos profissionais de saúde sobre os assuntos voltados às doenças orais, da reduzida busca por atendimento odontológico por parte das gestantes e da não participação em ações educativas em saúde ou falha dessas. Especificamente para a possível deficiência no conhecimento dos profissionais de saúde, acredita-se que ela impacte diretamente nas atitudes e no entendimento daqueles que buscam os serviços de saúde (LOPES *et al.*, 2016; MATA *et al.* 2019).

Diante desse fato, fez-se necessário explicar a íntima relação entre saúde bucal e gestação. Assim, buscou-se esclarecer que, durante a fase gestacional, a mulher passa por mudanças fisiológicas, estruturais, psicológicas e emocionais que repercutem diretamente sobre as suas condições de saúde oral. Essas podem provir de alterações salivares e hormonais, da modificação dos hábitos alimentares e da atenção dispensada ao bebê (NIROLA; BATRA; KAUR, 2018).

Ao ser discutido o assunto “doenças que atingem a cavidade oral”, a cárie foi a condição mais mencionada pelas gestantes, inclusive com grande parte delas afirmando já ter sido acometida por essa patologia. Fato interessante foi a menção pelas participantes, mesmo sem ter sido questionado, de que a cárie é causada por algum tipo de bactéria que se instala na cavidade oral. Reforçando esse conhecimento das gestantes sobre o processo cariioso, estudo realizado com 79 mães revelou que mais da metade reconhecia a cárie como uma doença transmissível (NÓBREGA; FREIRE; DIAS-RIBEIRO, 2016).

Como forma de aprofundar o conhecimento das futuras mães sobre a cárie, os acadêmicos reforçaram que ela é uma doença infecciosa diretamente relacionada à dieta, à microbiota, ao tempo de exposição e à susceptibilidade do indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Especialmente no período gestacional, há uma maior predisposição à cárie pela alteração da dieta (elevado consumo de açúcar), aumento do número de bactérias (sobretudo, *Streptococcus mutans*), menor acesso aos serviços de saúde,

deficiência no controle do biofilme dental, ocorrência de vômitos ou regurgitação e aumento do quantitativo de refeições (PHILIP; SUNEJA; WALSH, 2018). As participantes foram ainda orientadas sobre sangramento gengival e ocorrência de doença periodontal (gingivite e periodontite) durante o período gestacional.

No que diz respeito ao sangramento gengival, as gestantes se mostraram curiosas, revelando inclusive já terem apresentado episódios recorrentes desse tipo de sangramento. Assim, fez-se pertinente esclarecer que a gestação promove mudanças fisiológicas e hormonais, capazes de desencadear alterações gengivais, expressas na forma de hiperemia, de edema e de sangramento gengival. À semelhança do aqui relatado, Costa (*et al.*, 2015) apontaram episódio de sangramento gengival em gestantes atendidas em hospitais de referência de Fortaleza - CE.

Ao se discutir sobre as doenças periodontais, as gestantes ficaram surpresas ao saber sobre as implicações dessas doenças na sua gestação. Foi explicado a elas que a ocorrência de gingivite e de periodontite, além de afetar a saúde geral da mulher, pode estar relacionada a ocorrências de problemas na gravidez, como parto prematuro e baixo peso do bebê ao nascer (RIGO; DALAZEN; GARBIN, 2016).

No tocante aos meios de prevenção das doenças orais, as gestantes trouxeram à discussão a escovação dental, o uso do fio dental e o consumo moderado de doces. No entanto, nenhuma citou consultas periódicas ao cirurgião-dentista. Na oportunidade, foi pedido que elas demonstrassem, utilizando o modelo anatômico de boca, a escova e o fio dental, a forma como elas realizavam a higienização bucal. Para surpresa dos estudantes, foram raras as que executaram as técnicas corretamente.

Esse fato aponta para a necessidade de serem realizadas mais ações de educação em saúde bucal com esse público, pois, como apontam Costa (*et al.*, 2015), apenas uma pequena parcela das gestantes recebe esse tipo de educação.

Mediante a deficiência nas técnicas de escovação e do uso do fio dental apresentada pelas gestantes, essas técnicas foram devidamente explicadas, assim como foi reforçada a necessidade de instituição de uma dieta adequada e de visitas periódicas ao cirurgião-dentista. Foi ainda ressaltada a necessidade de se realizar a escovação após cada refeição, incluindo lanches. Nesse sentido, deve-se sensibilizar a gestante de que a escovação adequada e o uso do fio dental promovem a remoção mecânica do biofilme dental, evitando o aparecimento da lesão cariosa e de doenças periodontais (ROVIDA *et al.*, 2013).

No que se referente à dieta, deixou-se claro que ela é um importante fator de risco no desenvolvimento do processo carioso, independentemente da faixa etária, especialmente aquela rica em carboidratos (COSTA *et al.*, 2015). Entretanto, vale ressaltar que a instituição de hábitos alimentares saudáveis, desde a infância, contribui não apenas para a prevenção de patologias bucais, mas para o estabelecimento de uma boa saúde geral e uma qualidade de vida adequada (SALES; NETO; CATÃO, 2017).

Quanto à discussão sobre a necessidade de visitas periódicas ao cirurgião-

dentista, intensificou-se a necessidade de se estabelecer essa prática como forma de se obter a saúde bucal. Por meio desse hábito, é possível realizar diagnóstico precoce e instituir medidas terapêuticas e preventivas, além de oportunizar a realização de educação em saúde bucal, avaliar o risco à saúde e dialogar sobre estratégias de obtenção, melhoria e manutenção da qualidade de vida (SHEIHAM; JAMES, 2015).

Quanto ao assunto saúde bucal materna e saúde do bebê, as gestantes imediatamente recordaram que as doenças orais podem promover parto prematuro e baixo peso ao nascer. Atribuiu-se esse acontecimento às orientações dadas pelos acadêmicos anteriormente. Diante de tal situação, pediu-se que discutissem sobre essa relação, mas elas afirmaram não saber além dessa informação.

Quando foram questionadas sobre como higienizar a cavidade oral do bebê, algumas gestantes afirmaram não ser necessária a higienização antes da erupção dos dentes. A maioria confirmou saber como realizar a higiene oral do bebê, mencionando fazê-la com uma fralda umedecida. A higienização da cavidade oral do bebê deve ser feita antes da erupção do primeiro elemento dentário, após cada mamada, e utilizando escova de cerdas macias ou fralda embebida em água filtrada (NÓBREGA; FREIRE; DIAS-RIBEIRO, 2016).

Esses resultados corroboram com os de Massoni (*et al.*, 2016), nos quais 24% das gestantes e puérperas mencionaram não ser necessário iniciar os cuidados com a cavidade oral do filho antes da erupção dos dentes e 73% afirmaram fazer a higiene bucal com gaze ou fralda. Esses achados contribuem ainda com os de Ferreira (*et al.*, 2015), os quais mostraram que, das 268 gestantes e puérperas pesquisadas, 6,4% mencionaram não ter necessidade de higienização da cavidade oral do bebê antes do surgimento dos dentes e 54,9% afirmaram que usariam gaze ou fralda nessa higienização. Quanto ao momento em que deveriam levar o bebê à primeira consulta odontológica, grande parte das participantes indicou a erupção do primeiro dente, o que vai de encontro ao estudo de Souza *et al.*, (2015).

Diante dessa realidade, torna-se preocupante a falta de conhecimento das futuras mães sobre o momento de iniciação da higiene oral do bebê, confirmando a urgente necessidade de se trabalhar esse assunto no período pré-natal. Buscando contribuir com o conhecimento das gestantes e, conseqüentemente, com a saúde bucal e geral dos filhos, foram apresentadas a elas informações relevantes sobre a higiene oral do bebê.

Complementando o conhecimento das participantes, foi explicada a utilização de gaze/fralda embebida em água fervida ou filtrada na higienização da cavidade oral do bebê, ressaltando ainda o uso de dedeira de silicone. Quanto à primeira consulta odontológica, as gestantes tornaram-se cientes de que ela deve acontecer durante o primeiro ano de vida da criança, preferencialmente por volta dos 6 meses, idade que coincide com o término da licença maternidade e a volta da mãe ao trabalho (NÓBREGA; FREIRE; DIAS-RIBEIRO, 2016).

Desse modo, os pais e/ou cuidadores poderão ser orientados quanto às possíveis

mudanças na frequência do aleitamento materno, uso de mamadeira, hábitos dietéticos e higienização bucal, antes do surgimento do primeiro dente decíduo.

Como última atividade, foi demonstrada a técnica correta de escovação, uso do fio dental e higiene oral do bebê. Orientou-se ainda sobre a necessidade de se utilizar meios adequados, como escova de cerdas macias e cabeça pequena, para evitar danos à mucosa oral (VIERIA *et al.* 2018). Para a surpresa dos acadêmicos, as gestantes foram muito participativas quanto à execução da técnica ensinada, dispendo-se a demonstrar às demais.

No que diz respeito às respostas do questionário aplicado ao final da ação educativa em saúde bucal, todas as gestantes entenderam e gostaram do que foi discutido. Embora suas respostas não demonstrassem que possuíam conhecimentos dos temas que foram abordados nas atividades, 65% (n = 78) delas afirmaram já possuir conhecimento sobre os assuntos discutidos. Do total de participantes, 2,5% (n = 03) sugeriram a inclusão de outros assuntos como forma de aprimorar as atividades conduzidas pelos acadêmicos, no entanto não especificaram as temáticas que deveriam ser acrescentadas.

Assim, embora as ações educativas aqui realizadas tenham se limitado a um encontro, é possível que elas repercutam no cotidiano das gestantes participantes. De fato, ações educativas em saúde com gestantes são capazes de ampliar e de aprofundar o conhecimento sobre os cuidados em saúde, assim como impactar positivamente sobre as atitudes em saúde bucal e melhorar essas condições de saúde (YAP, 2017).

## 5 | CONCLUSÃO

As gestantes possuem conhecimento limitado quanto à sua saúde bucal e a dos filhos, incluindo as doenças que acometem a cavidade oral, a dieta, os meios e as técnicas utilizadas na higiene oral, a visita periódica ao cirurgião-dentista e os cuidados orais com os bebês. Elas são receptivas e apreciam ações educativas em saúde bucal, participando ativamente dessas ações. Assim sendo, as ações de educação em saúde bucal são essenciais para garantir a saúde da mulher no período gestacional e a do bebê, em seus primeiros meses de vida. Urge assim a necessidade de imbuir a saúde bucal ao cuidado prestado pelo profissional de Enfermagem no pré-natal. Compete ainda ao cirurgião-dentista articular-se com os demais profissionais da Atenção Primária no sentido de oferecer uma assistência multidisciplinar e integral às gestantes, na perspectiva de proporcionar a elas e aos seus filhos uma melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE L.F.; COIMBRA M.A.R.; CARBINATTO M.V.; MIRANZI M.A.S.; PEDROSA L.A.K. **Promoção da saúde: benefícios através da dança.** REFACS (online); 3(3):228-234, 2015.
- ANIL S.; ANAND P.S. **Early Childhood Caries: Prevalence, Risk Factors, and Prevention.** *Frontiers in Pediatrics*; 5(157):1-7, 2017.
- ANTUNES J.L.F.; TOPORCOV T.N.; BASTOS J.L.; FRAZÃO P.; NARVAI P.C.; PERES M.A. **A saúde bucal na agenda de prioridades em saúde pública.** *Rev Saúde Pública*; 50(57):1-9, 2016.
- ARAÚJO P.C.; VETTORE M.V.; BAKER S.R.; GARBIN C.A.S.; MOIMAZ S.A.S.; ARCIERI R.M. **Conhecimento sobre saúde bucal entre pré-escolares e seus cuidadores que receberam e que não receberam promoção de saúde.** *Bioscience Journal*; 34(2):1114-1124, 2018.
- ATARBASHI-MOGHADAM F.; ATARBASHI-MOGHADAM S. **Tooth Brushing in Children.** *JDMT*; 7(4):181-184, 2018.
- BASTIANI C.; COTA A.L.S.; PROVENZANO M.G.A.; FRACASSO M.L.C.; HONÓRIO H.M.; RIOS D. **Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez.** *Odontol. Clín.-Cient.*; 9(2):155-160, 2010.
- BETT J.V.S.; BATISTELLA E.A.; MELO G.; MUNHOZ E.A.; SILVA C.A.B.; GUERRA E.N.D.S.; PORPORATTI A.L.; CANTO G.L. **Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis.** *J Oral Pathol Med*; 48(4):270-277, 2019.
- BLACKBURN J.; MORRISEY M.A.; SEN B. **Outcomes Associated With Early Preventive Dental Care Among Medicaid-Enrolled Children in Alabama.** *JAMA Pediatr*; 171(4):335-341, 2017.
- CHAWLA R.M.; SHETIYA S.H.; AGARWAL D.; MITRA P.; BOMBLE N.A.; NARAYANA D.S. **Knowledge, Attitude, and Practice of Pregnant Women regarding Oral Health Status and Treatment Needs following Oral Health Education in Pune District of Maharashtra: A Longitudinal Hospital-based Study.** *The Journal of Contemporary Dental Practice*; 18(5):371-377, 2017.
- COSTA D.L.A.; CARLOS M.X.; MOTA O.M.L.; PEREIRA S.L.S. **Conhecimento de gestantes sobre a relação entre doenças periodontais e gravidez.** *Braz J Periodontol*; 25(4):7-13, 2015.
- DAROZ C.B.S.; SANTOS G.F.; JUNIOR M.F.S.; SIMONELLI R.; GOMES M.J.; DAROZ L.G.D. **Avaliação do conhecimento prévio e adquirido sobre cárie dentária em graduandos de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.** *Arq Odontol, Belo Horizonte*; 52(1):23-31, 2016.
- FEIJÓ I.S.; IWASAKI K.M.K. **Cárie e Dieta Alimentar.** *Uningá Review*; 19(3):44-50, 2014.
- FERREIRA S.M.S.P.; SILVA J.F.; SILVA R.V.; PINHEIRO E.S.; BATISTA L.D.; FERNANDES C.G. **Conhecimento em saúde bucal do bebê e expectativa relativa ao pré-natal odontológico: retrato de um município baiano de grande porte.** *FOL - Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep*; 25(2):19-30, 2015.
- FURTADO M.C.C.; MELLO D.F.; PINA J.C.; VICENTE J.B.; LIMA P.R.; VALERIA DIAS D. **Nurses' actions and articulations in child care in primary health care.** *Texto & Contexto-Enfermagem*; 27(1):1-11, 2018.
- GALUI S.; PAL S.; PABALE S.L.; SAHA S.; SARKAR S. **Stretching new boundaries of caries prevention with silver diamine fluoride: A review of literature.** *Int J Pedod Rehabil*; 3(1):1-4, 2018.

- GONÇALVES P.M.; SONZA Q.N. **Pré-natal odontológico nos postos de saúde de Passo Fundo/RS.** Journal of Oral Investigations; 7(2):20-32, 2018.
- GUNEPIN M.; DERACHE F.; TROUSSELARD M.; BRUNO SALSOU B.; RISSO J. **Impact of chronic stress on periodontal health.** J Oral Med Oral Surg; 24(01):44-50, 2018.
- HAJISHENGALLIS E.; PARSAEI Y.; KLEIN M.I.; KOO H. **Advances in the microbial etiology and pathogenesis of early childhood caries.** Mol. Oral Microbiol; 32(1):24-34, 2017.
- JAHROMI Z. **A Study of the Barriers and Facilitators of Patient Education from the Viewpoint of Nursing Students at Jahrom College of Nursing.** Bangladesh Journal of Medical Science; 15(3):471-476, 2016.
- JANINI J.P.; BESSLER D.; VARGAS A.B. **Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso.** Saúde Debate; 39(105):480-90, 2015.
- JIN L.J.; LAMSTER I.B.; GREENSPAN J.S.; PITTS N.B.; SCULLY C.; WARNAKULASURIYA S. **Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health.** Oral Dis.; 22(7):609-19, 2016.
- KAMRA P.; DATTA A.; DIXIT N.; CHOWDHRI K. **Microbial Flora and Periodontitis: A Comprehensive Review.** Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research; 6(6):89-91, 2018.
- KASSEBAUM N.J.; BERNABÉ E.; DAHIYA M.; BHANDARI B.; MURRAY C.J.; MARCENES W. **Global burden of untreated caries: a systematic review and meta-regression.** J Dent Res; 94(5):650-8, 2015.
- LOPES F.F.; *et al.* **Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008.** Epidemiol. Serv. Saude; 25(4):819-826, 2016.
- LOPES I.K.R.; PESSOA D.M.V.; MACÊDO G.L. **Autopercepção do pré-natal odontológico pelas gestantes de uma unidade básica de saúde.** Revista Ciência Plural; 4(2):60-72, 2019.
- MAHMOUD N.; KOWASH M.; HUSSEIN I.; HASSAN A.; HALABI M.A. **Oral Health Knowledge, Attitude, and Practices of Sharjah Mothers of Preschool Children, United Arab Emirates.** Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry; 7(6):308–314, 2017.
- MASSONI A.C.L.T.; PEREIRA R.B.; FERNANDES J.M.F.A.; DANTAS L.S.; PERAZZO M.F.; GRANVILLE-GARCIA A.F. **Percepções das gestantes e puérperas sobre a saúde bucal infantil: influência das condições sociodemográficas.** RFO; 21(3):318-324, 2016.
- MATA C.; ALLEN P.F.; MCKENNA G.J.; HAYES M.; KASHAN A. **The relationship between oral health-related quality of life and general health in an elderly population: A cross-sectional study.** Gerodontology; 36(1):71-77, 2019.
- NIROLA A.; BATRA P.; KAUR J. **Ascendancy of sex hormones on periodontium during reproductive life cycle of women.** J Int Clin Dent Res Organ.;10(1):3-11. 2018.
- NÓBREGA M.T.C.; FREIRE J.C.P.; DIAS-RIBEIRO E. **Percepção de gestantes e mães sobre saúde bucal: revisão de literatura.** Revista UNINGÁ Review; 27(3):44-48, 2016.
- OLIVEIRA L.B.; MOREIRA R.S.; REIS S.C.G.B.; FREIRE M.C.M. **Dental caries in 12-year-old schoolchildren: multilevel analysis of individual and school environment factors in Goiânia.** Rev Bras Epidemiol; 18(3):642-654, 2015.

PHILIP N.; SUNEJA B.; WALSH L.J. **Ecological Approaches to Dental Caries Prevention: Paradigm Shift or Shibboleth?**. Caries Res.; 52(1-2):153-165, 2018.

RIGO L.; DALAZEN J.; GARBIN R.R. **Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos**. Einstein;14(2):219-25, 2016.

ROVIDA T.A.S.; PERUCHINI L.F.D.; MOIMAZ S.A.S.; GARBIN C.A.S. **O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos**. Odontol. Clín.-Cient.; 12(1):43-6, 2013.

SALES M.V.G.; NETO J.A.F.; CATÃO M.H.C.V. **Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura**. Arch Health Invest.; 6(3):120-4, 2017.

SHEIHAM A.; JAMES W.P. **Diet and Dental Caries: The Pivotal Role of Free Sugars Reemphasized**. J Dent Res.; 94(10):1341-7. 2015.

SOUZA J.G.M.V.; LAZZARIN H.C.; FILIPIN K.L.; SCHUARZ D.A. **Conhecimento das gestantes sobre a higiene bucal dos bebês em cidades da região oeste do paraná, brasil, 2013**. Arquivos do MUDI; 19(2-3):6-17, 2015.

VIEIRA S.P.L.; LIMA M.L.; TAVARES S.J.S.; GUIMARÃES M.V. **Interrela o entre periodontite crônica e parto prematuro / baixo peso ao nascer – revisão de literatura** Revista Bahiana de Odontologia; 9(1):1-11, 2018.

YAP A.U. **Oral Health Equals Total Health: A Brief Review**. Journal of Dentistry Indonesia; 24(2):59-62, 2017.

## ERVA-MATE: ALIMENTO REGIONAL COM POTENCIAL ANTIOXIDANTE

### **Cintia Cassia Tonieto Gris**

Nutricionista, mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo - RS.

### **Elionio Galvão Frota**

Tecnólogo em Alimentos, mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo – RS.

### **Bruna Krieger Vargas**

Biomédica, mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo - RS.

### **Telma Elita Bertolin**

Bióloga, Pós Doutora em Neurociências Celular e Molecular – Universidade de Lisboa, Passo Fundo - RS.

**RESUMO:** Estudos e informações acerca de alimentos regionais são uma estratégia de conservação e difusão de hábitos e espécies alimentares pouco conhecidas para além das fronteiras culturais e regionais. A *Ilex paraguariensis* St. Hil (erva-mate), apesar de ser protagonista de bebidas tradicionais da América do Sul, tem seu potencial alimentar e nutricional ainda pouco explorado. Com o objetivo de valorizar e dar maior visibilidade a erva-mate, foi realizada a avaliação do potencial antioxidante de seu extrato pelos métodos de ABTS e DPPH. Os resultados encontrados indicam a presença de compostos bioativos

antioxidantes e reforçam a necessidade de valorização e inclusão desta planta no consumo alimentar nas mais diferentes maneiras.

**PALAVRAS-CHAVE:** proteção antioxidante, radicais livres, extratos vegetais, fitocompostos, suplementação dietética.

### YERBA MATE: REGIONAL FOOD WITH ANTIOXIDANT POTENTIAL

**ABSTRACT:** Studies and information about regional foods are a strategy for the conservation and diffusion of habits and little-known food species across cultural and regional boundaries. *Ilex paraguariensis* St. Hil (yerba mate), despite being a protagonist of traditional South American beverages, has its food and nutritional potential still little explored. With the objective of enhancing and giving greater visibility to yerba mate, the antioxidant potential of its extract was evaluated by ABTS and DPPH methods. The results indicate the presence of antioxidant bioactive compounds and reinforce the need for valorization and inclusion of this plant in food consumption in different ways.

**KEYWORDS:** antioxidant protection, free radicals, plant extracts, phytochemicals, dietary supplementation.

## 1 | INTRODUÇÃO

Promover uma alimentação adequada e saudável relaciona-se também com o reconhecimento da herança cultural e o valor histórico do alimento. *Ilex paraguariensis* St. Hil (erva-mate) é alimento tradicional dos países da América do Sul, considerado sinônimo de hospitalidade, tradição e saúde (IGTF, 2016). O consumo de erva-mate através de bebidas tradicionais como chás, chimarrão e tererê integra hábitos e consumo há séculos e em determinadas regiões desses países possui expressiva importância econômica e prestígio social (MORAIS et al., 2009). Apesar de seu reconhecido uso em bebidas tradicionais, a erva-mate apresenta um potencial ainda pouco explorado para variadas aplicações (LUZ, 2011). Na indústria, por exemplo, a erva-mate poderia gerar importantes contribuições como corante e conservante natural de alimentos, componente de cosméticos e principalmente como ingrediente bioativo para o desenvolvimento de novos produtos alimentícios (FAGUNDES et al., 2015). Enfatizar a importância e os benefícios dos alimentos regionais é uma forma de promover sua valorização, incentivar o seu consumo e preservar a herança cultural, sendo que por vezes esses alimentos são negligenciados e ficam às margens de alimentos com maior apelo comercial.

## 2 | METODOLOGIA

As folhas *in natura* de erva-mate foram cedidas pela empresa INOVAMATE, do município de Ilópolis - RS. A amostragem de folhas foi coletada em três áreas de cultivo diferentes, através de quatro subamostras por planta orientadas pelos quadrantes Norte, Leste, Sul e Oeste. As subamostras foram então reunidas em uma única amostra composta. Posteriormente, as folhas foram submetidas à secagem em estufa por 20 h em temperatura de  $50 \pm 2$  °C, trituradas em moinho de facas até atingir tamanho de partícula menor que 3,5 mm e embaladas à vácuo e mantidas sobre congelamento à  $-18 \pm 2$  °C até sua utilização. O extrato de erva-mate foi preparado na concentração de 20 % em água destilada, devido a ensaios preliminares e de acordo com adaptações do método descrito por Murakami et al. (2011). O material foi aquecido por 5 min à  $90 \pm 2$  °C e posteriormente foi realizada a filtração em tela de nylon utilizando uma bomba a vácuo. Para avaliação da atividade antioxidante utilizou-se o método ABTS (2,2 - azinobis - 3- etil - benzotiazolina - 6- ácido sulfônico) de Re et al. (1999) e o método de DPPH (2,2-difenil-1-picrilidrazila) proposto por Brand-Williams, Cuvelier e Berset (1995).

## 3 | RESULTADOS

O extrato de erva-mate apresentou atividade antioxidante pelo método de ABTS de  $13,96 \pm 0,29$  mmol equivalente a Trolox/g e pelo método DPPH de  $12,50 \pm 0,41$

mmol equivalente a Trolox/g. Os resultados de potencial antioxidante caracterizam e confirmam o potencial bioativo do extrato de erva-mate. Segundo Baeza et al. (2017) e Heck; Mejia, (2007), através do extrato de erva-mate é possível obter-se mais de 200 substâncias bioativas que contribuem para a ação antioxidante desta planta, no entanto, destacam-se em sua composição os compostos fenólicos (ácido clorogênico e pequenas quantidades de quercetina e rutina), metilxantinas (cafeína e teobrombina) e saponinas (BRACESCO et al., 2011; DELADINO et al., 2008; FERNANDES et al., 2016; HECK; DE MEJIA, 2007). Compostos minerais como potássio, magnésio e manganês e demais micronutrientes com importância na dieta também são encontrados (DELADINO et al., 2008).

Os antioxidantes naturais são conhecidos por combater o dano oxidativo causado pela produção de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio. A oxidação de constituintes celulares e outros componentes podem levar a modificações estruturais e conseqüentemente causar perda de sua atividade biológica. Esse fenômeno, está associado à ocorrência de várias patologias, como câncer, cardiopatia e diabetes (BRACESCO et al., 2011). Cardozo Junior e Morand (2016), mencionam que com base na composição fitoquímica da erva-mate, e nos dados trazidos por outros estudos sobre os efeitos biológicos associados a esses bioativos, os produtos de erva-mate podem representar fontes alimentares interessantes para a nutrição humana relacionada à saúde cardiovascular. De forma semelhante, os fitoquímicos presentes na erva-mate, em especial os polifenóis, são apontados como responsáveis pelos efeitos hipoglicemiantes e antiobesogênicos (GAMBERO; RIBEIRO, 2015). Propriedades antígenotóxicas e anticarcinogênicas também são conferidas ao consumo de erva-mate (PÉREZ et al., 2014; PUANGPRAPHANT; BERHOW; DE MEJIA, 2011), além de efeitos neuroprotetores e antidepressivos (BRANCO et al., 2013; REIS et al., 2014). Riachi e De Maria (2017), em uma revisão de literatura ressaltam que se os resultados positivos e consistentes em relação à ação dos fitoquímicos da erva-mate *in vivo* forem confirmados ao longo do tempo, ela pode ser reconhecida como um alimento funcional.

Apesar do consumo tradicional de erva-mate ainda estar fortemente ligado a hábitos culturais, o que pode representar limitações para sua aceitação por parte de novos públicos consumidores (LUZ, 2011), Bremer Boaventura et al. (2015) sugerem que a erva-mate possa ser utilizada pela indústria de alimentos e farmacêutica para aumentar o valor nutricional de produtos alimentares ou na formulação de nutracêuticos e suplementos dietéticos, fazendo com que a utilização da erva-mate ultrapasse a barreira de consumo tradicional, atingindo um público para além da América Latina.

## 4 | CONCLUSÃO

A erva-mate apresenta-se como fonte de compostos com potencial antioxidante.

Sugerimos que sua utilização possa extrapolar o consumo tradicional e que esta planta possa ser utilizada para enriquecer e aumentar o valor nutricional de diferentes alimentos e preparações, sendo que a inclusão de compostos antioxidantes na dieta da população pode propiciar efeitos positivos na saúde dos indivíduos.

## REFERÊNCIAS

BAEZA, G. et al. **Polyphenol content, in vitro bioaccessibility and antioxidant capacity of widely consumed beverages.** J Sci Food Agric, v.1, p. 1-10, 2017.

BRACESCO, N. et al. **Recent advances on *Ilex paraguariensis* research: Minireview.** Journal of Ethnopharmacology, 2011.

BRANCO, C. DOS S. et al. **Anticonvulsant, neuroprotective and behavioral effects of organic and conventional yerba mate (*Ilex paraguariensis* St. Hil.) on pentylenetetrazol-induced seizures in Wistar rats.** Brain Research Bulletin, 2013.

BRAND-WILLIAMS, W.; CUVELIER, M. E.; BERSET, C. **Use of a free radical method to evaluate antioxidant activity.** LWT - Food Science and Technology, v. 28, n. 1, p. 25–30, 1 jan. 1995.

BREMER BOAVENTURA, B. C. et al. **Effect of yerba mate (*Ilex paraguariensis* A. St. Hil.) infusion obtained by freeze concentration technology on antioxidant status of healthy individuals.** LWT - Food Science and Technology, v. 62, n. 2, p. 948–954, jul. 2015.

CARDOZO JUNIOR, E. L.; MORAND, C. **Interest of mate (*Ilex paraguariensis* A. St.-Hil.) as a new natural functional food to preserve human cardiovascular health – A review.** Journal of Functional Foods, v. 21, p. 440–454, 1 mar. 2016.

DELADINO, L. et al. **Encapsulation of natural antioxidants extracted from *Ilex paraguariensis*.** Carbohydrate Polymers, v. 71, p. 126-134, 2008.

FAGUNDES, A. et al. ***Ilex paraguariensis*: compostos bioativos e propriedades nutricionais na saúde.** Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 9. n. 53. p. 213-222, 2015.

FERNANDES, C. E. F. et al. **Phytochemical profile, antioxidant and hypolipemiant potential of *Ilex paraguariensis* fruit extracts.** Industrial Crops and Products, v. 81, p. 139–146, mar. 2016.

GAMBERO, A.; RIBEIRO, M. L. **The positive effects of yerba maté (*Ilex paraguariensis*) in obesity.** Nutrients, 2015.

**INSTITUTO GAÚCHO DE TRADIÇÃO E FOLCLORE.** Disponível em: <<http://www.igt.rs.gov.br/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

HECK, C. I.; DE MEJIA, E. G. **Yerba Mate Tea (*Ilex paraguariensis*): a comprehensive review on chemistry, health implications, and technological considerations.** Journal of Food Science, v. 72, n. 9, p. 138-151, 2007.

MORAIS, E. C. et al. **Consumption of yerba mate (*Ilex paraguariensis*) improves serum lipid parameters in healthy dyslipidemic subjects and provides an additional LDL-cholesterol reduction in individuals on statin therapy.** Journal of Agricultural and Food Chemistry, v. 57, p. 8316–8324, 2009.

NEGRÃO MURAKAMI, A. N. et al. **Concentration of phenolic compounds in aqueous mate (*Ilex paraguariensis* A. St. Hil) extract through nanofiltration.** LWT - Food Science and Technology, v.

44, n. 10, p. 2211–2216, 1 dez. 2011.

LUZ, M. **Carijos e barbaquás no Rio Grande do Sul: resistência camponesa e conservação ambiental no âmbito da fabricação artesanal de erva-mate.** 2011.

PÉREZ, J. et al. **Comparative Antioxidant, Antiproliferative and Apoptotic Effects of *Ilex laurina* and *Ilex paraguariensis* on Colon Cancer Cells.** Tropical Journal of Pharmaceutical Research, v. 13, n. 8, p. 1279, 9 set. 2014.

PUANGPRAPHANT, S.; BERHOW, M. A.; DE MEJIA, E. G. **Mate (*Ilex paraguariensis* St. Hilaire) saponins induce caspase-3-dependent apoptosis in human colon cancer cells in vitro.** Food Chemistry, v. 125, n. 4, p. 1171–1178, abr. 2011.

RE, R. et al. **Antioxidant activity applying an improved ABTS radical cation decolorization assay.** Free Radical Biology and Medicine, v. 26, n. 9–10, p. 1231–1237, 1 maio 1999.

REIS, E. D. M. et al. **Antidepressant-like effect of *Ilex paraguariensis* in rats.** BioMed Research International, 2014.

RIACHI, L. G.; DE MARIA, C. A. B. **Yerba mate: An overview of physiological effects in humans.** Journal of Functional Foods, v. 38, p. 308–320, 1 nov. 2017.

## ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO BAIRRO SANTA ISABEL EM CUIABÁ, MT

### **Fernanda Queiroz Aratani**

Faculdade de Medicina da Universidade Federal  
de Mato Grosso Cuiabá – MT

### **Ilana Falcão de Arruda**

Faculdade de Medicina da Universidade Federal  
de Mato Grosso Cuiabá – MT

**RESUMO:** Em 2014, Cuiabá recebeu o título de capital mais obesa do Brasil. Visando uma das principais causas da obesidade, o projeto Educação Alimentar objetivou a informar à população de um bairro da capital sobre alimentação e incentivar a mudança de hábitos. Foram organizados encontros com palestras, oficinas práticas e distribuição de mudas de hortaliças aos participantes. 33% atribuíram alguma melhora nos hábitos alimentares à intervenção e 11% apresentaram melhora na saúde diretamente atribuída a mudanças no consumo alimentar, resultados acima da média reportada na literatura mundial sobre o tema. Devido às subjetividades que compõem os hábitos alimentares, os quais estão fortemente ligados à cultura, ao convívio social e a questões biopsicossociais, faz-se necessário um esforço contínuo na conscientização da população acerca da relação entre sua alimentação e saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade; Saúde; Intervenção Nutricional; Hábitos Alimentares.

### 1 | INTRODUÇÃO

Em 2014, Cuiabá recebeu o título de capital mais obesa do Brasil, com 54,9% da população acima do peso e 22,4% obesa (1). Dentre as causas dessa doença multifatorial está uma alimentação rica em açúcares, gorduras, alimentos industrializados e pobre em fibras. Estratégias populacionais efetivas para prevenção e tratamento da obesidade não estão bem estabelecidas, enquanto o número de indivíduo afetados cresce.

### 2 | OBJETIVOS

O projeto Educação Alimentar buscou intervir na comunidade do bairro Santa Isabel, na cidade de Cuiabá, visando informar à população sobre alimentação, sua relação com a saúde e incentivar a reeducação alimentar.

### 3 | MÉTODOS

Para a intervenção, foram organizados dois encontros no Centro Familiar do bairro, seguidos de entrevista aberta e individual sobre as mudanças incentivadas pela intervenção e melhora nos hábitos alimentares e de saúde.

O primeiro encontro consistiu em duas palestras sobre nutracêuticos - abordando os benefícios dos temperos para além da culinária e o papel fibras no emagrecimento e na saúde intestinal, e três oficinas culinárias realizadas em grupos, nas quais foram ensinadas receitas de suco verde de couve com laranja, pão de queijo com biomassa de banana verde e bolo de banana sem açúcar. No segundo encontro, os temas foram: aditivos nos alimentos e alimentação saudável de acordo com grupos alimentares, além de uma demonstração prática e visual expondo as quantidades de açúcares e gorduras de produtos industrializados comuns na comunidade. Houve ainda distribuição de mudas de hortaliças nos dois dias.

#### 4 | RESULTADOS

Participaram 18 moradores da comunidade, sendo 7 do sexo masculino, 11 do sexo feminino e 5 casais. Destes, 33% incluíram ao menos uma das receitas ensinadas nas oficinas em seu cotidiano e 33% atribuíram alguma melhora nos hábitos alimentares à intervenção, como diminuição do uso de óleos refinados, açúcar e sal nas preparações, diminuição ou interrupção do consumo de refrigerantes e sucos em pó, além de aumento do consumo de fibras e frutas. Ademais, 11% apresentaram melhora na saúde diretamente atribuída a mudanças nos hábitos alimentares (perda de peso significativa de até 10kg e alteração do hábito intestinal).

#### 5 | DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O comportamento alimentar é um tema extremamente complexo, tornando-o difícil de ser trabalhado. Tratam-se de hábitos fortemente ligados à cultura, convívio social, influenciados por questões biopsicossociais, gerando forte resistência a mudanças. Notou-se ainda um desconhecimento geral sobre a obesidade como uma patologia. Porém, a relação entre alimentação e saúde não pode ser negligenciada e precisa ser alvo de ações, dadas as estatísticas. Devido às subjetividades que compõem os hábitos alimentares, faz-se necessário um esforço contínuo na conscientização da população da relação entre sua alimentação e saúde. Conclui-se, de acordo com referências em intervenções nutricionais encontradas na literatura, que o resultado deste trabalho foi acima da média (2).

#### REFERÊNCIAS

(1) BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

(2) ECONOMOS, C. D.; IRISH-HAUSER, S. Community Interventions: A Brief Overview and Their Application to the Obesity Epidemic. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 35, n. 1, pp. 131–137. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00117.x>. Acesso em: 22/08/2015

## EXPERIÊNCIA DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM COM O ENSINO DO CUIDADO COM ESTOMIAS MEDIADO POR APLICATIVO

### **Priscila Ravene Carvalho Oliveira**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Ana Karoline Lima de Oliveira**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **William Caracas Moreira**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Leticia Gonçalves Paulo**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Patrícia Regina Evangelista de Lima**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Zeila Ribeiro Braz**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Laryssa Lyssia Matildes Rodrigues**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **David de Sousa Carvalho**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Izadora de Sousa Neves**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Francisco Gerlai Lima Oliveira**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Denilton Alberto de Sousa Júnior**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

### **Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos**

Universidade Federal do Piauí, Curso  
Bacharelado em Enfermagem  
Picos – Piauí

**RESUMO:** As Tecnologias de Informação e Comunicação como aplicativos educativos para smartphones, aplicadas à saúde, são utilizadas como forma de facilitar o ensino/aprendizagem.

**OBJETIVOS:** Relatar a experiência de graduandos em Enfermagem ao utilizar um aplicativo relacionado a cuidados com estomias intestinais de eliminação. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, realizado em universidade pública do Nordeste brasileiro, com 31 graduandos em Enfermagem. Tratou-se da intervenção de uma metodologia de

aprendizagem digital, aplicativo para smartphone denominado Stomapp, complementar à aula tradicional para mediar o ensino do cuidado com estomias intestinais de eliminação. Ocorreu em setembro de 2018, durante aula teórica da disciplina ministrada pela docente desenvolvedora do aplicativo. **RESULTADOS:** A tecnologia trata-se de aplicativo para smartphone sobre o cuidado de pessoas no período perioperatório de cirurgias geradoras de estomias intestinais de eliminação. A interface inicial do aplicativo divide-se nos módulos: períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. A criação de uma conta precedeu o manuseio do aplicativo, bem como uma apresentação que sequenciava as etapas para o seu uso. Os discentes, após terem assistido à aula tradicional, complementaram seu conhecimento utilizando seus smartphones, configurando-se como uma estratégia interativa fortalecida pelo meio tecnológico. Os alunos recordaram a anatomia do sistema digestório, conceito de diferentes tipos de estomias, suas classificações, principais causas de confecção, e ao final, avaliação do conteúdo aprendido através de jogos dispostos no *software*. **CONCLUSÃO:** O referido aplicativo apresentou boa usabilidade, fácil manuseio, linguagem acessível, sendo considerado uma ferramenta dinâmica e eficaz para agregar conhecimento, bem como melhorar a prática clínica sob uma ótica moderna. **PALAVRAS-CHAVE:** Aplicativos Móveis. Estomia. Aprendizado Baseado na Experiência. Tecnologia da Informação.

## NURSING GRADUATE EXPERIENCE WITH AN INTESTINAL ELIMINATION STOMES CARE APP

**ABSTRACT:** The information and communication Technologies as educational apps for smartphones, applied in health, are used as form to facilitate the teaching/learning. **OBJECTIVES:** To report the experience of academics in Nursing to using app related to care bowel elimination ostomies. **METHODOLOGY:** Experience report accomplish in public university from Brazilian Northeast with 31 acaademics in Nursing it was intervention of a methodology digital learning, smartphone app called Stomapp, complementary to the traditional class to mediate the education of care with bowel elimination ostomies. It occurred in September 2018, during class theoretical subject taught by the teacher developer of the app. **RESULTS:** The technology its about smartphone app about caring people in the perioperative period of surgeries generators of bowel elimination ostomies. The interface initial of the app splits in the modules: preoperative, intraoperative and postoperative periods. The creation of an account preceded the handling of the app, as well as a presentation that sequenced the steps for its use. The students after attending the traditional class, complemented their knowledge using your smartphones, setting up as a interactive strategy strengthened by the technological environment. The students remembered the anatomy of the digestive system, concept of different types of ostomy, their classifications, main causes of confection, and finally, evaluation of learned contente through of games arranged in the software. **CONCLUSION: CONCLUSION:** This application presented good usability, easy handling, accessible language, being considered a dynamic tool it is eficiente for

aggregate knowledge as well as improving clinical practice under a optic modern.

**KEYWORDS:** Mobile Apps. Ostomy. Experience Based Learning. Information Technology.

## 1 | INTRODUÇÃO

As Tecnologias de Informação e Comunicação - TIC estão cada vez mais presentes no ensino, principalmente em Universidades, por vezes, como forma de facilitar o ensino/aprendizagem. Com o uso dessas novas tecnologias, cuja comunicação é vivenciada tanto de forma individual, em que os sujeitos envolvidos no processo podem estabelecer uma linha de consulta singular e voltada para pesquisas online, quanto de forma coletiva, que ocorre quando existe a interação entre os acadêmicos (GERMANI et al., 2013).

Neste cenário os *smartphones*, por conter um conjunto de aplicativos em seu software, é capaz de executar diferentes tipos de funções que há anos atrás nem existiam em um aparelho móvel. Assim, estão cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas, incluindo nos serviços de saúde, como forma de maximizar a qualidade do serviço e minimizar a possibilidade de erros, de maneira a auxiliar os profissionais durante a sua assistência, visto que por diversas vezes pode ser mais eficaz do que os métodos tradicionais. Um exemplo é o estudo de Aoki, Pereira e Matayoshi (2019) ao demonstrar que fotos captadas para o telediagnóstico de tumores palpebrais por um modelo de Smartphone é capaz de substituir as de uma máquina fotográfica convencional (Canon SX530 HS) proporcionando uma maior qualidade da imagem, além da facilidade de compartilhamento destas imagens.

Sabendo que após a revolução industrial o cenário tecnológico seria transformado, e as tecnologias estariam cada vez mais inovadoras, os demais campos da vivência também passaram por transformações, o ensino em universidades tem sido um destes. De acordo com Peres e Ciampone (2006) a educação permanente e a liderança são competências primordiais para o profissional enfermeiro, sabendo disso, a capacitação e a busca por saberes que aperfeiçoem sua prática assistencial é de suma importância. Deste modo, têm-se que o enfermeiro deve ser um profissional hábil para lidar com estomias intestinais nas mais diversas situações clínicas.

As estomias intestinais resultam de procedimentos cirúrgicos realizados no intestino grosso ou delgado e consistem em uma abertura na parede abdominal, exteriorizando um segmento do intestino grosso ou delgado, a fim de viabilizar a eliminação de fezes e flatos em indivíduos que por causas variadas não o podem realizar por via anal. As estomias intestinais podem ser classificadas quanto ao tempo de permanência em definitivos ou temporários. Nas estomias temporárias, é possível o reestabelecimento do trânsito intestinal normal quando o problema que levou a sua confecção é solucionado. Já nos definitivos, não é possível essa restauração (BRASIL, 2009; RIBEIRO et al, 2019).

As estomias intestinais desencadeiam uma série de modificações físicas, psíquicas e sociais que podem refletir negativamente na qualidade de vida do paciente ostomizado, haja vista que este vivencia a alteração da sua imagem corporal e a incapacidade de controlar a eliminação de fezes e flatulências, causando-lhe vergonha e constrangimento. Assim, por se tratar de um dispositivo que ameaça os padrões do que é considerado um corpo bonito e higiênico, é necessário que o cuidado prestado a esse paciente transcenda os aspectos físicos e o aborde de maneira integral, considerando os componentes psicológicos e sócias do indivíduo (SOUSA; SANTOS; GRAÇA, 2015).

Desse modo, emerge a necessidade da prestação de acompanhamento multiprofissional capacitado e holístico desde a fase pré-operatória, a fim de preparar e orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado, até o período de adaptação, tanto para o indivíduo ostomizado quanto para a família. Nesse sentido, a enfermagem assume papel primordial na facilitação da transição e adaptação as novas condições as quais o paciente será submetido. O plano de cuidados deve, portanto, abranger aspectos que estimulem o autocuidado, visem a reinserção social e forneça estratégias de adaptação a fim de limitar os danos psicossociais no paciente e sua rede social de apoio (SILVA et al, 2017).

Sabendo que as estomias intestinais necessitam de cuidados complexos e voltados para a singularidade de cada paciente, faz-se oportuno a utilização de tecnologias que possuam a qualidade de auxiliar no aprendizado e capacitação dos acadêmicos de enfermagem, visto que a dinamicidade do uso de aplicativos em smartphones promove dinamicidade às aulas e proporciona o aprendizado de maneira eficaz.

O presente estudo visa relatar a experiência de graduandos em Enfermagem com o uso de um aplicativo móvel sobre cuidados com estomias intestinais de eliminação.

## **2 | METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência que descreve, a partir da vivência de graduandos em Enfermagem, o uso de um aplicativo sobre cuidados com estomias intestinais e de eliminação sob a orientação direta do docente criador do aplicativo. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação e/ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (PINHEIRO; NEVES; ARAÚJO, 2015).

A vivência ocorreu no período de setembro de 2018 durante aula teórica para 31 alunos da disciplina Fundamentação Básica de Enfermagem, da grade curricular de uma Instituição de Ensino Superior Pública situada no interior do Piauí.

Tratou-se de uma intervenção com uma metodologia de aprendizagem digital,

aplicativo para *smartphone* denominado Stomapp, complementar a uma aula teórica tradicional para mediar o ensino de graduandos de enfermagem com o cuidado com estomias intestinais de eliminação.

A atividade ocorreu em setembro de 2018, durante aula teórica da disciplina Fundamentos de Enfermagem II ministrada pela docente desenvolvedora do aplicativo.

A dinâmica de uso do aplicativo sucedeu-se à aula expositiva ministrada pelo docente com o auxílio de uma apresentação em *PowerPoint*, em que foi organizada de acordo com os módulos e conteúdos presentes no aplicativo. Após a aula tradicional e, como estratégia complementar de aprendizado, os graduandos foram orientados a utilizar o aplicativo Stomapp à distância.

Desta forma, os discentes fizeram *download* do referido *software* posteriormente à aula. Ademais, ao término da aula foi possível avaliar a usabilidade e exercício do que foi aprendido durante a aula com a utilização do programa por meio de um instrumento de avaliação disposto ao final dos módulos.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A enfermagem vem ganhando destaque na aplicação e desenvolvimento de tecnologias, quando é possível utilizá-las em contextos assistenciais e educacionais. Seu uso tem mostrado maior crescimento profissional e benefícios do relacionamento entre profissional e cliente (MORAES; et al., 2016).

O aplicativo móvel *Stomapp*, compatível com smartphones com a tecnologia *Android*, tem a finalidade de demonstrar conteúdos interativos acerca do cuidado de pessoas no período perioperatório de cirurgias geradoras de estomias intestinais de eliminação (EIE). Na tela inicial o aplicativo apresenta uma interface que se divide em módulos: o período pré-operatório que aborda nove itens, o intraoperatório que discute quatro itens, e o pós-operatório que explana oito itens.

Inicialmente é preciso realizar o cadastro com dados pessoais para assim ter acesso a toda plataforma, e assim dar início ao estudo. Cada módulo do programa trabalha com conteúdo explicativo em relação ao período perioperatório das cirurgias geradoras de estomias intestinais de eliminação, a fim de fixar o conteúdo.

Ao final de cada módulo, estratégias de avaliação de aprendizagem são disponibilizadas com jogos de perguntas e respostas, jogos de associação e palavras cruzadas. O usuário, ao final do jogo, tem acesso ao seu escore de pontos, podendo perceber em quais aspectos pode melhorar.

O uso da tecnologia na educação é um progresso no cuidado de enfermagem, sendo o aplicativo um recurso capaz de ampliar o acesso à informação, uma vez que o *smartphone* e o acesso à internet têm-se popularizado. A utilização de tecnologias proporciona aos enfermeiros um constante processo de atualização-capacitação (SOUSA; et al., 2019). De acordo com a 30ª Pesquisa Anual de Administração e

Uso de Tecnologias da Informação nas Empresas, no Brasil existe atualmente cerca de dois dispositivos digitais por pessoa, incluindo smartphones, computadores, notebooks e tablets. (2019).

Uma das principais vantagens das intervenções em saúde por meio de aplicativos é que elas são facilmente acessíveis e utilizáveis, além de alcançarem diferentes segmentos da população (MUELLMANN; et al., 2016). Podem ser usados para orientar, informar, comunicar, lembrar, instruir e auxiliar os usuários para a construção de uma nova assistência à saúde (FERGUSON; et al., 2017).

No que diz respeito à parte inicial do aplicativo, destaca-se o tópico referente ao período Pré-operatório, que aborda os conceitos fundamentais sobre anatomia do sistema digestório, somando à explanação sobre as definições e classificações das estomias e efluentes.

Convém ressaltar os tópicos que possibilitam o conhecimento para os profissionais avaliarem os pacientes, quanto às características normais do estoma e pele periestomal, o processo de coleta de dados, por meio da entrevista, e o detalhamento de como realizar o exame físico.

No que se refere ao período Intra-operatório é possível observar o detalhamento acerca da segurança do paciente que será submetido à cirurgia geradora de estomia, tendo como base, a utilização do Protocolo de Cirurgia Segura recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, há a exposição das funções concernentes ao enfermeiro que atua no âmbito do Centro Cirúrgico.

Por conseguinte, o período Pós-operatório, traz pontos voltados para as principais complicações que podem ocorrer com os pacientes submetidos ao procedimento, além do mais, há o detalhamento das escolhas que podem ser feitas sobre equipamentos coletores ideais para cada paciente, somando ao ensino da técnica de limpeza da pele, troca e esvaziamento do coletor.

Ressalta-se ainda, a instrução minuciosa que é feita quanto ao processo de irrigação da colostomia, demonstrando os materiais que devem ser utilizados e a técnica que deve ser feita. Ademais, dois pontos fundamentais são explanados, o primeiro acerca da dieta que esse paciente deverá seguir, através de um aconselhamento nutricional e o segundo, quanto à compressão de aspectos básicos que o paciente precisará compreender antes da alta hospitalar.

Após a conclusão da intervenção educativa, o aplicativo traz um instrumento de avaliação da carga mental de trabalho, o NASA Task Load Index (NASA TLX). A carga mental de trabalho é condição de essencial importância ao se pesquisar aspectos cognitivos e psíquicos do trabalho. Ferramentas que proporcionam a dimensão da carga mental de trabalho engrandecem a análise ergonômica do trabalho mediante seu dimensionamento e estudo detalhado dos seus elementos (GRUGINSKI, et al 2017). O NASA-TLX apresenta seis demandas de mensuração da carga de trabalho: exigência mental, exigência física, exigência temporal, esforço total e frustração (CEZAR-VAZ, et al 2016)

Basto (2018) traz um estudo experimental de grupo controle pós teste, realizado com 127 graduandos de Enfermagem de duas Universidades públicas do nordeste do Brasil, revelando que tanto durante aula tradicional e uso do aplicativo StomApp, os graduandos de Enfermagem que participaram deste estudo tiveram o mesmo nível de satisfação com o desempenho, bem como a mesma demanda mental para realização das mencionadas tarefas.

Tendo em vista que quanto mais específico às informações contidas, mais confiante será a tomada de decisão (VÊSCOVİ; et al., 2017), são fundamentais na prática clínica, ferramentas que tornem mais forte o manejo clínico de estomias, como também reduzem os obstáculos e déficit dos enfermeiros em relação à prática clínica.

Os profissionais de saúde precisam acompanhar a evolução tecnológica e globalização que provocam mudanças ideológicas, culturais e sociais. O crescimento acelerado de conhecimentos e o volume de informações exigem que o profissional tenha capacidade de aprender e se adaptar rapidamente ao contexto atual, desenvolvendo habilidades e estratégias para prestar assistência baseada em evidências científicas e tecnológicas (AZEVEDO; FONTES; SANTIAGO, 2016).

O StomApp é uma inovação tecnológica na saúde que poderá beneficiar ao enfermeiro, a pessoa no período perioperatório de cirurgias geradoras de estomias intestinais e eliminação, aos serviços de Atenção à Saúde e ao Sistema Único de Saúde no enfrentamento da problemática.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O uso das tecnologias está cada vez mais frequente, ao passo que seu avanço tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores. A utilização de tecnologias no contexto da área da saúde é fundamental para melhoria da conduta profissional, sendo este um recurso que pode ser utilizado com aperfeiçoamento ou capacitação dos próprios profissionais.

O uso de aplicativo tanto por profissionais de saúde quanto pelos próprios pacientes ou familiares proporciona maior conhecimento acerca de sua doença e ensina as condutas corretas a serem tomadas. Isso de fato é um avanço enorme. O uso do aplicativo “StomApp” no ambiente acadêmico possibilitou aos discentes um aprendizado de forma dinâmica e interativa e proporcionou diversos conhecimentos que não seriam capazes de serem absorvidos em uma aula tradicional. É um aplicativo bastante útil e que deve ser utilizado sempre que for abordado o assunto de estomias.

Outrossim, o aplicativo sobre estomias intestinais de eliminação foi considerado pelos discentes como sendo um método de aprendizagem inovador, dinâmico e eficaz visto que além de apresentar boa usabilidade, fácil manuseio e linguagem acessível também dispõe de testes que auxiliam nesse processo, de forma a verificar o conhecimento adquirido.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da utilização de tecnologias no ensino como recursos auxiliar para a formação de enfermeiros e outros profissionais da saúde, uma vez que pode-se haver uma melhoria no que diz respeito a prática clínica sob uma ótica moderna.

## REFERÊNCIAS

AOKI, L.; PEREIRA, I. C.; MATAYOSHI, S. Estudo comparativo entre imagens de câmera fotográfica convencional e *smartphone* para o telediagnóstico de tumores palpebrais. *Rev Col Bras*, v. 46, n. 1, 2019.

AZEVEDO, D. M.; FONTES, F. C. H. S.; SANTIAGO, L. C. **Construção de um software protótipo para auxílio na terapia do paciente ortopédico em uso de anticoagulante.** *Rev Enferm UFPE online*, v. 10, n. 4, p.1240-1246, 2016.

BASTOS, S. N. A. M. N.; ANDRADE, E. M. L. R. Effect of mobile application on the mental work load of undergraduate nursing students/Efeito do uso de aplicativo móvel na carga mental de trabalho de graduandos em enfermagem/Efecto del uso de aplicaciones móviles en la carga mental. In: Anais do I Congresso Norte Nordeste de Tecnologias em Saúde. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº400 de 16 de novembro de 2009. Estabelecer Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Diário Oficial da União. Brasília (DF), 2009.

CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Carga de trabalho e fatores associados: estudo em porto marítimo do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 1-10, 2016.

FERGUSON, C., et al. **Selecting, appraising, recommending and using mobile applications (apps) in nursing.** *Journal of Clinical Nursing*. v. 26, p.3253–3255, 2017.

GERMANI, A. C. C. G. et al. O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) em experiências de pós-graduação sobre promoção da saúde no Brasil e na Costa Rica. *RevMed*, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 97-103, 2013.

GERMANI, A. C. C. G., et al. **O uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) em experiências de pós-graduação sobre promoção da saúde no Brasil e na Costa Rica.** *RevMed*, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 97-103, 2013.

GRUGINSKI, B. E.; et al. Aplicação de instrumentos de medida de carga mental de trabalho em publicações recentes no brasil. Enegep, Santa Catarina, 2017. Disponível em:<[http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN\\_STO\\_241\\_395\\_31417](http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_241_395_31417)> Acesso em: 20 de setembro de 2019.

MEIRELLES, F. S. **Pesquisa Anual de Administração e Uso de Tecnologias da Informação nas Empresas.** FGV/EAESP. 30<sup>o</sup>Y Ed, 2019.

MORAES, S. L. M., et al. **Uso de tecnologia médica nas práticas de enfermagem: análise de conceito.** *Aquichan*. v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

MUELLMANN, S., et al. **Eficácia das intervenções de Saúde para a promoção da atividade física em idosos: um protocolo de revisão sistemática.** *BioMed Central*, v. 5, p. 47, 2016.

PERES, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência E Competências Gerais Do Enfermeiro. **Text. Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, Florianópolis, 2006.

PINHEIRO, E. S.; NEVES, V. L. S.; ARAÚJO, S. N. M. **Liga de busca ativa de órgãos e tecidos:**

**relato de experiência de acadêmicos de enfermagem.** ReonFacema, v. 1, n. 2, p. 157-160, 2015.

RIBEIRO, W. A., et al. **Perfil de pacientes do núcleo de atenção à saúde da pessoa estomizada: na ótica sociocultural e econômica.** Revista Nursing, v. 22, n. 251, p. 2868-2874, 2019.

SILVA, C. R. D. T., et al. **Qualidade de vida de pessoas com estomias intestinais de eliminação.** Acta Paul Enferm, v. 30, n. 2, p. 144-151, 2017.

SOUSA, C. F.; SANTOS, C.; GRAÇA, L. C. C. **Construção e validação de uma escala de adaptação a ostomia de eliminação.** Revista de Enfermagem Referência, n. 4, p. 21-30, 2015.

SOUSA, C. S., et al. **Desenvolvimento de aplicativo de celular educativo para pacientes submetidos a cirurgias ortognática.** Rev. Latino – Am. Enfermagem. São Paulo, v.27, p.1- 9, 2019.

VÊSCOVI, S. J. B., et al. **Aplicativo Móvel para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus.** Acta Paul Enferm. v. 30, n.6, p. 607-613, 2017.

## FORMAÇÃO PARA A TRANSFORMAÇÃO: PRÁTICA COLABORATIVA E INTERDISCIPLINAR

### **Maria Angela Conceição Martins**

Universidade Federal de Mato Grosso,  
Departamento de Saúde Coletiva

Cuiabá – MT

### **Lúcia Stela Pessanha Lopes de Souza**

Residente em Gestão Hospitalar  
Hospital Universitário Júlio Muller

Cuiabá – MT

### **Maria Aparecida das Graças Correa Milhomem**

Secretaria Municipal de Saúde  
Cuiabá – MT

**RESUMO:** O trabalho conjunto entre os sistemas de saúde e educação, na perspectiva da ordenação de recursos humanos para a saúde, constitui peça central para a prática colaborativa e educação interdisciplinar. A prática constitui ferramenta importante para a mudança de modelos e sistemas de saúde fragmentados, uma vez que torna possível a partir da formação a aproximação de cursos diversos, da saúde, estar atuando na perspectiva dessa transformação. Nesse contexto o ensino em serviço e a interdisciplinariedade oportunizam espaço para essa construção coletiva. O relato aponta o encontro entre o campo teórico e a prática, durante o estágio da graduação em Saúde Coletiva, as principais metodologias utilizadas e sua operacionalização.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde coletiva; interdisciplinariedade; Sistema único de saúde.

### TRAINING FOR TRANSFORMATION PRACTICE COLLABORATIVE AND INTERDISCIPLINARY

**ABSTRACT:** The joint work between the health and education systems, from the perspective of the organization of human resources for health, is a centerpiece for collaborative practice and interdisciplinary education. The practice is an important tool for changing models and fragmented health systems, since it makes possible from the training to approach different courses, health, be acting in the perspective of this transformation. In this context, in-service teaching and interdisciplinarity provide space for this collective construction. The report points to the meeting between the theoretical and practical fields, during the undergraduate stage in Collective Health, the main methodologies used and their operationalization.

**KEYWORDS:** Public health; interdisciplinarity; Health Unic System.

### 1 | INTRODUÇÃO

O desafio de formar profissionais de saúde, em especial para o Sistema Único de Saúde, no Brasil, suscita entre outros motivos

e medidas, a criação de curso e de graduação em saúde coletiva, ação que integra o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) do Brasil, sendo apoiada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), através do Decreto 6.096, de 24 de abril de 2007 (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, em 2010, da Universidade Federal de Mato (UFMT), através do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), concretiza a abertura de vagas e início para a nova graduação em paralelo ao início do curso em diversas regiões do país, que historicamente formavam apenas especialistas em saúde coletiva (UFMT, 2013).

O estágio supervisionado curricular em saúde coletiva (graduação em saúde coletiva), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), teve sua primeira experiência em campo, no ano de 2013 com a entrada de alunos no âmbito municipal da gestão do sistema único de saúde (SUS). Em 2015 o estágio estendeu-se para a gestão estadual e em 2017, para a esfera federal, por meio do Hospital Universitário Julio Muller (UFMT, 2013).

A colaboração interinstitucional entre a UFMT, a SES e a SMS de Cuiabá torna possível a realização do trabalho em rede permitindo a concretização da colaboração das formações na perspectiva interdisciplinar. Esse contexto confere a formação, a valorização do trabalho em equipe, fortalecendo vínculos, otimizando processos de trabalho em saúde e contribuindo para a melhoria da gestão e da atenção em saúde (AGUILAR-DA-SILVA et al., 2011).

A formalização do estágio é feita mediante termo de convênio firmado entre prefeitura de Cuiabá e UFMT para o desenvolvimento de estágios e práticas aos cursos de saúde nas unidades da Secretaria de Saúde de Cuiabá, nelas inclusas unidades básicas de saúde (UBS), policlínicas, unidades de pronto atendimento (UPAs) e o nível central. Para o estágio na Secretaria Estadual de Saúde, foi elaborada portaria normatizando as atividades para a área meio. Tanto SMS quanto SES encontram-se em fase de elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública ensino e serviço (COAPES) que passará a reger as práticas e estágios, quando finalizada sua pactuação.

Na primeira aproximação com o campo, dois grandes desafios foram postos aos professores supervisores, ao colegiado e coordenação do curso: inserir o graduando na área meio, ou seja, na gestão dos serviços e sistemas, uma vez que historicamente, é a área finalística a grande receptora de estágios. Nesse contexto a grande questão era: o que um estagiário em saúde coletiva tem como atribuição na área meio? A outra grande inquietação e desafio era construir um cenário para que o graduando pudesse atuar a partir dos saberes acumulados nos três anos do curso, nas ciências sociais, políticas, planejamento, gestão epidemiologia, nesse espaço que é a gestão do sistema.

Para gestores e técnicos dos campos, era clara a inserção dos estagiários nas áreas diretas de atenção e cuidado em saúde, refletindo a tradição dos saberes das ciências biomédicas. Conceber um estagiário que se propusesse a refletir, planejar e

analisar de forma macro sistêmica a condução das políticas de saúde parece utópico, especialmente em uma realidade onde a prática e a teorização estão apartadas entre si e a execução e a concepção não dialogam na maioria das vezes.

Para a superação dessas dificuldades, que, diga-se de passagem, permanecem, não parece haver alternativa que não seja a de dialogar diariamente com técnicos, gestores e estagiários e construir a cada contato e visita da supervisão, possibilidades de colocar em cena o graduando em saúde coletiva e seus saberes a fim de contribuir na construção desse projeto, plano e estratégia que é a Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2013).

É ainda no cotidiano dos estagiários em campo que se opera o ensino profissional em saúde, na potência das trocas, nas construções de novos saberes e principalmente na re-significação do fazer em saúde, seja finalístico ou intermediário, que se fortalece o processo de trabalho e possibilita um horizonte para a graduação em saúde coletiva e sua contribuição na saúde pública (OMS, 2010).

Por outro lado, pensar o sanitarista incluído efetivamente no mundo do trabalho em saúde, não é tarefa das menores, exigindo a articulação de políticas de força de trabalho para o SUS nos três entes da federação. Nesse sentido, tanto direção do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) quanto coordenação da graduação envolveram-se técnica e politicamente em espaços de debate acerca da inserção dos profissionais sanitaristas, no âmbito do SUS municipal e estadual, através de reuniões com o executivo e o parlamento municipal e estadual.

## 2 | O ESTÁGIO SUPERVISIONADO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

O estágio supervisionado curricular do oitavo e último semestre da graduação contabiliza um total de 240hs com perspectivas de mudança no projeto político pedagógico do curso onde passará a perfazer um total de 400hs. Os professores supervisionam no máximo 10 alunos que podem estar distribuídos em campos e horários distintos nas esferas municipal, estadual e federal. Para o quadro de professores supervisores a experiência técnica agregada à docência tem sido fator importante para a condução do estágio para a efetiva aproximação com as equipes técnicas dos locais que recebem os estagiários (UFMT, 2013).

Como opção metodológica para o estágio, utilizamos a problematização e o arco de Maguerez citado por BERBEL (1998). Esta proposta constitui-se em cinco etapas: observação da realidade (problema) → pontos chave → teorização → hipóteses de solução → e aplicação à realidade. Para responder as etapas da problematização, o estagio organiza-se didaticamente em tempos distintos que se correlacionam com as etapas do arco de Maguerez:

**Solicitação formal dos espaços de estágio:** Anteriormente a entrada no campo

de estágio, é oficializada às Secretarias de Estado e Municipal, de Mato Grosso e Cuiabá, respectivamente, através do envio de planilhas com número, nome, horário dos alunos e os locais de estágio a serem utilizados. As solicitações são enviadas aos locais de estágio pretendidos e averiguadas as possibilidades de inserção dos alunos

**Primeira visita do professor supervisor ao campo:** Antes do início do semestre, o professor supervisor de estágio realiza uma primeira visita aos campos solicitados anteriormente e junto à equipe técnica define horários, dias e principais inserções possíveis aos estagiários. Esse momento é de suma importância, pois devido a rotatividade da equipe técnica torna-se necessário esse novo encontro para a definição das estratégias do estágio a ser realizado. Nesse momento o professor supervisor informa-se quanto aos principais instrumentos de gestão em vigor e seleciona o que será utilizado pelos alunos antes da entrada em campo.

**Reunião com os estagiários:** A primeira reunião com o grupo de estagiários a dar entrada no campo ocorre na primeira semana do semestre, onde são dialogadas as principais pautas: regulamentação do estágio (frequência, normas e avaliação) e a divisão dos alunos por campo que segue a afinidade de cada aluno e a disponibilidade da área técnica. Nesse momento, são disponibilizados aos alunos instrumentos de gestão do município e do estado para que estudem e utilizem em sua rotina, em paralelo, são solicitados ensaios teóricos sobre os desafios da gestão em saúde a partir de referências próprias da saúde coletiva.

**Primeiro contato entre estagiários, técnicos e professor supervisor:** Os alunos são apresentados a equipe técnica da SMS e SES, junto ao professor para uma primeira aproximação, reconhecimento do espaço e condições para o estágio e funcionamento do setor a ser estagiado. Nesse encontro são discutidas as limitações e conquistas na relação entre ensino e serviço a partir do estágio supervisionado e pautada as possibilidades de atuação do estagiário na equipe.

**Pactuação das atividades:** Em um segundo momento, normalmente no fim da primeira semana de aula, inicia-se o processo de pactuação da principal atuação e atividades a serem desenvolvidas pelo estagiário, que podem ser em continuidade as anteriores realizadas pelo aluno que estagiou ou nova atividade a depender da realidade do local, necessidade da equipe. É importante ressaltar que a riqueza do estágio não se dá no “produto” a ser executado e sim na capacidade de perceber e construir um mapa mental de correlações entre a teoria acumulada e a prática vivenciada no estágio, ou seja, o que se vê sob as lentes da saúde coletiva e quais as possibilidades de contribuição sob a condução do sanitarista. De toda forma, procura-se definir minimamente uma inserção concreta dos alunos em atividades de rotina, como análise de indicadores ou elaboração de projetos e definição de políticas.

**Seminários teóricos:** Quinzenalmente os estagiários apresentam, em reunião coletiva, os principais pontos do estágio em andamento, que de forma geral, obedece a seguinte estrutura: missão do local estagiado e a posição na estrutura organizacional,

atribuições do setor, instrumentos de gestão utilizados, aspectos relevantes da cultura organizacional, desenvolvimento das ações e quais as possíveis inserções do profissional sanitário no local estagiado.

**Devolutiva para a equipe técnica do local estagiado:** ao término de cada semestre, estagiários e professores supervisores reúnem-se com a equipe técnica do setor estagiado, na SMS ou SES, e apresentam os resultados do estágio, ou seja, as principais ações desenvolvidas e principalmente apontamentos relativos a atuação do sanitário no campo estagiado.

**Processo avaliativo:** a avaliação é feita parcialmente junto ao estagiário e professor supervisor e dialogada as possibilidades de melhorias e os pontos fortes observados à luz dos objetivos pretendidos. Ao final do semestre, é feita avaliação final do estagiário, pelo professor supervisor e pelo técnico onde o estágio realizou-se. Após a avaliação, professores e técnicos reúnem-se, individualmente, com cada aluno e fazem a devolutiva da avaliação que em suma contem critérios como assiduidade, iniciativa, criatividade, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento técnico científico.

**Aula transição:** Esse é o momento inicial do estágio do oitavo semestre e ocorre entre estagiários, que terminam suas atividades em campo, e os próximos que irão adentrar o campo de estágio, mediados e orientados pelos professores supervisores. A idéia inicial é que os próximos alunos apropriem-se dos trabalhos desenvolvidos e ambientem-se com o local a serem inseridos. A idéia central, porém, é a “transição” (grifo nosso) propriamente dita, simulando troca de gestão e dessa forma deixando claro o compromisso e responsabilidades de que antes de saírem os alunos devem estabelecer elo com os próximos e assim garantir a continuidade das ações. Essa etapa dialoga diretamente com a própria condução da gestão pública em saúde como forma de demonstrar aos alunos que essa etapa é condição de suma importância, uma vez que a rotatividade de gestores e técnicos mantém relação direta com a descontinuidade nas políticas de saúde. Os principais temas abordados na aula transição são: estrutura organizacional do local, missão, aspectos do planejamento, principais instrumentos de gestão utilizados para a condução da ação, características da cultura organizacional, trabalho em equipe, produtos e ações desenvolvidas e por fim um breve ensaio das principais atribuições do futuro sanitário naquele espaço.

## 2.1 O graduando em saúde coletiva na saúde mental

A coordenação de saúde mental, onde os estagiários estão inseridos na estrutura organizacional, situa-se na Rede Assistencial em Saúde Mental (CERASM), que compõe a Diretoria Técnica de Atenção Secundária da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS/Cuiabá). A CERASM tem a missão de planejar, coordenar, monitorar e avaliar assistência em saúde mental (transtornos mentais e usuários de Álcool, crack e outras drogas) a crianças, adolescentes e adultos no município

de Cuiabá, conforme diretrizes oficiais nacionais, estaduais e municipais, tanto no campo da ciência como no campo legal, (MATO GROSSO, 20110; MATO GROSSO, 2011; AMARANTE, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; CUIABÁ, 2014)

A equipe técnica dessa Coordenação busca manter a direção das ações na perspectiva da atenção psicossocial e concebendo o trabalhador da saúde um operador do trabalho vivo em ato, ou seja, no seu cotidiano, o trabalhador realiza ações que estão em seu domínio e assim é um transformador da realidade por excelência (MERHY, 1997).

Nessa perspectiva, concebe-se o homem como ser histórico, que se constrói no espaço social. Logo, acredita-se no protagonismo dos trabalhadores e, por conseguinte tenta-se imprimir essa mesma lógica de atuação no trabalho em saúde mental junto aos acadêmicos que se beneficiam do espaço de ensino/aprendizagem oferecido na CERASM (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para melhor compreender o trabalho da CERASM, os serviços de saúde que fazem atendimento em saúde mental no município de Cuiabá estão assim dispostos:

CAPS I (01): Atende adultos com transtornos mentais graves;

CAPS II (01): Atende adultos com transtornos mentais graves;

CAPS AD II Infanto-Juvenil: Atende crianças e adolescente até 18 anos com problemas decorrente do uso de álcool e outras drogas;

CAPSi; Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves;

CAPS AD II ADULTO Atende adultos com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas

UNIDADE DE INTERNÇÃO/CIAPS Adauto Botelho (01):Internação para adultos com transtornos mentais graves e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas

AMBULATÓRIOS (04): Atende adultos com transtornos moderados psicóticos, neuróticos ou de humor:

AMBULATÓRIO INFANTO – JUVENIL (02): Atende crianças e adolescentes com transtornos psicóticos, neuróticos ou de humor;

RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS (06): Moradia para pessoas oriundas de internação de longa permanência nos hospitais psiquiátricos ;

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO ( 02): Atendimentos de urgências e emergências em saúde mental (transtornos e/ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas).;

PRONTO ATENDIMENTO EM POLICLINICAS( 04); Atendimentos de urgências e emergências em saúde mental (transtornos e/ou problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas);

EQUIPE CONSULTÓRIO NA RUA (01): Atende pessoas que vivem na rua estão em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados;

EQUIPE DE NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) (01):

Realiza apoio matricial para 08 Equipes de Saúde da Família;

SERVIÇO MÓVEL DE URGENCIA (SAMU) Realiza atenção pré hospitalar e transporte seguro para unidades de saúde;

Com a missão já mencionada e com a estrutura de serviço existente, a partir do ano de 2013, a CERASM tem incluído em sua rotina de trabalho alguns estagiários do Curso de Saúde Coletiva/UFMT, experiência esta que tem sido importante para a equipe, pois a partir de então se detecta possibilidades locais de crescimento do fazer em saúde por meio dos processos de trabalho na gestão dos sistema de saúde, que resumidamente pode-se apontar:

1. Enfoque do referencial da reforma sanitária atrelada ao referencial da mudança de modelo assistencial em saúde mental. Os dois movimentos paradigmáticos, que nasceram juntos, se apoiam um ao outro de forma a sustentar as transformações necessárias;
2. Ampliação das ações de educação em saúde, pois o processo de inclusão do estagiário na equipe suscita outras atividades, principalmente as de educação permanente;
3. Visão interdisciplinar que o estagiário/estudante de saúde coletiva traz, não sendo o perfil encontrado nas equipes multi e interdisciplinar de práxis no campo saúde;
4. Reconhecimento da versatilidade de atuação do profissional de saúde coletiva e, isto é imprescindível no campo da saúde mental, considerando as seguintes ferramentas de trabalho: equipe interdisciplinar, estudo de caso, acolhimento, projeto terapêutico singular e global, etc.

O cenário atual de serviços e ações em saúde mental existente e as perspectivas futuras pactuadas conforme Cuiabá (2014), não prescinde do profissional de saúde coletiva junto a sua força de trabalho, haja vista que o processo de mudança de modelo assistencial vivido, exige novas equipes compostas também por trabalhadores que fogem à lógica da especialidade e que se utilizam com mais propriedade das ciências sociais, políticas, planejamento e epidemiologia visando a gestão do sistema de saúde brasileiro.

## 2.2 O graduando em saúde coletiva nas vigilâncias em saúde

ASES-MT, como gestora do Sistema Único de Saúde, tem entre as suas principais funções a definição de políticas, o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde. Tem como missão “garantir o direito à saúde enquanto direito fundamental do ser humano e prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Estado de Mato Grosso” (SES-MT, 2017).

Os alunos foram inseridos na Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica,

ligada à Superintendência de Vigilância em Saúde, a qual engloba ainda outras três coordenadorias: Vigilância Sanitária, Vigilância da Saúde Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador. A Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica, por sua vez, está dividida em Gerência de Vigilância em Doenças e Agravos Endêmicos; Gerência de Vigilância em Doenças imunopreveníveis; Gerência de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis; Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica e Gerência do Serviço de Verificação de Óbitos (SES-MT, 2017).

Para definição do plano de trabalho de cada estagiário, o professor supervisor juntamente com a equipe técnica, selecionou atividades relacionadas à gestão, a partir de uma análise conjunta dos problemas apresentados pelas gerências, pelos técnicos, pelas diretrizes dos instrumentos de gestão da SES/MT e a necessidade pedagógica dos estagiários. Sendo assim, foram definidas as seguintes inserções: Gerência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis: Os estagiários realizaram Diagnóstico Situacional das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) de acordo com a divisão por regiões do estado, totalizando 16 regionais de saúde. Para essa atividade os estagiários utilizaram-se de sistemas de informação, indicadores em saúde e reuniram-se com técnicos da área. Após apresentação do diagnóstico final, feita pela equipe técnica junto com estagiários e professores supervisores foi disponibilizado o diagnóstico, aos Escritórios Regionais de Saúde, como insumo para a tomada de decisões de gestores e técnicos, dos municípios, para o enfrentamento dos fatores determinantes das DANT.

Gerência de Informação, Análise e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica: a atuação do estagiário consistiu na elaboração de um manual de operação do Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), para preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos (DN), considerando problemas identificados nas existentes notificações nos municípios. A ação propiciou ao estagiário verificar a intersectorialidade das ações, pois a elaboração do material deu-se a partir de reuniões com equipes de saúde, escritórios regionais e cartórios, que apontaram as dificuldades quanto às notificações de nascidos vivos e o preenchimento das DN.

Vigilância em Doenças e Agravos Endêmicos: O monitoramento dos casos de Dengue no estado de Mato Grosso foi definido como sendo um problema a ser enfrentado por essa gerência. Como estratégia, o estagiário junto a equipe, elaborou um Diagrama de Controle, com as informações acerca dos fluxos para facilitar e padronizar o monitoramento.

Na Gerência de Vigilância em Doenças Imunopreveníveis, foi definida a realização de um levantamento e análise da cobertura vacinal para as 16 regiões de saúde do estado a ser socializada posteriormente e a partir desse estudo mapear os principais fatores que levam ao não atingimento das metas de vacinação e assim traçar medidas corretivas de acordo com cada regional e suas especificidades locais.

Os alunos ainda tiveram oportunidade de acompanhar a equipe em trabalhos externos, tais como reuniões, fóruns, etc., principalmente para compreender como se dá a intersectorialidade para enfrentamento dos determinantes da saúde relacionados às causas externas de morbidade e mortalidade.

### 3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio supervisionado em saúde coletiva permitiu o encontro da prática e das teorias acumuladas, durante a graduação, dessa forma re-significando o conhecimento.

A inserção dos estagiários e professores supervisores contribuiu também para a construção do campo de atuação do sanitarista, estreitando as relações ensino e serviço e fomentando a necessidade de inserção desse novo profissional junto ao Sistema Único de Saúde de modo a contribuir para a Reforma Sanitária Brasileira, em curso.

O encontro entre ensino e serviço mostrou-se potente para a melhoria dos processos de gestão, através da construção contínua e diária entre professores, alunos, técnicos e gestores, dessa forma, sendo também a universidade parceira no processo de elaboração de políticas e gestão em saúde.

### REFERÊNCIAS

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interdisciplinar no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação, Campinas; Sorocaba, SP**, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: \_\_\_\_\_. (Coord.). Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Ed. NAU: Rio de Janeiro: 2003.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. **Interface**, Botucatu, v.2, n. 2, p. 139-154, Feb, 1998. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432831998000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432831998000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11 Agosto 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. amp. Brasília: 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**: relatório de gestão 2003-2006. Brasília, 2007.

BRASIL, Decreto nº 6.096, DE 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm)> Acesso em 12/08/2017.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, Jun 2004.

CUIABÁ. Decreto Municipal nº 4232 de 17 de novembro de 2004. Institui o Programa Municipal de

Saúde Mental. **Diário Oficial do Município de Cuiabá**, Cuiabá, 2004.

CUIABÁ. Resolução nº 075 de 07 de outubro de 2014, que aprova o Plano Municipal da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial do Município de Cuiabá**, Cuiabá.

KHERIG R. T. et al. Aproximações à institucionalidade, governança e gestão na regionalização da saúde. In: SCATENA, J. H. G. et al. (orgs). **Regiões de Saúde-Diversidade e processo de regionalização em Mato Grosso**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 47-83.

MATO GROSSO. CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DE MATO GROSSO, 2010, **Relatório Final**. Cuiabá: 2010. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/noticia/2/arquivo/191110161618-SES-MT-A-capa-conferencia-saude-mental.pdf>> Acesso em 12/08/2017.

MATO GROSSO. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO. Resolução Nº 14 de 11 de dezembro de 2011. Aprova a POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL. **Diário Oficial do estado de Mato Grosso**, Cuiabá, 16 de dezembro de 2011. P. 60-63.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades**. São Paulo: 1992.(Cadernos CEFOR-Textos 1).

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-60.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para ação em educação interdisciplinar e prática colaborativa**. Genebra, Suíça, 2010.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**.2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SES-MT: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/institucional>. Acesso em julho/2017.

UFMT, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO. Instituto de Saúde Coletiva. Coordenação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Projeto Pedagógico do curso de Graduação em Saúde Coletiva, 2013.146 p.

## IDENTIFICAÇÃO DE VARIAÇÕES ANATÔMICAS NAS ARTÉRIAS RENAIIS E SUAS REPERCUSSÕES CLÍNICAS-CIRÚRGICAS

### **Bruno José Santos Lima**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Matheus Souza Nogueira**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju - Sergipe

### **Juciele Valéria Ribeiro de Oliveira**

Universidade Federal da Bahia, Departamento de  
Biomorfologia  
Salvador - Bahia

### **Leonardo Santos Melo**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Maylla Fontes Sandes**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Angela Santos Lima**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Rodolfo Kalil de Novaes Santos**

Instituto Metropolitano de Ensino Superior,  
Departamento de Medicina  
Ipatinga – Minas Gerais

### **Antônio Vinícius Pimentel Lima**

Universidade Federal de Sergipe, Departamento  
de Medicina

Lagarto - Sergipe

### **Catharina Garcia de Oliveira**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Débora Silva Pereira**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Ana Isabel Machado de Freitas**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

### **Gabriel Dantas Lopes**

Universidade Tiradentes, Departamento de  
Medicina  
Aracaju – Sergipe

**RESUMO:** A deficiência no desenvolvimento das artérias mesonefréticas resulta em mais de uma artéria renal e cada uma delas tende a ser um vaso terminal, responsável pela irrigação do segmento renal para onde se dirige. O presente trabalho verificou a anatomia das artérias renais, bem como suas variações, repercussões na fisiologia renal e aplicabilidade clínica-cirúrgica. Foram utilizadas 54 peças anatômicas de humanos, sendo um cadáver e vinte e seis fetos. Foi dissecada a irrigação renal em cadáver feminino, caucasiano, de

aproximadamente 50 anos de idade. Os fetos avaliados possuíam idade gestacional variando de 14 a 26 semanas. O preparo das peças foi feito no Laboratório de Anatomia da Universidade Tiradentes de Aracaju, Sergipe. Em 8 rins houve variações anatômicas da artéria renal. 4 foram encontradas no rim direito e a outra metade no rim esquerdo. Em quatro rins de fetos, a nutrição do rim direito proveio a partir de duas artérias renais com emergências distintas na aorta. Em três rins esquerdos de feto, a irrigação renal constituiu-se por um sistema de duas artérias renais, proveniente da aorta abdominal. Em um único espécime, houve variação unilateral do sistema arterial renal esquerdo triplamente irrigado em cadáver adulto. Entre as principais repercussões clínico-cirúrgicas, é possível associar à hemorragia por lesão cirúrgica, hipertensão arterial, hidronefrose, contraindicação relativa a cirurgias intra-renais, estenoses, entre outros.

**PALAVRAS-CHAVE:** Variação anatômica, Artéria renal, Vascularização, Anatomia humana.

## IDENTIFICATION OF ANATOMIC VARIATIONS IN RENAL ARTERIES AND THEIR SURGICAL AND CLINICAL REPERCUSSIONS

**ABSTRACT:** Deficiency in the development of mesonephric arteries results in more than one renal artery and each tends to be a terminal vessel, responsible for irrigation of the renal segment to which it is directed. In addition, the persistence of the embryonic irrigation pattern may be associated with anomalous kidney development and ectopia of the kidney. The adáver study verified the anatomy of the renal arteries, as well as their variations, repercussions on renal physiology and clinical-surgical applicability. 54 human anatomical pieces were used, one corpse and twenty-six fetuses. Renal irrigation was dissected in a female adáver, Caucasian, approximately 50 years old. The evaluated fetuses had a gestational age ranging from 14 to 26 weeks. The preparation of the pieces was done at the Anatomy Laboratory of Tiradentes University of Aracaju, Sergipe. In 8 kidneys there were anatomical variations of the renal artery. 4 were found in the right kidney and the other half in the left kidney. In four kidneys of fetuses, the right kidney nutrition came from two renal arteries with distinct emergencies in the aorta. In three left fetal kidneys, renal irrigation consisted of a system of two renal arteries from the abdominal aorta. In a single specimen, there was unilateral variation of the left renal artery triplamente irrigado in adult corpse. Among the main clinical and surgical repercussions, it's possible to associate with hemorrhage due to surgical injury, arterial hypertension, hydronephrosis, intra-renal surgeries, stenosis, among others.

**KEYWORDS:** Anatomical variation, Renal artery, Vascularization, Human anatomy.

### 1 | INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos excretadores integrantes do sistema urinário, presentes nos humanos aos pares, são avermelhados e faseoliformes. Estão localizados antero e lateralmente em relação à coluna vertebral, entre o peritônio e a parede posterior da cavidade abdominal. São irrigados por uma artéria renal proveniente

da aorta abdominal, e drenados por uma veia renal, de calibre maior que a artéria correspondente, para a veia cava inferior. Entretanto, as artérias renais possuem variações anatômicas (LATARJET; LIARD, 2004)

A vascularização do rim primitivo (pronefro, mesonefro e metanefro) tem origem em um grupo de artérias que partem da superfície lateral da aorta abdominal. Durante a migração superior do rim para a região lombar, diversos ramos arteriais envolvem e uma artéria principal (ou hilar) irrigará o parênquima renal. Embora exista um processo de involução sequencial destas estruturas, as artérias mais caudais, localizadas entre o 10º segmento torácico e o 3º segmento lombar, podem persistir no rim já formado, dando origem a artérias polares inferiores e superiores (PÉREZ, et al., 2013; SAMPAIO, PASSOS, 1992).

Segundo o padrão dito normal, os rins são supridos por uma única artéria renal principal, também chamada de hilar, com origem na aorta abdominal, ao nível de L1 e L2 (STRANDING, 2009), que se divide próximo ao hilo em dois, três ou quatro ramos, para irrigarem as diversas regiões renais. Em geral, a artéria renal principal possui comprimento de 4 a 6 cm e diâmetro de 5 a 6 mm. Contudo, essa descrição clássica ocorre em menos de 25% dos casos (PALMIERI et al., 2011).

Nas descrições anatômicas clássicas, cada rim é suprido por uma única artéria, denominada renal principal, com posição e trajeto relativamente constantes até formar o hilo. Sua origem é na aorta abdominal entre os níveis de L1 e L2. Geralmente, a artéria renal direita, em adultos, apresenta trajeto de cerca de 5cm e a esquerda, de aproximadamente 7cm. Ambas se dividem nas proximidades do hilo em dois, três ou quatro ramos terminais, e a maioria deles passa anteriormente à pelve renal. De cada artéria renal, origina-se uma ou mais artérias suprarrenais inferiores, um ramo para o ureter, além de diversos ramos para o tecido adjacente e retroperitônio (LATARJET; LIARD, 2004; GARDNER; O'RAHILLY, 1986).

A deficiência no desenvolvimento das artérias mesonefréticas resulta em mais de uma artéria renal e cada uma delas tende a ser um vaso terminal, responsável pela irrigação do segmento renal para onde se dirige. Portanto, a interrupção do fluxo sanguíneo pela lesão ou ligadura dessas artérias provoca isquemia e necrose do parênquima, levando à exclusão do segmento renal correspondente. Além disso, a persistência do padrão de irrigação embrionário pode associar-se ao desenvolvimento renal anômalo e ectopia do rim (SEBBEN et al, 2011).

O presente trabalho pretende verificar a formação anatômica dessas artérias, bem como suas variações, repercussões na fisiologia renal e aplicabilidade clínica-cirúrgica.

## 2 | METODOLOGIA

Foram utilizados nesta pesquisa 54 peças anatômicas de humanos, sendo um

cadáver e vinte e seis fetos. Avaliou-se 54 rins e suas respectivas artérias e veias renais, parte abdominal da artéria aorta e veia cava inferior, retirados de indivíduos de ambos os sexos, pertencentes a grupos étnicos diferentes. Foi dissecada a irrigação renal em cadáver feminino, caucasiano, de aproximadamente 50 anos de idade. Os fetos avaliados possuíam idade gestacional variando de 14 a 26 semanas segundo tabela adaptada de SNIJDERS, NICOLAIDES (1994). A causa do óbito não se relacionou com o trato urinário em nenhum dos fetos e cadáver. O preparo das peças foi feito no Laboratório de Anatomia da Universidade Tiradentes de Aracaju, Sergipe.

### 3 | RESULTADOS

A amostra analisada abrange um total de 54 rins analisados. Em 8 rins (14,8%) houve variações anatômicas da artéria renal. Destas, 4 (50%) foram encontradas no rim direito e a outra metade no rim esquerdo.

Em quatro rins de fetos (7,4%), a nutrição do rim direito proveio a partir de duas artérias renais com emergências distintas na aorta. Em três rins esquerdos de feto (5,5%), a irrigação renal constituiu-se por um sistema de duas artérias renais, proveniente da aorta abdominal.

Em um único espécime (1,8%), houve variação unilateral do sistema arterial renal esquerdo triplamente irrigado em cadáver adulto. A variação constituiu-se de uma artéria principal e duas acessórias, todas originárias da artéria aorta, duas entrando no rim pelo seu hilo, no caso, a principal com uma das acessórias, e a outra artéria acessória entrando pelo polo superior.

### 4 | DISCUSSÃO

Gray (1988) descreve a incidência de variação anatômica no sistema renal, ou seja, reconheceu a presença de artéria renal acessória em 23% da população geral, enquanto Moore (2016) relata o percentual de 25%, o que difere dos achados em cadáveres brasileiros presentes neste estudo, que foi de 14,2%, inferior à literatura clássica estrangeira.

SEBBEN (2011) encontrou uma incidência de 46,7% nos 15 cadáveres utilizados, maior que a literatura em geral. As origens das variações das artérias renais acessórias foram predominantes nas originárias da artéria aorta, com incidência de 85,7%, e em apenas um caso originou-se da artéria renal esquerda. O estudo manteve a predominância, visto que 100% das artérias acessórias foram originárias da artéria aorta.

Em estudos, Palmieri et al. (2011), observaram, através de 100 angiotomografias computadorizadas dos rins, sendo 50 de pacientes do sexo masculino e 50 do sexo feminino, múltiplas artérias em 61,5% dos pedículos renais estudados, sendo 56%

dos rins direitos e 67% dos esquerdos. Já nos 54 rins analisados em laboratório, os 8 rins variantes apresentaram 50% de artérias acessórias em rim direito e 50% em rim esquerdo.

Aparentemente, como enunciado por Palmieri et al. (2011), as variações anatômicas das artérias renais não interferem na função do órgão e devem ser diferenciadas de anomalias ou malformações vasculares, que provocam distúrbios funcionais e sistêmicos, ocasionalmente graves. Não obstante, uma complicação grave de manipulação percutânea e operações intra-renais pode ocasionar a lesão de um grande vaso sanguíneo, com conseqüente hemorragia interna (SAMPAIO, ARAGÃO, 1990). A sobrevida dos fetos e do cadáver adulto analisados poderia depender, em caso diverso de necessidade de operação intra-renal, de um estudo pré-operatório da anatomia do rim no estabelecimento da conduta terapêutica mais adequada e da decisão da tática operatória.

A presença de múltiplas artérias renais, assim como o padrão de suas divisões pré-hilares devem ser avaliados, devido à importância em relação à irrigação renal e por influenciar nos planos de dissecação e acesso ao hilo renal. Além disso, deve-se investigar a coexistência de múltiplas artérias renais que pode estar associada a outras condições patológicas renais subjacentes, como a hipertensão arterial e outras variações anatômicas urovasculares, como a presença de artéria polar inferior originada na aorta e com trajeto retroureteral na etiologia da hidronefrose (PALMIERI et al., 2011; KEM et al., 2005; SEBBEN et al., 2011). No estudo, os cadáveres não corresponderiam à etiologia da hidronefrose, visto que 100% dos rins variantes apresentaram, como acessória, artéria polar superior. Ainda assim, haveria susceptibilidade a outras repercussões clínicas renais, como a hipertensão arterial.

Na embriogênese dos rins há a degeneração de vasos mais inferiores por causa da sua ascensão, muitos desses vasos remanescentes darão origem às variações anatômicas das artérias e veias renais, o que cria diversos tipos de combinações para variantes, pois o processo se dá de um modo aleatório, o que faz importante o estudo dessa variável anatomia para cirurgias e radiologias. (MOORE; PERSAUD; TORCHIA, 2016).

Segundo David Shigueoka (2016), a avaliação do doador vivo para transplante renal, candidato a nefrectomia laparoscópica, representa uma das principais indicações de estudo pré-operatório das artérias renais. O rim esquerdo é mais comumente utilizado, em virtude de maior facilidade técnica e do pedículo venoso mais longo. Raramente, as variantes anatômicas das artérias renais constituem contraindicação absoluta na realização do transplante, porém, um número maior que três artérias é considerado limitante. A bifurcação precoce da artéria renal, isto é, a emergência de ramos segmentares a cerca de 1,5–2,0 cm da sua origem, observada em 13% dos pacientes por Munnusamy et al. (2016), limita a anastomose vascular no receptor, e a ligadura eventual de artéria polar superior, com calibre menor que 2 mm, pode ser realizada sem isquemia significativa do enxerto.

Outra indicação importante consiste na avaliação de candidatos ao tratamento endovascular de aneurismas da aorta, com próteses aórticas fenestradas ou ramificadas. Além da localização e calibre das artérias hilares, a presença de artérias polares deve ser conhecida de modo a prever eventual dano renal, embora possa ser aceito sacrificar-se artéria polar de pequeno calibre que possa ser obliterada pela prótese, desde que seja mínimo o segmento isquêmico do rim (DAVID SHIGUEOKA, 2016).

O estudo pré-operatório da anatomia arterial do rim permite prever a maioria dos padrões de distribuição destas. Acredita-se que, o conhecimento prévio das variações anatômicas das artérias renais, antes de decidir-se a tática operatória, pode prevenir acidentes ou condutas terapêuticas inadequadas (PALMIERI, et al. 2011).

Além disso, a variação pode ser fator de risco para repercussões clínicas evidentes, a exemplo da hipertensão renovascular, uma elevação da pressão arterial decorrente de oclusão parcial ou completa de uma ou mais artérias renais ou de seus ramos. Geralmente é assintomática, a menos que tenha longa duração. A doença renovascular é uma das causas mais comuns de hipertensão curável e é responsável por < 2% de todos os casos de hipertensão. Estenose ou oclusão de uma ou ambas as artérias renais principais, artéria renal acessória ou qualquer um dos seus ramos pode causar hipertensão pela estimulação da liberação de renina das células justaglomerulares do rim comprometido (Oclusão e estenose da artéria renal). A área do lúmen arterial deve estar diminuída em  $\geq 70\%$  e um gradiente pós-estenótico significativo deve estar presente antes que provavelmente a estenose contribua para uma elevação da PA (GEORGE BAKRIS, 2014).

Se o número de hipertensos no mundo ultrapassou 1 bilhão em uma população de 7,5 bilhões, segundo estudo publicado na The Lancet (2016), e desses, cerca de 20 milhões possuem hipertensão renovascular, segundo George Bakris (2014), a cada 375 habitantes, 1 é hipertenso renovascular. Na amostra de 27 fetos analisados, aproximadamente 0,26% poderia corresponder à estatística mundial. No entanto, seria necessário direcionar um estudo comparativo com alterações de pressão arterial e variações anatômicas de artérias renais.

## 5 | CONCLUSÕES

Frente aos recentes avanços em técnicas cirúrgicas e procedimentos para diagnósticos é evidente a busca por melhoria na atuação dos profissionais da saúde, fato que motivou estudos sobre as variações anatômicas das artérias renais produzidos ao longo dos últimos anos. Dentre as diversas variações anatômicas encontradas para as artérias renais, destacam-se a presença de múltiplas artérias renais, ocorrentes de 20% a 50% dos rins. O rim mais variante foi o esquerdo. Entretanto, múltiplas artérias bilaterais foram vistas em alguns estudos analisados, apesar de sua incidência ter sido relativamente baixa. Raramente é encontrado uma tripla artéria renal.

Entre as principais repercussões clínico-cirúrgicas, é possível associar à hemorragia por lesão cirúrgica, hipertensão arterial, hidronefrose, contraindicação relativa à transplante renal e outras cirurgias intra-renais, estenoses com isquemia de parênquima renal, entre outros.

Clinicamente, percebe-se que o radiologista desempenha papel importante na avaliação diagnóstica e pré-operatória da vascularização renal, contribuindo com a redução de complicações e maior sucesso das intervenções terapêuticas através de exames de imagem como eco-doppler renal e angiotomografia computadorizada.

Cirurgicamente, variações vasculares em relação ao padrão de ramificação da aorta são importantes em diferentes cirurgias laparoscópicas, transplantes de fígado e de rim, ressecções oncológicas e vários procedimentos de radiologia intervencionista na região abdominal, o que torna indispensável o estudo pré-operatório na elaboração do plano cirúrgico.

Diante do exposto, é notória a importância de pesquisas acerca de variantes anatômicas, visto que existe uma grande variabilidade de artérias renais e o estudo destas variantes é altamente importante na hora de escolher a melhor estratégia cirúrgica, que trará menor risco para o paciente.

## REFERÊNCIAS

ALCANTARA, Monica Luiza de Santos; NASCIMENTO DOSFREIRE, Simone; VILA, Cláudia Maria. **Recomendações para avaliação ultrassonográfica da aorta abdominal e ramos.** 2016.

FERNANDES, Catarina Pedro. **HTA renovascular pediátrica: revisão a propósito de um caso clínico.** 2016. Tese de Doutorado.

GARDNER E, GRAY D J and O'RAHILLY R. **Anatomia Estudo Regional do Corpo Humano.** Ed. Guanabara Koogan. 1988.

GRAY, F. R. S. H.; GOSS, A. B. C. M. **Anatomia.** 29<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 1147p.

KEM, David C. et al. Renin-dependent hypertension caused by nonfocal stenotic aberrant renal arteries: proof of a new syndrome. **Hypertension**, v. 46, n. 2, p. 380-385, 2005.

LATARJET, Michel; LIARD, Alfredo Ruiz. **Anatomía humana.** Ed. Médica Panamericana, 2004.

MOORE, K. **Embriologia básica 7a edição.** Elsevier Brasil, 2008.

PALMIERI, Breno José et al. Estudo do padrão arterial de 200 pedículos renais por meio de angiotomografias. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 38, n. 2, p. 116-121, 2011.

PÉREZ, Julio Arévalo et al. Angio CT assessment of anatomical variants in renal vasculature: its importance in the living donor. **Insights into imaging**, v. 4, n. 2, p. 199-211, 2013.

PRAXEDES, José Nery. Hipertensão renovascular: epidemiologia e diagnóstico. **Rev Bras Hipertens**, v. 9, n. 2, p. 148-153, 2002.

SEBBEN, Geraldo Alberto et al. Variações das artérias renais: estudo anatômico em cadáveres. **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 4, 2011.

SHIGUEOKA, David C. Anatomic variations of the renal arteries, as characterized by computed tomography angiography: rule or exception? Its usefulness in surgical planning. **Radiologia brasileira**, v. 49, n. 4, p. VII-VIII, 2016.

SNIJDERS, R. J. M.; NICOLAIDES, K. H. Fetal biometry at 14–40 weeks' gestation. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, v. 4, n. 1, p. 34-48, 1994.

STANDRING, Susan (Ed.). **Gray's Anatomia: A base anatômica da prática clínica**. Elsevier Brasil, 2010.

## IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CARACTERIZAÇÃO E RISCO DE QUEDA

### **Andressa Peripolli Rodrigues**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Sandra Maria de Mello Cardoso**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Lucimara Sonaglio Rocha**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Margot Agathe Seiffert**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Mariéli Terezinha Krampe Machado**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Neiva Claudete Brondani Machado**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Rita Fernanda Monteiro Fernandes**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Elizabet Marta Krebs**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Edennis Alexandre Barbosa de Moraes**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

### **Márcia Beatriz do Carmo Gaita**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha

Santo Ângelo - Rio Grande do Sul

**RESUMO:** A medida que a idade avança, o risco de cair aumenta consideravelmente, contribuindo para que esta síndrome geriátrica seja um dos maiores transtornos de saúde pública e de grande impacto social, devido à alta incidência, mortalidade, morbidade, custos sociais e econômicos decorrentes das lesões provocadas. Assim, objetivou-se verificar os hábitos de vida e os riscos de quedas em idosos usuários de Estratégias Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada em ESFs urbanas e uma rural, onde os participantes foram 10 idosos vinculados a essas instituições. Identificou-se que na zona urbana, a idade dos entrevistados variou de 63 a 99 anos, sendo nove do sexo feminino e um masculino. Nenhum é fumante e apenas um faz uso de álcool, sendo que quatro eram hipertensas e uma hipertensa e diabética. Dos dez idosos, seis já sofreram quedas e três ficaram dependentes de cuidador. Na zona

rural, a idade variou entre 60 e 84 anos, sendo cinco de cada sexo. Destes, quatro eram hipertensos e uma diabética. Dois idosos fazem uso do tabaco e seis de álcool. Dos dez idosos, dois já sofreram quedas e um está dependente de cuidador. Com o aumento significativo de idosos no mundo, são necessárias estratégias que visem uma atuação com o olhar ampliado na atenção à saúde do idoso, identificando situações de vulnerabilidade, possibilitando preservar a autonomia e adequada qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Acidentes por Quedas; Estratégia Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem.

**ABSTRACT:** As age advances, the risk of falling increases considerably, contributing to this geriatric syndrome being one of the major public health and social impact disorders due to the high incidence, mortality, morbidity, social and economic costs of injuries. provoked. Thus, the objective was to verify the lifestyle and risk of falls in elderly users of Family Health Strategies. This is a research with qualitative and descriptive approach, conducted in urban and one rural FHS, where the participants were 10 elderly linked to these institutions. It was identified that in the urban area, the age of the interviewees ranged from 63 to 99 years, being nine females and one male. None is a smoker and only one uses alcohol, four of which were hypertensive and one hypertensive and diabetic. Of the ten elderly, six have already suffered falls and three have become dependent on caregivers. In rural areas, age ranged from 60 to 84 years, five of each gender. Of these, four were hypertensive and one diabetic. Two seniors use tobacco and six use alcohol. Of the ten elderly, two have suffered falls and one is dependent on caregiver. With the significant increase in the elderly in the world, strategies are needed that aim at acting with an expanded look at the health care of the elderly, identifying situations of vulnerability, enabling the preservation of autonomy and adequate quality of life.

**KEYWORDS:** Health of the Elderly; Accidental Falls; Family Health Strategy; Nursing Care; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

As internações no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 2011, foram de 373.105 relacionadas às quedas. Em relação à faixa etária de 60 anos e mais, em 2013 ocorreram 93.312 internações por quedas nessa população e, no mesmo ano, 8.775 morreram por esta causa no país (IBGE, 2010). As mulheres são as mais acometidas, com taxas de 43,6 por 10 mil mulheres, sendo a mais prevalente a queda acidental (49,8%), seguido de queda da própria altura (34,4%) (BRASIL, 2011).

A queda da própria altura pode ser definida como um evento não intencional que tem como efeito a alteração de posição de uma pessoa para um nível mais baixo em relação a sua posição inicial (CHAVES et al., 2017). As quedas têm implicações diretas na qualidade de vida e bem-estar dos idosos, além de representar um grave problema de saúde pública.

À medida que a idade avança, o risco de cair aumenta consideravelmente, contribuindo para que esta síndrome geriátrica seja um dos maiores transtornos de saúde pública e de grande impacto social, devido à alta incidência, mortalidade, morbidade, custos sociais e econômicos decorrentes das lesões provocadas. Estima-se que 30% dos idosos sofrem queda a cada ano e, destes, metade é recorrentemente, sendo que em idosos acima de 70 anos essa proporção sobe para 42% (MOURA et al., 2016).

Nesse contexto, a maioria das quedas em idosos são provocadas por ambiente inadequado, como piso escorregadio e com escadas, e objetos deixados no chão. Outras causas estão relacionadas a riscos intrínsecos, como consumo incorreto de medicamentos, alterações na visão, doença de Parkinson e dores crônicas (fibromialgia, lombalgia, osteoartrite) (SÃO PAULO, 2010).

Quanto aos riscos intrínsecos, existe a possibilidade e a necessidade de avaliações e exames que possam identificar fatores de risco para quedas, tais como acuidades auditiva e visual, identificação de osteoporose e de dificuldades cognitivas, emocionais e de mobilidade. Outros fatores também contribuem para as quedas, como o declínio nas funções músculo esquelético, tais como a perda da força muscular, da flexibilidade e da agilidade. No entanto, muitos fatores podem ser compensados com intervenções, como correções audiológicas e oftalmológicas, programas de exercícios físicos, entre outras ações de prevenção de quedas (PALMA 2012).

Embora qualquer pessoa, em qualquer idade, esteja sujeita a queda, no idoso esse risco pode levar à incapacidade e mesmo à morte. Ademais, as quedas na terceira idade acarretam custos elevados que podem se agravar no momento em que o idoso sofre diminuição da autonomia e da independência ou quando necessita de internação, constando como lesões mais comuns as fraturas no fêmur proximal (região do quadril) e nos membros superiores (ombro e punho) (ABREU et al., 2018). Ressalta-se ainda que as fraturas de fêmur tem índice de 30% de mortalidade em até seis meses após a queda (SÃO PAULO, 2010).

Desse modo, justifica-se a necessidade de prevenção de quedas e fraturas em idosos, ofertando um suporte necessário para se manterem saudáveis, se recuperarem de doenças ou lesões e limitações funcionais. Diante disso, objetiva-se verificar os hábitos de vida e os riscos de quedas em idosos usuários de Estratégias Saúde da Família (ESF).

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada em ESFs urbanas e uma rural, localizadas em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul (RS). Destaca-se que neste tipo de estudo, os resultados observados podem elencar planos estratégicos de ação, contribuindo para a mudança da realidade

investigada (MINAYO, 2013).

Os participantes do estudo foram idosos vinculados às instituições de saúde investigadas e foram excluídos os idosos com dificuldade de compreensão e expressão verbal. O município possui uma ESF rural e seis na zona urbana, destas últimas foram selecionadas duas delas através de sorteio. Após, também por meio de sorteio, foram escolhidos cinco idosos de cada ESF na zona urbana e dez na zona rural. O acesso à lista de idosos ocorreu através do contato com as instituições de saúde e os sorteios realizados por um funcionário das unidades que não tinha conhecimento da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e foram realizadas nas residências dos idosos, em locais reservados. A análise dos dados foi mediante análise de conteúdo temática, onde a primeira etapa da análise foi a pré-análise, momento em que o autor impregna-se do assunto para elaborar hipóteses iniciais, após foi realizada a exploração do material selecionado, classificando e identificando os núcleos do sentido apontados no material. E, finalmente, foi realizada uma síntese interpretativa, onde se permite articular o objeto de estudo, base teórica adotada e os dados empíricos (MINAYO, 2013).

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos foram informados do objetivo do estudo, bem como o direito a participar ou não da presente pesquisa, e livre decisão de desistir se assim o desejar, em qualquer momento da coleta de dados, não resultando de sua participação ou recusa nenhum risco a sua condição de participante da pesquisa.

Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com o sujeito da pesquisa e outra com o pesquisador. Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, eles foram identificados pela letra U quando se referia à unidade da zona urbana seguida de número (U1, U2 e assim sucessivamente) e pela letra R para zona rural seguida de número (R1, R2, sucessivamente). Os dados foram coletados após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal Farroupilha, sob o parecer número 2.354.458.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na zona urbana, a idade dos entrevistados variou de 63 a 99 anos, sendo nove do sexo feminino e um masculino. Todos são aposentados, nenhum é fumante e apenas um (sexo masculino) faz uso de álcool. Destes, quatro do sexo feminino eram hipertensas e uma hipertensa e diabética; e somente uma estava acima do peso (88 kg). Dos dez idosos, seis já sofreram quedas (cinco do sexo feminino) e três ficaram dependentes de cuidador. Com relação a atividade física, somente um deles faz caminhadas três vezes na semana.

Na zona rural, a idade variou entre 60 e 84 anos, sendo cinco de cada sexo.

Todos são aposentados e dois trabalham fora para aumentar a renda (padeiro e modista). Destes, uma (sexo feminino) era portadora de hipertensão arterial, outra (sexo feminino) de diabetes e três homens eram portadores de hipertensão arterial. Quatro idosos estavam acima do peso (72 kg, 79 kg, 73 kg e 74 kg) e somente dois (sexo masculino) praticam caminhadas de duas a três vezes por semana. Ainda, dois idosos (um feminino e um masculino) fazem uso do tabaco e seis (uma do sexo feminino e cinco do masculino) fazem uso de álcool. Dos dez idosos, dois já sofreram quedas (um de cada sexo), sendo que a do sexo feminino fraturou o fêmur e está dependente de cuidador.

Com relação a queda, foi solicitado aos idosos que compartilhassem como ocorreu a queda, conforme seguem as falas:

- “Não cheguei a cair, mas resvalei.” (U1)
- “Quase caí na cozinha, pingou água e o piso ficou liso.” (R2)
- “Caí saindo do banheiro.” (U2)
- “Errei o pé na escada.” (U3)
- “Deslizei na escada da área da casa.” (U4)
- “Errei a altura do degrau.” (U5)
- “Caí no banheiro.” (U6)
- “Escorreguei na cozinha com uma bacia de louça.” (R1)
- “Deslizei na área de casa.” (R3)
- “Escorreguei no banheiro...” (R4)
- “Quando estava saindo do banho escorreguei...” (U8)
- “Escorreguei na cozinha.” (U7)
- “Resvalei na cozinha.” (R5)
- “...me distraí, não vi a escada...” (R7)
- “Me levantei muito rápido e fiquei tonto...” (U10)
- “...não é que tropecei no cachorro...” (R8)
- “Não quis ligar a luz quando levantei de noite e aí...fui para o chão.” (R9)
- “...caí umas quantas vezes, mas felizmente nunca foi grave...” (R10)

Outro dado importante, já destacado, é o fato de que quatro idosos ficaram dependentes de cuidadores devido à queda:

- “...depois da cirurgia do quadril preciso sempre de alguém para me ajudar em tudo.” (U4)
- “...meus filhos precisam vir todos os dias para me ajudar a cozinhar e tomar banho.” (U2)
- “Quebrei o fêmur e preciso de ajuda...” (R6)
- “Quando vi tava no chão. Tinha um tapete e escorreguei nele e quebrei o pé...não fico mais sozinho.” (U9)

Ao longo do tempo, o número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil vem aumentando; em 1960 3,3 milhões de brasileiros eram idosos e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões ou 8,5% dos brasileiros estavam nessa faixa etária. Já em 2010, passou de 10,8% da população, ou seja, 20,5 milhões de idosos

(IBGE, 2010).

Destaca-se, ainda, que o Brasil está entre os países da América Latina com o maior aumento no número de pessoas idosas, sendo o Estado do Rio Grande do Sul (RS), um dos que tem apresentado acelerado processo de envelhecimento populacional e com um padrão diferenciado de morbimortalidade para as faixas etárias acima de 60 anos. Esse fato pode ser explicado, pois é um dos estados com maior índice de desenvolvimento humano, maior expectativa de vida e de proporção de idosos na população (IBGE, 2010).

No presente estudo, foi possível perceber que na zona urbana somente um idoso do sexo masculino realiza caminhadas três vezes na semana, enquanto que na zona rural dois, também do sexo masculino, praticam caminhadas de duas a três vezes por semana. Isso representa que, dos 20 idosos entrevistados, somente 15% pratica alguma atividade física. Em contraponto, cinco idosos na zona rural e cinco da zona urbana possuem alguma doença crônica, ou seja, 50% do total dos idosos.

Diante disso, é necessário ressaltar que o exercício físico regular melhora a qualidade e a expectativa de vida do idoso, que ao longo de sua vida deve ser estimulada, integrando a assistência como tratamento não medicamentoso. Isso representa um desafio para os programas e ações públicas, pois tem que ser considerada a preparação dos profissionais, a sensibilização da comunidade e, principalmente, a existência de políticas públicas e apoio dos gestores para implementar atividades físicas específicas, voltadas para a população idosa, assim como espaços adequados para realização destas atividades (CAMPOS et al., 2014).

Com o intuito de incentivar a prática de exercícios, surgiram as academias ao ar livre em meados de 2008 e partem da importância da prática regular de uma atividade física ao longo da vida. A maioria das prefeituras das cidades do Brasil preocupa-se em oferecer alternativas à população, com atividades físicas gratuitas e acessíveis, através da implementação dessas academias. Porém, é necessário que os gestores públicos proporcionem profissionais de educação física, com preparo para atender e incentivar a população idosa a utilizar esse espaço (HAMMERSCHMIDT; PORTELLA, 2014).

Além da prática reduzida de exercícios, alguns idosos entrevistados fazem uso de tabaco e álcool e estão com sobrepeso. Estudo também realizado no Brasil apontou uma maior prevalência de alcoolistas e tabagistas, principalmente, em indivíduos do sexo masculino. Além disso, os distúrbios cognitivos (Alzheimer e Parkinson) causados pelo álcool são mais frequentes entre idosos com longo tempo de consumo (BARBOSA et al., 2018).

O consumo de bebidas alcoólicas pelo idoso pode ser muito nocivo à saúde, independente da quantidade e da frequência, ainda que eles não recebam diagnóstico formal de abuso ou dependência dessa substância. Em relação ao tabagismo, a prevalência nos idosos é menor quando comparado aos adultos, devido à morte precoce dos tabagistas e adesão de hábitos saudáveis nos últimos anos, sendo

desestimulado o fumo pelas propagandas. Estudo também apontou que as mulheres que fumam podem apresentar 4,5 anos a menos em comparação com as não tabagistas, enquanto que os homens têm um decréscimo de 5 anos (CAMPOS et al., 2014).

Diante disso, ações de saúde e políticas de prevenção devem ser elaboradas e planejadas, com o intuito de reduzir o consumo de álcool e fumo, com uma abordagem biológica e psicológica integrada com o meio social, na tentativa de prevenir seus malefícios à saúde. A Política Nacional sobre o Álcool tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para confrontar de maneira coletiva os problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para diminuir os danos sociais, à saúde e à vida, causados pela ingestão desta substância, bem reduzir situações de violência e criminalidade associada ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a promoção da saúde se coloca pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como o consumo de álcool e tabaco. Caracteriza-se também pela intensificação de estratégias que superem a cultura da medicalização, predominante no imaginário da sociedade (DUNCAN et al., 2012).

Assim, há necessidade urgente de capacitação, formação e compromisso dos profissionais de saúde, com o esforço conjunto do governo e da comunidade, em uma perspectiva multiprofissional para quem atua na atenção primária. Com o intuito de serem agentes do processo da transformação social, promovendo a reorientação do modelo de atenção à saúde no contexto do abuso do álcool e tabaco na terceira idade, por meio da estruturação e fortalecimento da rede pública de saúde, com vistas à promoção da saúde e minimização dos custos gerados pelo uso nocivo destas substâncias.

No idoso, o álcool tende a atingir maiores concentrações no sangue mesmo com doses pequenas, gerando dificuldade na locomoção, confusão e facilita as quedas e ferimentos, e negligência consigo mesmo. Além disso, acentua a falta de memória e provoca distúrbios como diarreia e incontinência urinária (SOARES et al., 2016).

No presente estudo, apenas três idosos admitiram o uso de álcool, perfazendo 30% do total de entrevistados. A literatura alerta ao fato do subdiagnóstico de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, em especial no nível primário de cuidados em saúde (LEITE et al., 2012).

Além disso, existe correlação entre o consumo abusivo de álcool e o descontrole da pressão arterial. A literatura aponta que a ingestão de bebidas alcoólicas em excesso (três ou mais doses ou mais de 40g de etanol por dia) está associada ao aumento da pressão arterial (SOARES et al., 2016). No estudo, dos vinte entrevistados, oito são portadores de hipertensão arterial (40%), um é diabético (5%) e outro é portador de hipertensão arterial e diabetes (5%). As doenças crônicas não

transmissíveis frequentemente surgem com o envelhecimento, que podem resultar em alterações fisiológicas e funcionais, provocando impacto na saúde e fazendo com que a capacidade funcional e cognitiva fique reduzida, sendo fator de risco para a fragilidade nessa população (CUNHA, 2014).

Outro dado de destaque e foco do estudo é em relação às quedas. Dos entrevistados, oito já sofreram quedas, totalizando 40% dos idosos, que sofreram fraturas de fêmur, quadril, tornozelo e úmero. Além disso, quatro ficaram dependentes de cuidador.

As quedas e as conseqüentes lesões resultantes constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social. O ambiente também interfere, uma vez que manter tapetes e outros objetos que possam provocar quedas em casa pode representar obstáculo à mobilidade do idoso em seu domicílio, sendo um fator de risco ambiental para o evento queda (OLIVEIRA et al., 2014).

As causas das quedas devem ser diagnosticadas e podem também ser prevenidas, contribuindo para a manutenção da mobilidade dos idosos e reduzindo os custos econômicos quando ocorrem estes agravos. Evitar as quedas eleva a capacidade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, aumentando as possibilidades para viver com independência e autonomia (FERREIRA et al., 2012).

Autores identificam fatores de risco para quedas como fatores intrínsecos e extrínsecos. Os intrínsecos, inerentes ao próprio indivíduo, estão associados ao envelhecimento e os extrínsecos relacionados ao meio ambiente, como iluminação, escadas e tapetes (PALMA, 2012; LEITE et al., 2012; SMITH et al., 2017). A queda é um evento bastante comum e devastador em idosos e embora não seja uma conseqüência inevitável do envelhecimento, pode sinalizar o início de alguma fragilidade ou indicar doença aguda. A vulnerabilidade dos idosos aliada a estes fatores e associada com as quedas, provocam conseqüências significativas como: redução da mobilidade e funcionalidade, fraturas, institucionalização, medo de cair novamente e repercussão na vida dos familiares (FERREIRA et al., 2012).

O efeito de alterações relacionadas com o envelhecimento, com as doenças e com o meio ambiente inapropriado sugerem a ocorrência de queda, evidenciado no presente estudo em que todos os acidentes aconteceram dentro do ambiente doméstico. Desse modo, as quedas podem afetar a capacidade funcional do idoso, pois está relacionada às modificações anatômicas atribuídas ao processo natural de envelhecimento e a diversas patologias (FERREIRA et al., 2012).

Outro estudo também corroborou com os dados, pois mostrou que o domicílio é o local que mais ocorre quedas, sendo o quarto (25%) o lugar de maiores acidentes, seguido da cozinha (17%) e banheiro (14%). A explicação para isso é devido aos idosos permanecerem muito tempo em suas residências, por ser um local mais seguro e familiar. Possivelmente, em casa, os idosos diminuem a atenção devido à maior autoconfiança e familiaridade para se deslocar entre os ambientes (MORAES et al., 2017).

O fato também de que quatro idosos entrevistados ficaram dependentes de cuidadores devido à queda é significativo, pois quando a capacidade funcional fica comprometida ou gera dependência de cuidados dos familiares ou de outros cuidadores, o idoso pode enfrentar o abandono por parte do familiar/cuidador que, nem sempre, tem paciência e disponibilidade para acompanhá-lo em suas atividades. Em outras situações pode levar a casos de violência (FLORIANO et al., 2012).

Diante deste contexto, as repercussões que uma queda pode ocasionar são inúmeras, o que torna destaque o papel dos profissionais que atuam nas ESF, unidades de referência para esses idosos e suas famílias, promovendo o autocuidado a eles e programando atividades que minimizem e reduzam os índices de quedas entre a população idosa. Além de estabelecer uma referência no cuidado aos idosos já acometidos por quedas e que apresentam necessidade de cuidados mais específicos, prevenindo novas quedas.

#### 4 | CONCLUSÕES

Assim, é imprescindível que os profissionais entendam o processo de envelhecimento e estejam capacitados para prestar os cuidados ao idoso. Para isso, podem utilizar as escalas de avaliação da visão, cognitiva, equilíbrio e marcha, entre outras. No entanto, também é necessário que a rede de atenção em saúde no município esteja funcionando, para que o idoso possa ser guiado na complexa rede de serviços assistenciais, possibilitando opções mais apropriadas para cada caso.

Com o aumento significativo de idosos no mundo, são necessárias estratégias que visem uma atuação com o olhar ampliado na atenção à saúde do idoso, identificando situações de vulnerabilidade, possibilitando preservar a autonomia e adequada qualidade de vida. Com isso, ressalta-se a importância da equipe da ESF no sentido de conhecer essa realidade e atuar para minimizar o risco de quedas, assim como incluir o familiar e/ou cuidador nesse processo.

#### REFERÊNCIAS

ABREU, D.R.O.M. et al. Internação e mortalidade por quedas em idosos no Brasil: análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.4, p.1131-1141, 2018.

BARBOSA, M.B. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.21, n.2, p.125-135, 2018.

BRASIL. **Morbidade por acidentes e violências no Brasil: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Política Nacional sobre Álcool**. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, A.C.V. et al. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da

Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.4, p.889-897, 2014.

CHAVES, M.O. et al. A representação social de queda da própria altura por idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, v.18, n.2, p.495-502, 2017.

CUNHA, C.L.F. Hipertensão arterial em idosos atendidos em uma unidade ambulatorial. **J Manag Prim Health Care**, v.5, n.2, p.131-139, 2014.

DUNCAN, B.B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.Supl, p.26-34, 2012.

FERREIRA, O.G.L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto-enferm.**, v.21, n.3, p.513-518, 2012.

FLORIANO, L.A. et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto contexto-enferm.**, v.21, n.3, p.543-548, 2012.

HAMMERSCHMIDT, S.; PORTELLA, B.S. A utilização das academias ao ar livre como promoção da qualidade de vida dos adolescentes. **Cadernos PDE**, v.1, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília (DF): IBGE, 2010.

LEITE, L.E.A. et al. Envelhecimento, estresse oxidativo e sarcopenia: uma abordagem sistêmica. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, v.15, n.2, p.365-380, 2012.

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

MORAES, S.A. et al. Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.20, n.5, p.693-704, 2017.

MOURA, D.R.O. et al. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. **Ciênc. saúde colet.**, v.21, n.11, 2016.

OLIVEIRA, A.S. et al. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.3, p.637-645, 2014.

PALMA, C.M.T.S. **Quedas nos idosos: do risco à prevenção**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária) – Instituto Politécnico de Beja Escola Superior de Saúde, Beja, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. São Paulo (SP): Secretaria Estadual de Saúde/SP, 2010.

SMITH, A.A. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, p.e2754, 2017.

SOARES, S.M. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.6, n.3, p.2362-2376, 2016.

## O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO COM PACIENTES EM PROCESSO DE FINITUDE: A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR

**Lorrany de Cássia de Souza e Silva**

Universidade Federal do Pará – UFPA, Serviço Social, Belém – PA.

**Marisa Elenice Silva Lima**

Universidade Federal do Pará – UFPA, Serviço Social, Belém – PA.

**RESUMO:** O presente estudo identificou, através do discurso dos cuidadores de pacientes internados em uma Clínica de Cuidados Paliativos de um Hospital de referência em Oncologia, Belém – PA, se a humanização do cuidado neste local encontra-se de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Humanização – PNH. Constitui-se em um estudo exploratório de metodologia qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, analisadas com base na análise de conteúdo, proposta por Bardin. A pesquisa traz como discussão, através das categorias, a importância do atendimento diário da equipe multiprofissional, mesmo diante da falta de preparo de alguns profissionais, e do acolhimento realizado por eles; o entendimento do conceito de humanização e, dentro disso, se o espaço é considerado humanizado ou não, destacando o que precisa ser melhorado e sobre o respeito à autonomia do paciente, comprovando que ainda existem grandes falhas, de acordo com o olhar do cuidador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização do cuidado. Cuidados Paliativos. Equipe multiprofissional.

### THE CHALLENGE OF HUMANIZATION OF CARE FOR FINITUDE PATIENTS: THE PERCEPTION OF FAMILY CAREERS

**ABSTRACT:** The present study identified, through the discourse of the caregivers of patients hospitalized in a Palliative Care Clinic of a Hospital of reference in Oncology, Belém - PA, if the humanization of the care in this place is in accordance with the established by the National Policy of Humanization - PNH. It is an exploratory study of qualitative methodology. Semi-structured, recorded and transcribed interviews were carried out, analyzed based on the content analysis, proposed by Bardin. The research brings as a discussion, through the categories, the importance of the daily attendance of the multiprofessional team, even in the face of the lack of preparation of some professionals, and the reception performed by them; the understanding of the concept of humanization and, within that, whether space is considered humanized or not, highlighting what needs to be improved and respect for patient autonomy, proving that there are still major flaws, according to the caregiver's gaze.

**KEYWORDS:** Humanization of care. Palliative care. Multiprofessional team.

## 1 | INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma discussão sobre o processo de humanização em cuidados paliativos, correspondendo a uma nova perspectiva de trabalho, baseada na solidariedade, sensibilidade, amor e respeito, tendo como objetivo identificar, através do discurso dos cuidadores de pacientes internados em uma Clínica de Cuidados Paliativos de um Hospital de referência em Oncologia, Belém – PA, se a humanização do cuidado neste local encontra-se de acordo com o estabelecido pela Política Nacional de Humanização – PNH.

Os cuidados paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (OMS, 2002).

Entre seus princípios está a abordagem multiprofissional, a qual se torna importante, uma vez que os problemas do paciente e família envolvem múltiplos aspectos, sendo relevante observá-los sob diferentes óticas, com o intuito de se alcançar um cuidado uniforme, através de estabelecimento e metas em comum, objetivando promover o cuidado integral e humanizado juntamente com a dignidade no processo de finitude (ANDRADE, 2015).

Porém, atualmente, ainda se nota, na prática, a falta de preparo dos profissionais em lidar com pacientes em processo de finitude, onde muitos acabam por recorrer à racionalização, através de um agir mecânico. Deste modo, a humanização se torna um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança (MARTINS, 2001).

Por isso, surge a necessidade de políticas e programas voltados à humanização, deste modo, a Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, representa uma importante contribuição para avançar no debate acerca da importância do investimento em políticas, práticas e serviços de saúde.

Portanto, falar sobre humanização é uma tarefa árdua, mas que se faz necessária, por isso a importância deste estudo, uma vez que pressupõe considerar a individualidade, o respeito, a dignidade e a empatia ao ser, destacando-se, também, a presença solidária do profissional, sendo sensível a situação do outro, tentando estabelecer sempre uma relação de confiança com o paciente e/ou familiar (PESSINI; BERTACHINI, 2014).

## 2 | METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, caracterizada pelo fato de o problema ser delimitado aos poucos, de o pesquisador ser tido como

participante do conhecimento que está sendo produzido na relação com o sujeito (CHIZOTII, 1991 apud ESSLINGER, 2014).

Os participantes da pesquisa constituíram-se de 10 cuidadores de pacientes internados na Clínica de Cuidados Paliativos Oncológicos de um hospital de referência em Belém - PA, de ambos os sexos. Os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos; ser o cuidador principal do paciente; e ser cuidador de pacientes internados há, pelo menos, uma semana na clínica, para uma melhor análise sobre o atendimento da equipe multiprofissional junto ao paciente e/ou familiar.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro elaborado pela própria pesquisadora. A coleta de dados ocorreu no período de Junho à Agosto de 2016, acontecendo nas próprias enfermarias da clínica. Diante da autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas, pela própria pesquisadora, a fim de facilitar as transcrições, contribuindo para uma análise dos dados mais eficaz.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Diante disso, no primeiro momento foram organizadas as entrevistas, depois de transcritas, fazendo uma leitura geral de todos os dados coletados para uma maior aproximação e conhecimento do que foi relatado pelos cuidadores.

Posteriormente, ocorreu o recorte das falas, possibilitando destacar as palavras-chaves, ou seja, palavras que mais se repetiam nos discursos, facilitando a construção das principais categorias ressaltadas no estudo e, após a categorização, foi realizada a análise e tratamento dos resultados, embasando-se em autores que tratam dos temas discutidos, permitindo a inferência e interpretação dos resultados.

Por se tratar de um estudo com seres humanos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ophir Loyola/HOL. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa mediante esclarecimentos dos objetivos e seu consentimento definido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que define a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando a privacidade dos mesmos e garantindo o sigilo dos dados.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 10 participantes, três eram do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade entre 20 a 50 anos. Levando em consideração os aspectos mais discutidos pelos cuidadores entrevistados, tem-se 04 categorias, a seguir:

#### **O atendimento diário da equipe multiprofissional**

O trabalho em cuidados paliativos é integrado e multidisciplinar, realizado por uma equipe composta por diferentes profissionais. Só assim, através de um trabalho em equipe, o cuidado se torna holístico e total, abrangendo todas as dimensões vividas

pelo paciente: física, social, psicológica, espiritual, entre outras. Destaca-se, então a importância do atendimento diário dessa equipe junto ao paciente e/ou familiar.

Essa importância do trabalho em equipe, no sentido de partilhar conhecimentos próprios de cada especificidade profissional fica clara nas falas dos participantes, ao analisarem como se dá tal atendimento diariamente:

[...] esse atendimento, tá sendo muito importante, não só pra mim, mas principalmente pro meu pai, pra família toda, porque através dessa equipe eu tive orientação... (Entrevistado P01).

A equipe se dedica, a gente vê isso, né, passam visita todos os dias, sai um, vem outro. É bom, né?! (Entrevistado P02).

A partir desse atendimento, os profissionais da equipe são comparados com “anjos”, com pessoas do bem, colocados no caminho daquele paciente para proporcionar mais conforto e menos dor:

Eu acho bom, acho eficaz (o atendimento). Eles são tipo anjos que caíram na vida da minha mãe, e na nossa também, né. Acho que tá no caminho certo... (Entrevistado P03).

São anjos, eles... são anjos, do bem... (Entrevistado P04).

É direito de todos ter o melhor atendimento possível; é direito de todos cuidar e ser cuidado integralmente, tornando-se relevante a valorização do paciente e de sua família, através de uma atitude profissional que supere sua habilidade técnica e o conhecimento científico, predominando sua forma de agir como pessoa, sendo sensível e solidário a dor do outro (PESSINI; BERTACHINI, 2014). Dessa maneira, um outro aspecto evidente relacionado ao atendimento da equipe multiprofissional é a preocupação não somente com o paciente, mas também com a família, com quem está cuidando:

Elas fazem isso não só pensando na equipe, mas se preocupam não só com o doente, mas com a gente, familiar. Isso é importante. Importante mesmo (Entrevistado P01).  
Porque eles tratam bem ela, tratam bem a gente, e se importam com a gente (Entrevistado P03).

A ideia de uma abordagem multidisciplinar é muito importante para os cuidados paliativos, pois demonstra que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação, destacando a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do paciente ou da família, não somente sob uma única perspectiva (PESSINI; BERTACHINI, 2014).

Em contrapartida, em algumas falas dos participantes, não tão recorrentes, mas que se faz importante atentar-se pra tal fato, ficou evidente o estresse diário de alguns profissionais, a impaciência, o que acaba interferindo na qualidade do atendimento ao paciente e/ou familiar.

Assim, tem dias que a gente vê que eles (os profissionais) estão estressados, acho que é muito trabalho, né? (Entrevistado P08).

[...] a gente tem que ter um tratamento melhor, com paciência, sem tanto estresse, até porque o psicológico não tá legal, a gente vem pra cá pra cuidar do paciente, mas eles tem que ver que a gente deixou problemas dentro de casa, crianças, mãe. Querendo ou não a gente tem uma rotina, então quando a gente vem pra cá, a gente já vem abalado, né, então não é fácil... ficar no hospital, o paciente também não gosta, porque nada que o conforto da gente, né (Entrevistado P06).

Os relatos corroboram com o que argumenta Kovács (2010), ao dizer que o profissional de saúde, em seu cotidiano, lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. Sua dificuldade para lidar com problemas durante a convivência diária junto a pacientes, familiares e colegas tem contribuído para gerar situações de estresse de difícil resolução. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta.

O profissional de saúde, em contato com diversos aspectos vividos pelos pacientes e/ou familiares no momento que se aproxima a morte, tem conflitos sobre como se posicionar diante do sofrimento e dor, que nem sempre pode aliviar, tendo também que elaborar perdas de pacientes, principalmente daqueles com quem forma vínculos mais intensos. Esse convívio com a dor, perda e morte traz a esse profissional a vivência de seus processos internos, de sua fragilidade, sua vulnerabilidade, seus medos, que nem sempre tem espaço de compartilhamento (KOVÁCS, 2008).

Portanto, dentro da perspectiva do cuidado em saúde, especialmente em cuidados paliativos, é fundamental que toda a equipe tenha a habilidade do cuidar, a qual, só se adquire essa habilidade quando se cuida e, cada vez mais, esse profissional irá descobrir novas maneiras de cuidar e, com certeza, esse despertar do fazer sempre o melhor, promoverá a competência desse profissional.

### **Acolher para humanizar**

Acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975 apud MARANHO, 2015). Além disso, o acolhimento com ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010).

O acolhimento, segundo Trindade (2010), não é um local, nem um espaço, mas uma postura ética; não exige hora ou profissional, implica saberes, escutar angústias, procurar solucioná-las, tomando para si a responsabilidade de abraçar o usuário em resolubilidade. Diante do exposto, nota-se a presença constante, nos relatos, do ato de acolher.

E eu vejo, não vejo só isso, como também sinto o aconchego, o acolhimento, feito por essa equipe, eles 'tiram' os meus medos, é sim (Entrevistado P01).

Alguns profissionais escutam a gente, prestam atenção nas nossas vontades. Isso é importante, muito importante. A gente se sente importante, acolhido. O sofrimento é muito grande, e os profissionais, a equipe, conseguem amenizar a nossa dor (Entrevistado P08).

Diante disso, fica evidente que paciente e/ou familiares esperam, no mínimo, ser bem atendido, sendo acolhidos de forma humanizada e integral pela equipe multiprofissional, e que se importe com seus problemas, com o intuito de tentar, ao menos, esclarecer suas dúvidas, compreender seus medos, angústias e incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente.

Desta forma, o acolhimento, sendo considerado uma diretriz da PNH, constitui-se em uma postura ética, implicando escuta das queixas dos usuários de saúde, reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde/doença e responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Nesse contexto, há a relação, também, do “cuidar como se fosse da família” como forma de se sentir acolhido, da questão do apego, do sofrer junto com o paciente, de tomar as dores para si. Aqui, observa-se o verdadeiro sentido de ser solidário, aspecto importante nesse processo de humanização do cuidado.

Como eu falei pra senhora, né, eles se importam tanto com a gente, como se fosse da família, como se eles tivessem dentro do problema. Eles chegam assim... “olha ela tá com dor, vamos ver uma solução, um remédio”, dá alguma coisa pra ela, pra aliviar. Acho interessante, sabe? Eles são seres humanos, né, talvez já passaram, já sentiram isso. Até aquele profissional mais difícil de lidar, porque a gente sabe que tem, né, tem sim. Mas eles tão juntos no mesmo barco com a gente, eles sofrem junto com a gente. Sofre, sofre com certeza (Entrevistado P03).

O diferencial da equipe de cuidados paliativos é a abordagem com paciente e família, priorizando a escuta e o acolhimento, atentando-se sempre as suas necessidades, tendo como perspectiva que, atendê-los é preciso conhece-los. O acolhimento, então, funciona como uma das bases para a humanização, a fim de possibilitar resolutividade, vínculo e responsabilização entre trabalhadores de saúde e usuários, contribuindo na democratização e na melhoria da qualidade da assistência prestada (BECK; MINUZI, 2008).

Portanto, o acolhimento, considerado como um processo a ser desenvolvido antes, durante e após o atendimento, deve ser realizado por todos os profissionais, sendo que cada um desses contribuirá positivamente para o desenvolvimento dessa ferramenta assistencial e humanizada. O usuário que recebe assistência integral e multiprofissional adequada é capaz de alcançar resolutividade e manter uma postura autônoma diante da promoção de sua saúde (SCHIMITH, 2004 apud TRINDADE, 2010).

## Desvelando o significado de humanização

O termo “humanização” suscita no ambiente hospitalar diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. Diante disso, nota-se, um certo desconhecimento do conceito de humanização pelos participantes: alguns referiram nunca ter ouvido falar, e os que ouviram, não sabiam, ou não conseguiram, explicar o que seria. Contudo, pelas falas, fica evidente que, automaticamente, os participantes direcionavam o conceito para o sentido de ter humanidade, de cuidar com amor, de ser humilde.

Olha, eu não tenho conhecimento, né? Não sei muito bem, mas acho que tá ligado a humanidade, é? (Entrevistado P01).

Mais ou menos. [...] não sei explicar direito, mas acho que é cuidar com amor (Entrevistado P05).

Desta forma, compreende-se que, mesmo àqueles que diziam desconhecer o conceito de humanização, têm noção de que humanizar o cuidado é legitimar o humano das pessoas envolvidas, é ser solidário, ser sensível ao sofrimento e angústia do outro. É, sim, cuidar com amor. A humanização dá o direito aos envolvidos a ter uma assistência médica de qualidade, direito a cuidados respeitosos e carinhosos, direito do doente saber sobre a realidade vivida, e, a partir disso, direito de decidir sobre sua vida e seu tratamento.

Por isso, fica evidente, também, a ligação, feita por eles, da humanização com saber falar, saber ouvir, destacando a importância da comunicação franca entre equipe e paciente/familiares. Sem comunicação não há humanização e, esta, depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes.

Então, no meu ver, eu acho que quando a pessoa vem pra cá ela tem que ter um carinho, né, especial, um atendimento... que te atenda mesmo, não que seja apressado, porque a gente tem muita coisa pra dizer, algumas coisas que aparecem, sem querer, é novidade pra gente, porque a gente, como a médica mesmo diz, é uma caixinha de surpresa, todo dia é uma surpresa diferente [...]. Então pra gente é tudo novo, né. Ai pra mim eu entendo assim que a pessoa tem que ser humano mesmo [...] Então se, se o doutor não tiver, digamos assim, criar um vínculo de amizade, de respeito, compreensão, não funciona. Às vezes o paciente quer conversar, o paciente tá debilitado emocionalmente e eles têm que tá disponível pra escutar né?! (Entrevistado P06).

A PNH traz, no seu conceito sobre humanizar, a garantia de acesso às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, e isso fica bastante evidente quando é trazido pelos participantes a questão da comunicação franca, onde se nota a preocupação no repasse das informações concisas e verdadeiras.

Diante disso, a pesquisadora esclarece o conceito de humanização, afirmando que está ligado, diretamente, ao sentido de humanidade, como mencionado por alguns, sendo sensível e solidário com o outro, estabelecendo vínculos de confiança

entre os profissionais e o paciente, assim como seus familiares e amigos. É saber comunicar-se, saber ouvir. A partir disso, foi possível saber o que pensam em relação ao atendimento na clínica, se o serviço é humanizado ou não.

Tem. No meu entender é humanizado, sim. Porque, porque eu vejo isso não só com meu pai, né, mas com as outras pessoas que já passaram por aqui, outras famílias que já foram acolhidas por essa mesma equipe (Entrevistado P01).

O pressuposto subjacente a todo o processo de atendimento humanizado é, antes de tudo, facilitar que a pessoa fragilizada enfrente positivamente os seus desafios (PESSINI; BERTACHINI, 2014), o que, pelas falas, já vem sendo posto em prática, mesmo que minimamente. É reconhecido o esforço da equipe no tratar as pessoas respeitando suas necessidades intrínsecas.

Entretanto, cada profissional é um ser único, vivendo, e encarando, momentos de formas diferentes, por isso, cada um tem a oferecer um significado, também, diferente. Isso contribui no entendimento de que para uns se torna mais fácil lidar com o sofrimento, com a dor do outro, do que para outros, o que acaba interferindo nessa humanização do cuidado. Isso fica claro ao surgir, relatos de que, mesmo estando no caminho certo, ainda falta melhorar. Melhorar as relações, melhorar o atendimento, melhorar a forma de cuidar.

Digamos que 50 %. De 100, 50% só. A gente vê que precisa ser melhorado muita coisa. Muita coisa... precisa. Tem pessoas aqui que não nasceram pra isso, pra essa coisa de saúde, a gente vê. Então por que tá aqui, né? (Entrevistado P10).

Ainda não. Precisa muito melhorar ainda. Precisa muito (Entrevistado P06).

Bertinelli, Waskievicz e Erdman (2014) retratam as limitações nesse cotidiano e, segundo eles, o conhecimento das potencialidades e limitações, como profissional e como pessoa também, diante da complexidade da ação cuidadora é fundamental. Esses limites precisam ser superados; é preciso a cada dia, tentar construir sua identidade, sobre a “missão” de cuidar do outro, onde essa “missão” se completa na satisfação do desempenho profissional e na busca incessante do resgate da dignidade e do valor da vida.

Por isso, o maior desafio dos profissionais é cuidar do ser humano na sua totalidade, através do exercício da ação preferencial em relação a sua dor e seu sofrimento em todas as dimensões, com competência tecnocientífica e humana e com um olhar sensível (BERTTINELLI; WASKIEVICZ; ERDMAN, 2014).

### **Respeitando a autonomia do paciente**

A humanização do cuidado em saúde requer um processo reflexivo acerca dos princípios e valores bioéticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e a justiça –, os quais orientam as práticas profissionais. Além do tratamento digno, solidário e

acolhedor por parte da equipe de saúde, a Política de Humanização pressupõe uma postura ética, que permeie todas as ações dos profissionais da saúde.

O princípio da autonomia, desta forma, é um dos aspectos fundamentais para que se possa agir com respeito junto ao paciente e/ou seus familiares, sendo entendida como a capacidade inerente ao homem elaborar leis para si mesmo, de agir de acordo com sua própria vontade, a partir de escolhas ao alcance pessoal, diante de objetivos por ele estabelecidos, sem restrições internas ou externas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Diante disso, considera-se importante analisar se os desejos, vontades e pedidos dos pacientes são atendidos como forma de manter sua autonomia, e conseqüentemente de manter um atendimento humanizado, mesmo diante de uma doença que ameace a vida.

Se fazem as vontades dele? Quando dá, né?! Quando ele quer ver alguém da família, a netinha, eles pensam, pensam ai liberam. Tem uns que são mais difíceis de entender, mas acabam se sensibilizando. Quando ele queria sentir o gosto da comida, porque ele já não consegue se alimentar direito, ai eles vieram e fizeram o desejo dele (Entrevistado P01).

Olha, eu acho que sim. Às vezes ela sente vontade de comer alguma coisa assim diferente, ai a nutricionista vem, conversa, se der ela libera, faz o possível, né. Às vezes ela acorda meio “zangada”, não quer tomar banho, não quer nada, só quer ficar deitada, ai a gente tenta não ficar insistindo (Entrevistado 08).

Percebe-se que, na medida do possível, a autonomia do paciente é respeitada, e quando as suas vontades não são atendidas é entendida, pelos entrevistados, como forma de não lhe trazer malefícios.

Sabe-se que uma das dificuldades em valorizar a autonomia do paciente em cuidados paliativos é o fato deste, frequentemente, não estar em condições de deliberar e decidir, principalmente por não estar mais orientado e contactuante, além daqueles em sedação paliativa. Isso fica evidente nas falas dos participantes, os quais relataram não ser possível exercer essa autonomia devido ao prognóstico do paciente.

Ela não fala mais, né? Não anda, fica assim, desse jeito sempre (olha para paciente e se emociona), então não tem muitas exigências, mas eles fazem tudo com muito cuidado. Às vezes a gente percebe pelo olhar dela que ela não tá gostando de alguma coisa, ai eles param, é assim... (Entrevistado P02).

Diante dessa situação, é importante a valorização da opinião dos familiares nas decisões sobre o paciente, quando este não se encontra mais em condições de expor suas vontades, pois, os pacientes podem ter sua capacidade de compreensão ameaçada ou diminuída em decorrência de estados de humor como ansiedade e depressão, rebaixamento de nível de consciência, comprometimento cognitivo, sensorial ou pela própria dor, e é nesse momento que a participação da família passa a ser maior (ABREU; FORTES, 2014).

Por isso, um dos grandes desafios na humanização é como promover a autonomia das pessoas quando a doença física ou mental gera situações de dependência, e também quando a terapia e o bom andamento do hospital parecem requerer certos procedimentos ou uma determinada disciplina por parte tanto dos pacientes quanto dos profissionais que acabam por limitar liberdades pessoais (MARTIN, 2014).

Neste caso, a rotina hospitalar também se torna um fator que dificulta o respeito às vontades e desejos do paciente, pois certas regras e normas institucionais devem ser seguidas diariamente. O caso do banho no leito, por exemplo, existe uma divisão entre os profissionais responsáveis por tal ato, com horários pré-estabelecidos. Porém, nem sempre o paciente estará disposto ou com vontade de fazer a higiene naquele horário estabelecido pelos profissionais, e, quando contrariado, poderá gerar estresse e irritação ao doente.

Isto fica claro ao deparar-se com falas retratando esta realidade, onde o paciente não deseja tomar o seu banho no horário pré-estabelecido, mas que às vezes é contrariado devido toda a rotina da clínica.

Ela ainda tá consciente, então ela pede muita coisa, e às vezes “não dão ouvidos” pro que ela tá pedindo. Sobre o banho, por exemplo, tem dias que não quer naquele horário, e também ela gosta que lave sempre o cabelo dela aí ficam questionando, “ah, porque ela quer lavar o cabelo dela todo dia”, e eu criei esse hábito junto com ela [...] (Entrevistado P06).

Às vezes chega a comida, que a gente sabe que é no mesmo horário sempre, mas tem dias que ela não quer comer aquele horário, ou tá dormindo, e a gente não quer acordar, a comida fica fria, gelada, e quem é que gosta de comida gelada? Mas a gente sabe, né, que já é regra do hospital, mas é difícil... (Entrevistado P10).

Uma doença grave que necessita internação, pode deixar a pessoa prostrada, limitando a liberdade de se locomover, de tomar banho sozinha, de usar o banheiro. Essas pequenas liberdades de repente somem, criando dependência, muitas vezes humilhante, para quem está acostumado a cuidar de si mesmo. E, só essa perda de liberdade física já pode ser traumatizante, mas quando somada à perda de outros espaços de liberdade, devido a decisões tomadas por outros, a pessoa pode se sentir diminuída na sua dignidade (MARTIN, 2014).

A autonomia é, diante disso, um conceito psicossocial que inspira um princípio jurídico, norteador de regras que visam harmonizar e respeitar as esferas de atuação de muitas pessoas supostamente autônomas que devem ser responsáveis por suas próprias decisões e respeitar também a autonomia dos demais, além de enfatizar que devem ser tomadas medidas especiais para proteger, também, direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer o direito à autonomia (PESSINI, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados obtidos no decurso deste estudo confirmou uma distinção entre as respostas existentes e as desejáveis, ou seja, mesmo que os

resultados tenham sido considerados satisfatórios, comprovou-se que ainda existem grandes falhas, de acordo com o olhar do cuidador.

Mesmo a PNH sendo um importante instrumento que visa subsidiar as ações em saúde, enfatizando aspectos como valorização da autonomia, protagonismo dos sujeitos, solidariedade dos vínculos estabelecidos, ambiência, entre outros, pouco tem se dado importância a esta política. Fala-se tanto em humanização, mas ainda se desconhece sobre a Política de Humanização, sobre seus parâmetros, princípios e diretrizes.

É preciso tomar conhecimento, e dá seu devido valor, a esta Política, colocar em prática o que vem sendo defendido e ressaltado por ela. Deseja-se, desta maneira, que a PNH possa trazer avanços efetivos na qualificação da assistência à saúde, abrangendo também os cuidados paliativos, possibilitando o resgate da noção de sujeito, tanto coletivo, quanto singular.

Portanto, espera-se que este estudo sirva de reflexão a toda equipe que atua em cuidados paliativos, instigando-os a buscar sempre o melhor, e que sirva, também, de subsídio para trabalhos futuros sobre a temática abordada.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B. B.; FORTES, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. **Revista Bioética**, Brasília, vol. 22, n. 2, p. 299-308, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)> Acesso em: 07 dez. 2016.
- ANDRADE, L. **Cuidados paliativos e serviço social** – um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.
- BECK C.L.C., MINUZI, D. O Acolhimento como proposta de reorganização da Assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Rev. Saúde**, Santa Maria, vol. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 87-99.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- ESSLINGER, I. O paciente, e equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida, afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 149-162.
- INCA – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Incidências do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=2>>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- KOVÁCS, M. J. Cuidando do cuidador profissional. In: OLIVEIRA, R. A. (coord.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 91-100.

\_\_\_\_\_. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)>. Acesso em 20 nov. 2016.

MARANHO, M. B. A. Enfermaria especializada em cuidados paliativos. In: ANDRADE, L. **Cuidados paliativos e serviço social** – um exercício de coragem. Holambra, SP: Ed. Setembro, 2015. p. 165-180.

MARTIN, L. M. A ética e humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 31-49.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde**: a formação do profissional em saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014. p. 181-204.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola, 2014.

TRINDADE, C. S. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde da família**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2303.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer. **Palliative care**. 2002. Disponível em: <[www.who.int/cancer/palliative/en/](http://www.who.int/cancer/palliative/en/)>. Acesso em: 20 set. 2016.

## PERCEPÇÃO DE MULHERES NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

### **Mayrla Diniz Bezerra**

Enfermeira Especialista em Saúde Pública.  
Empresa Serviço Social do Comércio - SESC.  
Fortaleza, CE - Brasil.

### **Viviane Peixoto dos Santos Pennafort**

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Enfermeira Nefrologista do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/EBSERH/UFRN. Docente do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde - PPGQUALISAUDE da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Natal-RN, Brasil.  
E-mail: vivipspf@yahoo.com.br

### **Andréia Weissheimer**

Enfermeira. Associação Peter Pan. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: deia.wr@hotmail.com

### **Paulo Henrique Soares da Silva**

Enfermeiro. Centro Universitário Estácio do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: phsoaressilva@outlook.com

### **Larissa Rodrigues de Freitas**

Enfermeira. Bolsista de extensão tecnológica da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: larissaenfarodrigues@yahoo.com.br

### **Francisca Alice Cunha Rodrigues**

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Enfermeira do *Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.* Rio Grande-RS, Brasil.  
E-mail: alice.cunha1@hotmail.com

### **Samira Valentim Gama Lira**

Pós-doutorado pelo Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza-CE, Brasil. E-mail: vagali@uol.com.br

### **Albertina Antonielly Sydney de Sousa**

Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Professora Visitante da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Redenção-CE, Brasil. E-mail: albertina\_sousa@hotmail.com

**RESUMO:** O parto consiste em um processo fisiológico de muita expectativa para a mulher, que demanda atenção e sensibilidade da equipe de saúde na condução de uma vivência prazerosa e segura para mãe e o bebê. Objetivou-se analisar a percepção de puérperas acerca do processo de parturição e identificar possíveis situações de violência institucional sofridas pelas mesmas. Trata-se de um estudo descritivo na abordagem qualitativa. Os dados foram coletados durante o mês de outubro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, considerando as questões éticas da resolução 466/2012. As principais queixas referidas pelas puérperas no processo de parturição foram a demora no atendimento, dificuldade

de informação e esclarecimento durante a assistência, não contemplação do direito ao acompanhante, práticas intervencionistas desnecessárias e exposição de sua intimidade, falta de ética profissional e descaso ante a dor referida. Tais considerações instigam o repensar acerca da formação, do comportamento e das atitudes profissionais em direção ao acolhimento e cuidado humanizado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Processo de Parturição. Saúde da Mulher. Humanização da Assistência.

## WOMEN'S PERCEPTION ON THE CHILDBIRTH PROCESS

**ABSTRACT:** Childbirth is a physiological process of high expectation for women, which demands attention and sensitivity of the health team in conducting a pleasant and safe experience for mother and baby. This study aimed to analyze the perception of postpartum women about the parturition process and to identify possible situations of institutional violence suffered by them. This is a descriptive study in the qualitative approach. Data were collected during the month of October 2014, through semi-structured interviews, considering the ethical issues of resolution 466/2012. The main complaints reported by the mothers in the parturition process were the delay in care, difficulty of information and clarification during care, lack of contemplation of the right to the companion, unnecessary interventionist practices and exposure of their intimacy, lack of professional ethics and disregard for pain referred. Such considerations instigate the rethinking about the formation, the behavior and the professional attitudes towards the reception and humanized care.

**KEYWORDS:** Childbirth Process. Women's Health. Humanization of Assistance

## 1 | INTRODUÇÃO

Observa-se predominância do modelo assistencial biomédico, o qual se constitui como uma modalidade de cuidado altamente hierarquizada, onde a assistência à saúde considera a pessoa como um "sujeito passivo" (paciente), sem autonomia e incapaz de analisar e tomar suas próprias decisões quando se trata de sua própria saúde (CASAL-MOROS, ALEMANY-ANCHEL, 2014).

No contexto da gestação, parto e puerpério, o modelo biomédico promoveu a institucionalização dos cuidados, desde o pré-natal até o nascimento do bebê, transferindo ao médico e outros profissionais de saúde, o comando e o poder de decisão sobre o processo da parturição estabelecendo, simbolicamente, a "terceirização do parto". Desta forma, ocorre um fenômeno cultural de transferência de um comando de natureza fisiológica, exercido pela mulher grávida, para um comando técnico, exercido pelo médico (PEREIRA et al, 2011).

O parto, no entanto, é um evento social que integra o rol das experiências humanas mais significativas para os envolvidos. É um processo fisiológico normal que demanda cuidado e acolhimento. Apesar disso, esse momento é muitas vezes

permeado pela violência institucional, cometida justamente por aqueles que deveriam ser os principais cuidadores (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

Acrescentam-se condutas consideradas violentas no cotidiano da assistência em maternidades como o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas contra as pacientes, além de negligência no manejo da dor. Essas ações são forjadas por relações de gênero que sistematicamente (e historicamente) obstruem a comunicação e ação livres, interditam a sexualidade e desrespeitam os direitos da paciente (AGUIAR et al, 2013).

Nesse contexto, considera-se o conceito de violência obstétrica, a qual é expressa principalmente pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, física e psicológica, sendo também considerado ato de violência obstétrica, o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos durante o ciclo gravídico-puerperal sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher. Esses atos podem ser cometidos por pessoas íntimas, estranhas, profissionais ou até mesmo por instituições, e podem contribuir para complicações ou efeitos indesejáveis sobre a mãe e o bebê (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que, no mundo inteiro, muitas parturientes sofrem abusos, desrespeito e maus tratos nas instituições de saúde. Tal tratamento não viola somente os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde e à integridade física. Ante essa situação, ressalta-se a necessidade de maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014).

Corroborando com esse cenário inaceitável de abuso e desrespeito, estudos realizados em diversos estados brasileiros apontaram que os profissionais de saúde se utilizaram arbitrariamente de sua autoridade em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres durante o parto e pós-parto (AGUIAR; D'OLIVEIRA; MILFONT et al, 2011).

Nesta perspectiva, considera-se que a relação humana que se estabelece na assistência ao parto, é permeada de sentimentos, emoções e julgamentos. Julga-se que as pacientes mais bem aceitas são bem informadas, têm boa relação com a equipe e geram pouca demanda assistencial. Por outro lado, quando surgem questionamentos, recusas e contestações da autoridade médica ou das rotinas da instituição, a mulher é considerada inconveniente (SENS; STAMM, 2019).

Infelizmente, essa realidade é comum no cotidiano do atendimento institucional à parturiente. Desta forma, torna-se fundamental discutir sobre isso, a fim de esclarecer as nuances desse fenômeno, com o objetivo de que as próprias mulheres encontrem meios de identificá-lo e impedi-lo, tornando-as agentes modificadores dessa realidade (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Na atenção à parturiente, o acolhimento é um dos elementos fundamentais para a humanização da atenção obstétrica. Por meio dele, o trabalhador da saúde se mostra

interessado e disponível em conhecer a mulher, seus familiares e suas demandas de cuidado, amenizando assim, o medo decorrente do parto. A ausência de acolhimento poderá contribuir com o maior desespero da mulher e seus acompanhantes, tendo em vista o tempo de espera para o atendimento e a possibilidade de negação do direito ao leito obstétrico (SANTOS; PEREIRA, 2012).

Dessa forma, faz-se necessário atentar para um modelo assistencialista que respeite a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida, e não somente como um objeto que está sujeito às ordens de quem detém o “poder do saber”. É justamente nesse ponto que se faz necessário inserir os preceitos da humanização (DAMACENO, 2015).

Nesse contexto, a escolha da temática deste estudo se justifica pelas evidências científicas e prática clínica, na qual a vivência dessa situação é relatada por várias mulheres, além de ser pouco discutida entre os profissionais, sociedade e instituições de saúde. Observa-se que o parto e o nascimento são eventos marcantes na vida de uma mulher, porém, dependendo da forma como são conduzidos, podem ser lembrados como uma experiência traumática traduzida pela agressão, violência e desrespeito despendidos por aqueles que deveriam prestar assistência.

Ante o exposto, objetivou-se analisar a percepção de puérperas acerca do processo de parturição e identificar possíveis situações de violência institucional sofridas pelas mesmas.

## 2 | PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um hospital escola de referência em Obstetrícia, Ginecologia e Pré-Natal de Alto Risco, localizado em Fortaleza-CE. Os dados foram coletados durante o mês de outubro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, com oito puérperas, selecionadas conforme os seguintes critérios: puérperas com idade acima de 18 anos, ter parido por via vaginal e estar no alojamento conjunto durante a coleta de dados. Excluíram-se as puérperas que, por alguma intercorrência de saúde, estavam impossibilitadas de participar do momento da coleta.

Os relatos foram gravados e norteados por uma entrevista com duração média de 40 minutos, elaborada com base na literatura pertinente ao tema e tendo como questões: Como você se sentiu durante o atendimento no período de trabalho de parto? Em algum momento você se sentiu frustrada, constrangida, mal tratada ou violentada? Você recebeu orientações dos procedimentos que seriam realizados com você durante o pré e pós-parto?

Os dados foram analisados conforme critérios da análise temática de Minayo (2010), a qual compreende as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Iniciou-se com a transcrição na íntegra das entrevistas, seguida de leitura e releitura do material obtido. Para a organização

e apresentação dos resultados, foram construídas categorias, de acordo com as temáticas elencadas a partir dos relatos das participantes. As categorizações foram empregadas para estabelecer classificações, ou seja, agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger de um modo geral, qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

A partir da análise das entrevistas, emergiram três categorias temáticas: A insatisfação das puérperas acerca da assistência obstétrica; Conduta do profissional de saúde durante o processo de parturição; Satisfação da puérpera: presença e acolhimento da equipe multiprofissional.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o parecer nº 387.135, seguindo os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para seu desenvolvimento, foi solicitada autorização formal ao Hospital Escola do município de Fortaleza-CE e ao responsável técnico pela unidade do alojamento conjunto da unidade. Todas as participantes atestaram sua anuência à pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e, para preservar o anonimato das mesmas, seus nomes foram substituídos por pseudônimos de flores.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As oito puérperas entrevistadas encontravam-se na faixa etária de 18 a 38 anos, todas eram casadas e, predominantemente, apresentavam poucos anos de estudo. Fora as participantes autodenominadas “do lar”, citaram-se as ocupações de costureira e atendente e a renda média das participantes variou entre 1 e 2 salários mínimos, conforme quadro abaixo.

Puérperas	Idade	Escolaridade	Religião	Renda Mensal	Estado civil	Filhos	Ocupação
Acácia	25	Ensino superior	Evangélica	1 SM	Casada	1	Atendente
Bromélia	18	Ensino fundamental completo	Católica		Casada	4	Do lar
Copo de leite	18	Ensino médio completo	Evangélica		Casada	1	Do lar
Dália	30	Ensino fundamental completo	Católica	2 SM	Casada	2	Costureira
Etapélia	38	Ensino fundamental incompleto	Evangélica		Casada	5	Do lar
Ficus	35	Ensino médio completo	Católica	1 SM	Casada	2	Costureira
Girassol	25	Ensino fundamental completo	Católica		Casada	3	Do lar
Hortência	35	Ensino superior	Católica	1SM	Casada	2	Costureira

Quadro 1. Caracterização das puérperas participantes do estudo. Fortaleza-CE, 2014.

Fonte: dados da pesquisa.

## A insatisfação das puérperas acerca da assistência obstétrica

Ao serem questionadas acerca do atendimento prestado na instituição, as puérperas relataram que o mesmo foi, em geral, insatisfatório. Isso foi desvelado por meio dos relatos sobre a demora no atendimento, falta de atenção, julgamento de tentativa de aborto e descaso no momento da consulta, quando destacaram o uso frequente de celulares e as conversas sobre assuntos diversos durante o parto. Desta forma, o cuidado dos profissionais, durante o processo de parto, não se configurou como confortável para a maioria das puérperas. Isso pode ser percebido nas falas a seguir:

Porque assim, demora muito, na hora que você tá com dor [...] Chegar no hospital, aí você esperar por um atendimento e não ter ninguém ali (Acácia).

[...] Acho que, o atendimento geral, faltou atenção. Pra mim, faltou totalmente falta de consideração, respeito [...] Elas (equipe) deveriam me orientar bem, mas é totalmente diferente (Copo de leite).

Assim, ela (médica) quis insinuar que eu tinha tomado alguma coisa. Eu até achei ruim né na hora. Acho que isso não é uma conduta de médico, né? Eu disse: Sim doutora eu sei [...] Meu primeiro filho nasceu de seis meses e o segundo de oito e ela agora. [...] Na hora achei ela (médica) muito bruta, sabe? (Girassol).

[...] não gostei do atendimento [...] assim, não me senti bem porque na hora que eu senti dor, o certo dele (médico) era ter vindo me atender, me avaliar e não tá mexendo em celular falando de num sei o que a Dilma (período de eleição) [...] nesse ponto eu dou, estourando, nota zero (atendimento) (Dália).

Os relatos destacaram que algumas mulheres sofreram certo tipo de violência em maior ou menor grau, segundo suas percepções. Apesar de tais vivências serem um aspecto de cunho subjetivo, ou seja, tem representatividade particular para cada mulher, alguns autores já descreveram situações caracterizadas, indubitavelmente, como violência obstétrica.

São elencadas como categorias de desrespeito e abuso obstétrico: abuso físico; imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência e detenção nos serviços (TESSER et al, 2015). As situações relacionadas às categorias supracitadas, por sua vez, podem ser diversas e dependem do contexto no qual a mulher se encontra.

Corroborando os achados deste estudo, Tesser et al (2015), citam-se outras situações como a comunicação desrespeitosa com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, “descompensadas” ou demandantes.

O cuidado no processo de parturição deve ser baseado nas necessidades da mulher. Porém, essa mudança ainda não ocorreu na maioria das instituições brasileiras que atendem as parturientes, já que são priorizadas as necessidades dos

profissionais e as da instituição em detrimento às das mulheres. Por este motivo, é de grande valia que se investiguem os vetores sócio-históricos que definem os modos de relações sociais que ainda hoje perpetuam a violência contra a mulher neste cenário (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Nesse contexto, é importante conhecer os fatores que influenciam as expectativas e percepção das parturientes no cuidado prestado pela equipe, para que, de alguma forma, esta perspectiva de contornar essas variáveis quando se revelem “negativas”, tentando almejar uma boa relação entre o que realmente importa e a percepção, contribua rumo à satisfação com o atendimento e vivência agradável da experiência da parturição.

Acredita-se que, na investigação científica que pretende auxiliar a transformação social, deve-se dar real importância à fala dessas mulheres. Com isso não só se busca conhecer suas experiências de parto, mas também recuperar sua autonomia através do ato de falar sobre si (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Logo, Santos e Pereira (2012) ressaltam que a relação terapêutica já no primeiro contato entre a equipe de trabalhadores da saúde e a parturiente configura-se como algo fundamental, pois pode amenizar o medo do desconhecido e enfraquece a violência institucional, ainda vigente na atenção à mulher em processo de parturição.

### **Conduta do profissional de saúde durante o processo de parturição**

Os discursos a seguir revelam a vivência de cada puérpera ante a falta de empatia dos profissionais e de situações constrangedoras, marcadas por fragilidade emocional e os sacrifícios durante o processo de partear.

Eu disse doutor pelo amor de Deus eu não tô mais aguentando de tanta dor, ele (médico) disse, não é possível, ai eu peguei fiquei calada (Dália)

[...] Ele (médico) tava mais nervoso que eu. Parece que ele tava em uma prova de parto natural e eu era a vítima. Tanto que na hora do parto ele (médico) foi reprovado na prova. A menina (preceptora) que tava com ele reprovou ele na minha frente em voz alta. Porque ele não pegou a criança (Ficus)

Nessa perspectiva, a entrega da parturiente à equipe é, por definição, uma situação de vulnerabilidade em que os profissionais devem ter cuidado. Há sempre aspectos relacionados com a fisicalidade do processo que não pode ser previsto na elaboração do plano de nascimento, então no processo de cuidar e no desempenho de competência técnica é importante acrescentar as habilidades humanas de atenção, compaixão e apoio (GOBERNATRICES, 2012). Dentre os aspectos físicos, destacam-se a dor, que apesar de ser considerada comum na parturição, muitas vezes é vivenciada pela mulher como uma experiência traumática.

O objetivo principal de assistência materna de qualidade é favorecer uma experiência positiva para a mulher e sua família, capaz de manter a sua saúde física e emocional, prevenir complicações e responder às emergências. Uma boa comunicação

entre a equipe, a mulher e sua família é fundamental para se alcançar tal objetivo. Ambos, mulher e familiares, devem receber apoio constante da equipe assistencial, e suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com linguagem clara e acessível e com tom de voz que traduza calma e serenidade (BRASIL, 2014). Essa necessidade de comunicação efetiva foi ressaltada no relato a seguir:

Na hora que vamos ter menino, a gente quer saber, como é que tá, quer ver a criança, eles (equipe) não sabem disso, não se informam disso, não falam nada pra gente (Bromélia)

A humanização do cuidado é imprescindível na assistência das mulheres em processo de parturição que se entregam aos cuidados profissionais, e deve estar relacionada a atitudes de atenção, proporcionando informações claras, seguras e atender à mulher de forma integral e acolhedora ante os seus desejos e necessidades.

Apesar das regulamentações nacionais, a realidade deslindada pelas puérperas revelou um cenário de desrespeito:

Era toque de todo mundo que tava reunido lá, todos tiveram direito de fazer o exame de toque em mim, foram quatro pessoas diferentes (Ficus)

Por outro lado, a humanização do parto não significa mais uma nova técnica ou mais conhecimento, mas, sim, o respeito à fisiologia do parto e à mulher (MONTE; et al, 2011).

A fim de minimizar a ansiedade e o medo do porvir no processo de parturição, é garantida à mulher a presença de acompanhante em todo o processo de parto conforme a lei Federal n 11.108 de 2005, contribuindo para que a mesma sinta-se mais protegida e confiante (BRASIL, 2005). No entanto, esse direito não foi respeitado, o que pode ser observado no relato:

Ninguém entrou comigo, só depois que ela nasceu; ninguém assistiu meu parto, só falaram que podia entrar depois do meu parto. Meu esposo queria entrar, mas, não permitiram. Eu não sabia que podia entrar [...] (Copo de leite).

Em estudo realizado em Cuba, apresentou resultado semelhante, em que a rede de apoio das mulheres em parturição foi constituída pelo grupo familiar, com maior participação de suas mães, contudo, algumas manifestaram o desejo que se envolvessem o pai neste processo (GARCÍA-JORDÁ et al, 2012).

É preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde e o modelo de atenção que valoriza a técnica em prol do relacionamento humano, para assim proporcionar condições para a inclusão da figura do acompanhante no cenário da parturição, já que negar este direito à mulher corresponde à violação de um direito fundamental de sua vida que é o de ser considerada como ser humano dotado de necessidades (SANTOS; PEREIRA, 2012).

A criação de uma relação de confiança com os profissionais de saúde estimula

sentimentos de segurança que tranquilizam a mulher e resulta em uma interação efetiva e conseqüentemente, a experiência do parto será vivenciada de forma positiva.

### **Satisfação da puérpera: presença e acolhimento da equipe multiprofissional**

A satisfação foi ressaltada por algumas puérperas nos cuidados dispensados pela equipe, destacando as orientações recebidas, a condução tranquila do trabalho de parto e a presença do profissional nos momentos mais críticos.

[...] Meu parto não foi um problema [...], minha bolsa foi estourada, chegaram, explicaram, tiveram toda calma [...] aí fui pra outra sala. Eu passei mal também, mas todos (equipe) tiveram cuidado comigo. Sempre tá ali perto. Não deixaram lá (Acácia).

Não tenho do que reclamar de nada, eu vou ser sincera, o atendimento foi ótimo, os enfermeiros, os médicos me atenderam muito bem graças a Deus [...] Não tenho do que reclamar do hospital (Estapélia).

[...] Eles (equipe) atenderam bem, trataram bem, me orientaram, me acalmaram (Hortência).

Evidenciou-se que a dedicação e o empenho profissional foram destacados pelas puérperas como condutas satisfatórias, de interesse pelo outro, seja na hora do exame físico, nas orientações repassadas, bem como na resolutividade das demandas. Com o desenvolvimento deste vínculo aprimora-se o processo da assistência, que passa a permitir que os profissionais conheçam essas mulheres em processo de parturição, assim como suas necessidades, proporcionando dessa forma, um cuidado materno-infantil diferenciado, sensível ao contexto biossociocultural de cada uma.

## **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se que a violência institucional é uma experiência dolorosa física e psicologicamente vivenciada por algumas mulheres no cotidiano da assistência no processo de parturição em maternidades públicas, como foi retratado no relato das participantes. Essa violência, se expressa através da objetificação da paciente que não é reconhecida como o sujeito na relação com o profissional de saúde, mas como um objeto de intervenção para se chegar a um fim.

As principais queixas referidas pelas puérperas no processo de parturição foram a demora no atendimento, dificuldade de informação e esclarecimento durante a assistência, não contemplação do direito ao acompanhante, práticas intervencionistas e exposição de sua intimidade desnecessárias, falta de ética profissional e descaso relacionado à dor referida.

Tais considerações permitem refletir sobre o atendimento oferecido à mulher durante o parto, assim como, no puerpério imediato e mediato. A partir da realidade observada, sugerem-se mudanças significativas na assistência em busca do

cuidado sistemático, individualizado e participativo, com utilização de estratégias de comunicação e escuta sensível, a fim de reconhecer as necessidades do binômio mãe-filho.

É notória a necessidade de ampla divulgação do tema “violência institucional”, assim como, do estímulo à capacitação continuada de profissionais de todas as categorias com palestras e cursos não só sobre a violência institucional como também sobre ética profissional.

Almeja-se com este trabalho contribuir para a discussão sobre as dificuldades de implantação, na prática assistencial, das diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Ressalta-se, ainda, a incorporação dos preceitos éticos numa perspectiva contextualizada de cuidado integral à mulher na parturição, em que tanto as intervenções técnicas, como as ações de suporte, sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como protagonista deste processo.

Apesar dos achados desta pesquisa revelarem uma realidade local, espera-se contribuir com o repensar do comportamento e atitudes dos profissionais condizentes com as propostas da humanização, bem como a reorientação na formação do profissional de saúde, que ainda é norteadada pelo modelo tradicional biomédico.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface-Comunic. Saude, Educ. 2011, v.15, n.36, p.79-91. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832011000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000100007)

AGUIAR, J.M; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde**. Cad. Saúde Pública. 2013, v.29, n.11, p,2287-2296. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda: Harvard School of Public Health; 2010.

BRASIL. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)

CASAL-MOROS, N; ALEMANY-ANCHEL, M. **Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu**. Index Enferm [Internet]. 2014, v.23, n.1-2, p.61-64. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000100013&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S113212962014000100013>

DAMACENO, D.C. **A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem**. FACIDER Revista Científica, Colíder, 2015. n. 07, p.3. Disponível em: <http://sei-cesuacol.edu.br/revista/index.php/facider/article/view/132/167>

GARCÍA-JORDÁ, D; DÍAZ-BERNAL, Z.; ACOSTA ,A.M. **El nacimiento en Cuba: análisis de la**

**experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012, v.17, n. 7, p.1893-1902. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232012000700029&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000700029&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232012000700029>

GOBERNA TRICAS, J. **Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto.** ENE Revista de Enfermería. 2012, v.6, n.1, p.71-78. Disponível em: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12/11>

MILFONT, P.M.S.; SILVA, V.M.; CHAVES, D.B.R.; BELTRÃO, B.A. **Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres.** Online Braz J Nurs. 2011, v.10,n.3Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493> . [ Links ]

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTE, N.L; GOMES, J.S; AMORIM, L.M.M. **A percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI.** Revista Interdisciplinar NOVAFAPI. 2011, v.4, n.3, p.20-24. 2011. Disponível em:[http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/pesquisa/3\\_v4n3.pdf](http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n3/pesquisa/3_v4n3.pdf)

MUNIZ, S.G; BARBOSA, A.G. **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência.** Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 ISBN 978-959-212-811-8. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/artigo%20parto.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde** (Declaração) [Internet]. 2014. [citado 2018 Dez 22] Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)

PEREIRA, R.R; FRANCO, S.C; BALDIN, N. **A dor e o protagonismo da mulher na parturição.** Rev Bras Anestesiol. 2011, v.61, n.3, p.376-388. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>

SANTOS, L.M; PEREIRA, S.S.C. **Vivências de Mulheres Sobre a Assistência Recebida no Processo Parturitivo.** Physis Revista de Saúde Coletiva, 2012,v.22, n.1, p.77-97. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312012000100005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312012000100005&script=sci_abstract&lng=pt)

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. **A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional.** Interface (Botucatu), 2019, v. 23, e170915. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100277&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277&lng=en&nrm=iso)>.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F. DE A.; DINIZ, S.G. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** RevBrasMed Família Comunidade. 2015, v.10, n.35, p.1-12.

## PRÁTICA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DIABETES

### **Sally Cristina Moutinho Monteiro**

Universidade Federal do Maranhão –UFMA.  
Farmacêutica. Docente do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão.  
UFMA. São Luís, MA – Brasil.

### **Roberta Camila Bezerra Lima Carneiro**

Universidade Federal do Maranhão –UFMA.  
Farmacêutica. Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Maranhão. UFMA. São Luís, MA – Brasil.

### **Ilka Kassandra Pereira Belfort**

Universidade Federal do Maranhão –UFMA.  
Enfermeira. Discente do Programa de Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). São Luís, MA – Brasil.

### **Luciana Branco da Motta**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Professor colaborador do Programa de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas/UERJ.

### **Paulo Marcondes Carvalho Junior**

Diretor Executivo de Medicina do Grupo Afya.  
Professor e Coordenador do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá.

**RESUMO: Objetivo:** relatar a experiência de encontros educacionais para a promoção do autocuidado em diabetes, visando o controle metabólico. **Método:** A modalidade de jogo educativo, Bingo do Diabetes, foi utilizada como

prática pedagógica permitindo a elaboração dos temas com reflexão opondo-se a outras abordagens tradicionais. Foram realizados encontros abordando questões referentes aos aspectos da etiologia, fisiopatologia e possíveis complicações do diabetes mellitus, demonstrando a importância do autocuidado, da prática de atividades físicas e revisão de alguns hábitos de saúde. **Resultados:** As ações realizadas possibilitaram troca de experiências e construção do conhecimento pelos participantes, além do entendimento da vivência individual da doença pelos profissionais de saúde. **Conclusão:** O contato dos graduandos com o Sistema Único de Saúde permitiu uma maior compreensão do processo saúde vs doença e seus aspectos biopsicossociais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária à saúde. Promoção da saúde. Diabetes mellitus. Educação em saúde.

### EDUCATIONAL PRACTICE FOR DIABETES HEALTH PROMOTION

**ABSTRACT: Objective:** To report the experience of educational meetings to promote self-care in diabetes, aiming at metabolic control. **Method:** The educational game modality, Bingo do Diabetes, was used as a pedagogical practice allowing the elaboration of the themes with reflection in opposition to other

traditional approaches. Meetings were held addressing issues related to the etiology, pathophysiology and possible complications of diabetes mellitus, demonstrating the importance of self-care, physical activity and review of some health habits. **Results:** The actions performed allowed the exchange of experiences and knowledge construction by the participants, as well as the understanding of the individual experience of the disease by health professionals. **Conclusion:** The contact of the students with the Unified Health System allowed a better understanding of the health vs disease process and its biopsychosocial aspects.

**KEYWORDS:** Primary health care. Health promotion. Diabetes mellitus. Health education.

## 1 | INTRODUÇÃO

A educação em saúde é compreendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, democratizando o acesso ao conhecimento e tornando os indivíduos da comunidade capazes de atuar como corresponsáveis nesse processo, desenvolvendo a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas e consequências de seus agravos (ALVES e AERTS, 2011).

Esta prática não deve ser restrita a assistência curativa, dando prioridade a intervenções preventivas e promocionais Alves (2005), possuindo um maior impacto quando, além do conhecimento científico, os educadores utilizam experiências da própria população no ato de ensinar, respeitando o indivíduo e tornando-o ativo nesse processo (VINHOLES, ALANO e GALATO, 2009). Nesse contexto, insere-se a Educação Popular em Saúde, pautada no diálogo e na troca de saberes, em que o saber popular é valorizado, caracterizando o Modelo Dialógico de Educação; este, baseado na pedagogia freiriana, pressupõe que o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010).

A prática educacional encontra-se elencada dentre as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica e das equipes multiprofissionais, que devem desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida (BRASIL, 2012). Desse modo, os profissionais de saúde podem assumir a educação em saúde como uma atividade inerente a sua atuação, principalmente na prática do cuidado, onde há a perspectiva de aproximação com os usuários dos serviços de saúde, estabelecendo uma relação estreita e acolhedora com os mesmos, comprometendo-se com o sucesso de sua terapia, focando o cuidado integral do indivíduo (VIEIRA, 2007; VINHOLES, ALANO e GALATO, 2009; OLIVEIRA, GOMES e OVERCENKO, 2010).

Atualmente, Diabetes Mellitus (DM) é um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade, configurando-se como uma epidemia mundial, atingindo aproximadamente 6,2% da população adulta brasileira (BRASIL, 2018). Além da alta prevalência mundial, os custos elevados relacionados ao controle e ao tratamento das complicações crônicas reafirmam a necessidade de desenvolvimento e investimento em programas de educação em saúde.

A educação para autogestão em diabetes é o processo contínuo de facilitar o conhecimento, habilidade e capacidade necessária para o autocuidado, incorporando as necessidades, objetivos e experiências de vida da pessoa com diabetes (Funnell, 2008). A finalidade dessa prática é apoiar a tomada de decisão informada, comportamentos de autogerenciamento, a resolução de problemas e a colaboração ativa com a equipe de saúde para melhoria dos resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida.

Considerando diversos aspectos inerentes a complexidade do diabetes, as estratégias de educação em saúde podem promover mudança de comportamento e aderência às recomendações, bem como a promoção e apoio ao autocuidado, uma vez que são elementos críticos do cuidado do diabético, intencionando a melhoria de seus resultados e qualidade de vida (Brasil, 2013; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018). Assim, o objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de encontros educacionais para a promoção do autocuidado em diabetes, visando o controle metabólico.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que apresenta a prática de orientações em saúde, no período de julho a dezembro e 2013, com diabéticos cadastrados no SIS-HIPERDIA atendidos por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Antônio Guanaré, localizada no bairro Coroadinho, em São Luís, Maranhão, Brasil.

A amostragem foi por conveniência, contemplando indivíduos cadastrados no SIS-HIPERDIA, com idade igual ou superior a 25 anos, de ambos os sexos, sem distinção de etnia e com diagnóstico de diabetes mellitus do tipo 2 (DM2) há pelo menos 3 anos. Como critérios de exclusão utilizou-se: gestantes, lactantes, pessoas que passaram por processo cirúrgico nos últimos 3 meses, usuários com déficit físico e mental que os impedia de comparecer a UBS e/ou seguir a dinâmica das ações propostas; bem como aqueles que não compareceram as consultas nos últimos 6 meses. Os usuários foram convidados verbalmente e gentilmente a participarem das atividades, sendo esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos. Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), resguardando-se a privacidade, respeito e anonimato das informações prestadas.

Em data e horário pré-agendado, pelas agentes comunitárias de saúde (ACS), os usuários responderam um questionário semiestruturado (individualmente) para levantamento de condições sociodemográficas (idade, sexo, cor, situação conjugal, escolaridade, aposentadoria, profissão), clínicas (pressão arterial, glicemia capilar, índice de massa corpórea), hábitos de vida (tabagismo, exercício físico, uso de bebida alcoólica) e terapia medicamentosa (com presença das caixas de medicamentos ou prescrições médicas). Nesta mesma oportunidade foram realizadas aferição da pressão arterial (PA) com esfigmomanômetro aneroide e estetoscópio, respeitando os valores de corte e as observando a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) e determinação da glicemia capilar (jejum) utilizando lancetas estéreis, tiras reativas e glicosímetro da linha Accu-Chek Advantage II (Roche®), considerando os valores de corte e as orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013). Todos os usuários receberam individualmente os resultados de glicemia capilar e da aferição da pressão arterial, além de orientações e esclarecimentos de dúvidas sobre o diabetes, sua terapia e sobre o controle metabólico.

Foram realizadas cinco atividades educacionais em grupo, em dias pré-determinados, de comum acordo entre os pesquisadores, a equipe de saúde e os participantes, na Igreja Católica do bairro, com duração aproximada de uma hora e vinte minutos cada uma. Em cada encontro compareceram 12 a 15 pessoas mais os profissionais de saúde (médico, enfermeira, farmacêutico, agentes comunitários de saúde e 2 a 4 alunos de graduação em Farmácia).

A equipe passou por orientação e treinamento prévios quanto ao acolhimento, à postura, linguagem, forma de comunicação e atividades desenvolvidas (aplicação do questionário, aferição da pressão arterial, determinação da glicemia capilar e do índice de massa corporal).

As atividades educacionais foram desenvolvidas utilizando um jogo educativo, o Bingo do Diabetes, idealizado pelos autores do estudo, cujas cartelas foram geradas com auxílio do software gratuito Bingo Card Maker (versão 3.8). Por meio desse bingo foram abordados aspectos da etiologia, fisiopatologia e possíveis complicações do DM2, demonstrando também a importância do autocuidado, da prática de atividades físicas e revisão de alguns hábitos – alimentação, tabagismo, etilismo – para a melhoria da qualidade de vida.

Inicialmente os participantes foram acolhidos com cumprimentos e músicas, preparando o ambiente para a efetiva realização de um trabalho coletivo e cooperativo. As cadeiras foram dispostas em círculo e, após a apresentação e esclarecimentos sobre a atividade a ser desenvolvida, as cartelas do bingo educativo (Figura 1) foram distribuídas aleatoriamente para os usuários. A atividade foi conduzida utilizando princípios semelhantes ao Método da Roda ou Método Paideia (CARDOSO, 2012), objetivando a construção do fortalecimento e a autonomia dos sujeitos e grupos no entendimento do diabetes, tornando-os capazes de realizar análise e intervenção sobre

sua saúde, conhecendo seus problemas e agindo sobre eles (BRASIL, MAGALHÃES e XIMENES NETO, 2012). Em virtude das limitações de leitura de alguns participantes a equipe se posicionou junto a eles para auxiliá-los no desenvolvimento do jogo.

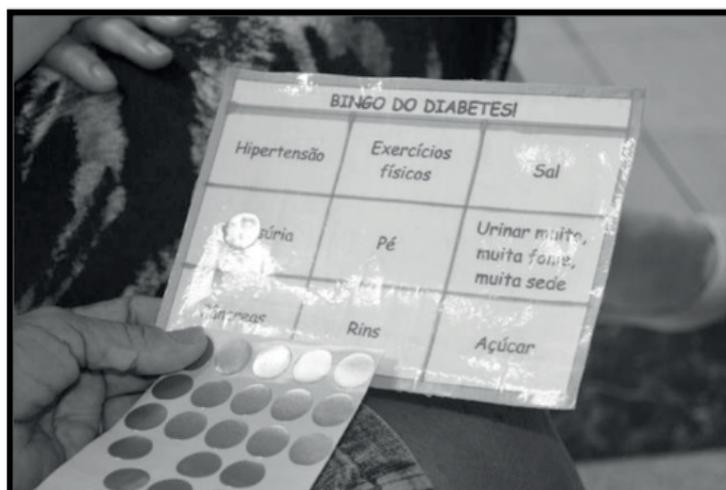


Figura 1 Cartela do Bingo do Diabetes

Ao final de cada encontro foi aplicado um questionário (previamente testado e validado com 10 participantes) cuja finalidade foi sondar o nível de satisfação do usuário quanto ao tema, abordagem e utilidade da atividade, bem como sua avaliação quanto ao atendimento durante as ações realizadas. Foram apresentadas dez perguntas objetivas, das quais oito eram em escala Likert e duas optativas (“sim” ou “não”) além de duas perguntas subjetivas relacionadas a críticas e sugestões. Ressalta-se que, objetivando alcançar melhor compreensão e facilitar a captação da resposta do usuário, a equipe optou por demonstrar os pontos usando cinco representações faciais progressivas correspondentes a cada conceito da escala de satisfação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão HU/UFMA com parecer número 289.937.

Os resultados dos instrumentos de coleta de dados foram digitados em planilhas previamente elaboradas, no programa Microsoft Excel, versão 2007, utilizando a técnica de dupla digitação, visando evitar possíveis erros de transcrição. A análise qualitativa das variáveis sociodemográficas e dos questionários de satisfação do usuário foi executada também no referido programa por meio de porcentagem, média e desvio padrão.

### 3 | RESULTADOS

Participaram das atividades educacionais 25 usuários diabéticos, com média de idade de  $59,4 \pm 11,2$  anos. Durante o período de ação educacional não foi registrado casos de complicações clínicas, internações ou óbitos dentre os participantes. Os

dados sociodemográficos e clínicos se encontram descritos na Tabela 1.

**Tabela 1:** Variáveis sociodemográficas e clínicas dos usuários participantes da ação educacional

Variável	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<b>Sexo</b>	4 (16%)	21 (84%)	-
<b>Idade (anos)</b>	62,0 ± 4,7	58,9 ± 12,1	-
<b>Cor (autodeclarada)</b>			
Branco	4 (16%)	6 (24%)	10 (40%)
Negro	-	10 (40%)	10 (40%)
Pardo	-	5 (20%)	5 (20%)
<b>Situação Conjugal</b>			
Casado	2 (8%)	4 (16%)	6 (24%)
Solteiro	1 (4%)	8 (32%)	9 (36%)
Viúvo	-	6 (24%)	6 (24%)
Divorciado	-	1 (4%)	1 (4%)
Outros	1 (4%)	2 (8%)	3 (12%)
<b>Aposentadoria</b>			
Sim	2 (8%)	8 (32%)	10 (40%)
Não	2 (8%)	13 (52%)	15 (60%)
<b>Morbidade</b>			
Diabetes	1 (4%)	7 (28%)	8 (32%)
Diabetes + Hipertensão	3 (12%)	14 (56%)	17 (68%)
<b>Pressão arterial (mmHg)</b>			
Sistólica	128 ± 10	141 ± 17	-
Diastólica	85 ± 10	93 ± 13	-
<b>Glicemia capilar (mg/dL)</b>	193 ± 89	201 ± 89	-

Fonte: Dos Autores

Quanto ao estilo de vida, apenas 16% relataram fazer atividade física, sendo que um usuário declarou ingerir bebida alcoólica de 2 a 3 vezes por semana (cerveja e/ou cachaça) e ser fumante (1 cartela de cigarro por dia). Quando questionados sobre a saúde, 64% declararam não se sentirem saudáveis.

Em relação ao nível de escolaridade, 16% não são alfabetizados, e apenas 8% chegaram ao ensino médio, não havendo indivíduos que tenham frequentado o ensino superior. Além disso, 24% são polimedicados (utilizam cinco ou mais medicamentos) e 28% encontram-se em fase de utilização de insulina.

Conforme o bingo transcorria, abria-se espaço para as discussões na roda, indagando, estimulando, ouvindo e esclarecendo dúvidas sobre o assunto, criando um ambiente propício para que cada um se sentisse à vontade e relatasse sua vivência cotidiana, partilhando-a com a equipe e com os demais participantes. Nesse momento também se procurou resgatar os conhecimentos prévios dos indivíduos acerca do tema, e sempre que surgiam equívocos ou dúvidas os participantes eram estimulados a debatê-las e esclarecê-las, abrindo espaço para construção mútua de perspectivas e do saber.

O jogo do bingo conseguiu provocar interesse e motivou os participantes a

compartilharem suas experiências, permitindo expressar seus sentimentos em relação à doença e apoio mútuo. Além disso, foi possível compartilhar informações, expor problemas relativos ao enfrentamento da doença, resultando num contexto de aprendizagem distribuída.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde) também se mostraram interessados e participaram ativamente, uma vez que compreenderam a importância da integração profissional/ indivíduo para a promoção de saúde em diabetes.

Após a atividade foi solicitado que os usuários avaliassem individualmente a ação desenvolvida por meio do questionário de satisfação. Para as questões de 1 a 8, cujos conceitos iam de péssimo a muito bom, obteve-se o resultado demonstrado na Tabela 2.

**Tabela 2:** Satisfação dos usuários participantes da ação educacional por questão (1 a 8)

Questão	Conceito						
	Razoável		Bom		Muito Bom		
	n	%	n	%	n	%	
1	Você gostou da roda de conversa?	-	-	9	36%	16	64%
2	Você conseguiu compreender o tema?	2	8%	7	28%	16	64%
3	Você gostou do jogo de hoje?	-	-	7	28%	18	72%
4	O jogo foi esclarecedor?	-	-	9	36%	16	64%
5	O conteúdo abordado ajudará na sua rotina?	-	-	5	20%	20	80%
6	O tempo de duração do encontro foi adequado?	3	12%	7	28%	15	60%
7	Você foi bem atendido?	-	-	6	24%	19	76%
8	A equipe técnica foi capaz de responder às suas dúvidas?	-	-	7	28%	18	72%

Legenda: n = número de usuários que assinalaram cada conceito; % = percentual do conceito em relação ao total de cada questão.

Fonte: Dos Autores

Por fim, quanto à coleta de sugestões, apurou-se o pedido de uma maior periodicidade desse tipo de encontro e sugestões de temas diversificados, os quais se encontram demonstrados no Gráfico 1.



Gráfico 1 Temas sugeridos pelos usuários para futuros encontros.

No que diz respeito aos profissionais que participaram das atividades, os mesmos relataram que a experiência de trabalhar com essa técnica educativa proporcionou um olhar ampliado do indivíduo, estimulou maior interação e desenvolvimento de linguagem apropriada para auxiliar os usuários no seu cuidado. Já os estudantes de Farmácia relataram que a experiência vivida junto aos usuários e profissionais da ESF trouxe uma melhor compreensão acerca da importância da atenção primária a saúde, além de possibilitar a identificação do farmacêutico enquanto educador e auxiliador no cuidado do paciente crônico.

#### 4 | DISCUSSÃO

A experiência vivenciada permitiu identificar que as estratégias utilizadas (consulta individual e o jogo) apresentam grande potencial para estimular o diabético a refletir sobre sua condição e adoção de um estilo de vida saudável, bem como a construção do conhecimento coletivo, mediante uma pedagogia dialógica.

Observou-se nesse estudo que, apesar dos usuários serem acompanhados individualmente pelo Programa Hiperdia e pela Estratégia de Saúde da Família, alguns possuíam glicemia capilar e/ou valores pressóricos alterados, o que corrobora a necessidade de implantação de um atendimento individual integral, uma vez que todos frequentemente utilizam o serviço de saúde. Além disso, grande parte dos usuários não se considera saudável (resultados não demonstrados), estando alguns em uso concomitante de vários medicamentos. Esses dados demonstram uma demanda por práticas educativas que propiciem esclarecimento e orientação quanto à terapia e melhorias no estilo de vida e controle de variáveis clínicas, bem como um acompanhamento frequente e criterioso.

O papel fundamental da equipe de saúde está em promover a melhora da qualidade de vida, e isso acarreta não somente a prescrição e provisão de terapias, medicamentos e insumos; é também um exercício de escuta e entendimento da percepção individual dos usuários sobre saúde e doença, enxergando-os integralmente, ultrapassando a visão biomédica (ALVES e AERTS, 2011; BRASIL, 2013; BRASIL, 2017). Segundo Glasgow, Peeples e Skovlund (2008) é importante que sejam considerados como parâmetros de avaliação em diabetes o bem-estar psicossocial e o autocuidado do paciente, ajudando profissionais e pacientes diabéticos a lidar com as complexidades atreladas às múltiplas condições crônicas, integrando assim o cuidado.

Nesse sentido, considera-se a prática educacional em grupo como um ambiente propício à troca de saberes e experiências, além de possibilitar ao usuário uma reflexão a respeito de sua condição clínica. Experiências no Brasil e exterior têm apontado a educação em grupos para diabéticos como benéfica, inclusive na melhora de parâmetros clínicos (RICKHEIM, WEAVER e FLADER, 2002; SILVA et al., 2006; AVILÉS e VÁSQUEZ, 2007; OTERO, ZANETTI e OGRIZIO, 2008; RODRIGUES et al., 2009; TORRES et al., 2009; VIEIRA, 2011).

A roda de conversa, que nessa experiência foi aliada ao método dialógico de educação, é valorosa e demonstra uma postura menos impositiva e mais colaborativa, aumentando a capacidade de análise e intervenção dos envolvidos, adequando-se assim às práticas de promoção da saúde, onde deve ser valorizado o diálogo, reconhecendo que o usuário também é sujeito portador de saber (ALVES, 2005; UCHÔA, 2009; TORES et al., 2012).

Foi possível perceber no decorrer da atividade que as maiores dúvidas e discussões eram geradas quando o assunto era a fisiopatologia do diabetes. Nesse sentido, a discussão tornava-se enriquecida quando os próprios usuários tomavam a iniciativa de esclarecer uns aos outros quanto àquilo o que estava sendo falado; foi possível, então, observar as percepções individuais e coletivas e cooperar para que o conhecimento gerado na conversa fosse inteligível a todos os presentes.

Além disso, a participação ativa da equipe da ESF demonstra que a mesma possui o comprometimento adequado com os usuários e encontra-se sensibilizada para assumir ações de promoção e participar de atividades visando a aprendizagem significativa da população. Segundo Souza et al. (2005), o trabalho na comunidade permite ao profissional de saúde conhecer a realidade e potencialidades do meio, o que deve facilitá-lo na prática da educação em saúde. Desse modo, entende-se que os benefícios gerados atingem não somente o usuário, mas à própria equipe de saúde envolvida, que também é passível de aprendizado. Considerando o valor da interdisciplinaridade, onde diversas ações, saberes e práticas se complementam e não há uma predefinição que limite quem ensina ou aprende, é importante que os diversos profissionais envolvidos na atenção primária desenvolvam esse espírito colaborativo tanto entre eles mesmos quanto com a própria comunidade.

No que diz respeito aos discentes, verificou-se que este contato com a realidade cotidiana do usuário permitiu uma compreensão mais ampla do processo saúde/doença e trouxe à tona a complexidade que envolve as dimensões emocional, familiar e social do indivíduo, enfatizando desta forma a importância e necessidade do desenvolvimento de competências voltadas para a atenção integralizada e o trabalho em equipe.

Para avaliar como o usuário percebeu a ação realizada a equipe buscou, por meio do questionário de satisfação, registrar opiniões e sugestões, no intuito de repensar atitudes e valorizar as necessidades do público. Franco, Silva e Daher (2011) afirmam que para que a construção do conhecimento ocorra através do diálogo e potencialize a autonomia é preciso que estes se articulem aos interesses e vontades dos usuários. Assim, ao analisar as respostas dos usuários, foi possível perceber que, de maneira geral, a atividade foi bem avaliada, estando todas as respostas compreendidas entre os conceitos “razoável” e “muito bom”, sendo este último o que obteve o maior percentual de concordância.

As questões melhor avaliadas foram “O conteúdo abordado hoje ajudará na sua rotina?” e “Você foi bem atendido?”, com 80% e 76% de aprovação total, respectivamente; este é um resultado animador, pois demonstra que os principais objetivos da ação foram alcançados, contribuindo para a tomada de atitudes e decisões dos usuários e possibilitando um maior conforto e aproximação na relação entre eles e os profissionais de saúde.

Porém, faz-se necessário repensar, junto aos participantes, a dinâmica do encontro, aprimorando a metodologia utilizada e aproveitando adequadamente o tempo disponível. Por outro lado, de maneira geral, a dificuldade de assimilação nesta e em outras atividades pode ser encarada como fruto do desafio enfrentado por profissionais de saúde em ajustar metodologias educacionais dialógicas para as quais não foram capacitados, ou que até mesmo desconhecem (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO e LEITE, 2010). Assim, é evidente a necessidade de um redirecionamento nas instituições que formam esses profissionais no sentido de prepará-los para desenvolver tais ações, uma vez que é reconhecido o valor das mesmas para a comunidade e para a própria equipe de saúde.

A plena aceitação dos usuários participantes da ação e sua disposição em retornar sempre que esse espaço for ofertado foi evidenciada com a unanimidade de respostas positivas às questões 9 e 10, e também pelas sugestões de que esses encontros ocorram com maior frequência. Um dos participantes sugeriu ainda que seria interessante trazer elementos da cultura maranhense, como as brincadeiras folclóricas o que representa para a equipe a aproximação dos valores e das maneiras de expressão da comunidade, podendo ser pensada, por exemplo, uma forma de aliar o lazer proporcionado por essas brincadeiras ao benefício que o abandono do sedentarismo pode trazer ao diabético.

Dentre as demais sugestões recebidas para um próximo ciclo de ações

educativas, figuraram os temas hipertensão, doenças renais e problemas de visão, que são algumas das principais complicações crônicas relacionadas ao diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012). Também foi sugerido o tema “osteoporose” alvo de preocupação da maioria dos participantes (mulheres) por se encaixarem no grupo suscetível a essa doença.

De maneira geral, a avaliação da satisfação deve ser um compromisso da equipe de saúde com o usuário, uma vez que essa prática implica em assumir a resposta às suas expectativas e utilizá-las na tomada de decisões (MENDES, 2003). Além disso, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2018), ao colocarem a educação como ferramenta necessária para atingir metas a curto prazo, enfatizam que isso não é suficiente para sustentar o autocuidado do indivíduo, sendo necessário portanto que ações como esta sejam contínuas e que deem preferência ao aprendizado ativo, estabelecendo as necessidades do público alvo. Em face a isso, a equipe deve se comprometer a tornar essas ações cada vez mais rotineiras no ambiente da Atenção Primária ao portador de diabetes.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados são positivos, indicando a assimilação da importância do autocuidado, o enriquecimento da prática profissional e a agregação de valor ao trabalho da ESF em parceria com a academia. Percebe-se que grande parte das dificuldades de adesão e efetividade do tratamento dos diversos agravos está no distanciamento entre usuário e profissional de saúde, sendo perdida assim a grande oportunidade representada pela postura colaborativa na melhora clínica e no bem-estar psicossocial.

Os profissionais de saúde e os discentes proporcionaram uma valorização da subjetividade do sujeito através um aprendizado mútuo e compartilhado, que pode ou não validar estratégias de assistência, demonstrando a possibilidade de aliar e preservar as singularidades dos usuários e a necessidade da interdisciplinaridade focada na garantia da atenção integralizada, buscando aceitação e reciprocidade entre a equipe e os sujeitos assistidos.

As diversas possibilidades de aprendizagem em grupo favorecem mudanças rápidas e eficientes, possibilitando um conhecimento amplo e aumentando a experiência de cada componente no processo saúde-doença. Desse modo, metodologias que valorizem a troca de experiências e a construção coletiva de saberes são verdadeiramente úteis e essenciais quando se trata de promoção da saúde, especialmente nas condições crônicas, como o Diabetes Mellitus, contribuindo não somente com o usuário, mas com o próprio profissional de saúde.

## 6 | AGRADECIMENTOS

Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Discentes do Curso de Farmácia da UFMA. Médico, Enfermeira e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde Dr. Antônio Guanaré (Coroadinho). Ao apoio financeiro Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS-2014) Ministério da Saúde e Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento do Maranhão (FAPEMA).

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Gehysa G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 6, p. 39-52, fev. 2005.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, Bethesda, v. 35, Supl 1, p. 64-71, 2012.
- AVILÉS, Alberto G. P.; VÁSQUEZ, R. M. Efectividad de una estrategia educativa sobre los parámetros bioquímicos y el nivel de conocimientos en pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, v. 15, n. 3, p. 165-174, jul./set. 2007.
- BRASIL, Rogena W. N.; MAGALHÃES, J. F.; XIMENES NETO, F. R. G. Análise das contribuições do método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 54, jan./mar. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf)>Acesso em: 2 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Ampliação da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- CANDEIAS, Nelly M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, set. 1997.
- CARDOSO, Ivana M. “Rodas de educação permanente” na atenção básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, Supl 1, p. 18-28, 2012.
- FIGUEIREDO, Maria F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 1, n. 63, p. 117-121, jan./fev. 2010.

- FRANCO, Thais A. V.; SILVA, J. L. L.; DAHER, D. V. Educação em saúde e a pedagogia dialógica: uma reflexão sobre grupos educativos na Atenção Básica. *Informe-se em Promoção da Saúde*, v. 7, n. 2, p. 19-22, 2011.
- FUNNELL, Martha M. et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care*, Bethesda, v. 31, n. 1, p. 97-104, jan. 2008.
- GLASGOW, Russell E.; PEEPLES, M.; SKOVLUND, S. E. Where is the patient in diabetes performance measures? The case for including patient-centered and self-management measures. *Diabetes Care*, Bethesda, v. 31, n. 5, p. 1046-1050, may 2008.
- MENDES, Vera L. P. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: questão de cidadania. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 18, n. 1/2, p. 97-110, jan./ago. 2003.
- OLIVEIRA, Franciéle M.; GOMES, M. L.; OVERCENKO, T. O profissional farmacêutico na assistência ao PSF: atuação do farmacêutico no núcleo de assistência à saúde da família – NASF. *Primeira Versão*, Porto Velho, v. 30, n. 265, p. 1-8, set. 2010.
- OTERO, Liudmila M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença, antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008.
- RICKHEIM, Patti L.; WEAVER, T. W.; FLADER, J. L. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*, Bethesda, v. 25, n. 2, p. 269–274, fev. 2002.
- RODRIGUES, Flávia F. L. et al. Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 4, p. 12, jul./ago. 2009.
- SILVA, Terezinha R. et al. Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, set./dez. 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-18*. 3. ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2018.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018*. São Paulo: SBD, 2012-2013.
- SOUZA, Aline C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, ago. 2005.
- TORRES, Ana E. et al. A roda em movimento e os movimentos da roda: refletindo sobre experiências. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 4, n. 8, p. 96-104, jan./jun. 2012.
- TORRES, Heloisa C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 291-298, 2009.
- UCHÔA, Alice C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa Saúde da Família (PSF): potencialidades e limites. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 299-311, abr./jun. 2009.

VIEIRA, Fabiola S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 12, p. 213-220, jan./mar. 2007.

VIEIRA, Gisele L. C. *Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em Unidades Básicas de Saúde – Belo Horizonte – MG*. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VINHOLES, Eduardo R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 293-303, 2009.

## PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS COM AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E MOTIVOS QUE LEVARAM AO USO: PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS

**Mitieli Vizcaychipi Disconzi**  
**Annie Jeanninne Bisso Lacchini**  
**Cíntia Nasi**

**RESUMO:** **Objetivo:** identificar as primeiras experiências e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Realizada na Unidade e Ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Participaram do estudo 20 usuários de substâncias psicoativas, sendo que 12 estavam internados na Unidade de Adição e oito em tratamento no Ambulatório de Adição. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e análise de conteúdo, respeitando os preceitos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados:** as primeiras experiências do uso tiveram início na infância, posteriormente na fase da adolescência e os motivos que levaram ao uso: curiosidade, festas, influência de amigos, familiares e a presença de familiares com extrema rigidez. **Considerações Finais:** foi possível identificar situações vulneráveis de possível atuação do enfermeiro no desenvolvimento de programas educacionais, com enfoque na promoção e prevenção da saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos relacionados

ao uso de substâncias; Usuários de drogas; Saúde mental; Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) salienta que droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.<sup>1</sup>

As Substâncias Psicoativas (SPAs) lícitas são aquelas legalizadas e aceitas por uma sociedade, como o cigarro e o álcool, porém o consumo excessivo dessas substâncias, mesmo sendo socialmente aceito, traz prejuízos à saúde e pode ser caracterizada como porta de entrada para o consumo de substâncias ilícitas, como, por exemplo, crack, maconha e heroína.<sup>2</sup> Quando a utilização dessas substâncias se dá de forma abusiva e repetitiva, sem que haja um controle do consumo, frequentemente instala-se a dependência.<sup>3</sup>

As consequências do abuso e da adição ao álcool, tabaco e outras substâncias, vão além dos danos individuais e orgânicos, uma

vez que interferem tanto para a pessoa, como também para o contexto familiar, transformando os membros da família em co-dependentes, causando desagregação familiar, angústia e sofrimento.<sup>4</sup> Em um estudo que teve como objetivo conhecer as causas e as consequências do uso de drogas para usuário e a família, verificou que a curiosidade, imaturidade, acontecimento marcante na família, com o qual não souberam lidar, depressão e a rebeldia foram as causas apontadas pelos usuários de drogas.<sup>4</sup>

Ainda, em relação à adição, nos últimos anos, observou-se um crescimento no cenário epidemiológico referente ao consumo de SPAs lícitas e ilícitas. O estudo justifica-se pela alta prevalência de usuários de SPAs e a necessidade de pensar em estratégias para promoção da saúde e prevenção do uso. O relatório de 2014 do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODOC) estima que cerca de 230 milhões de pessoas, ou seja, 5,2% da população adulta mundial consumiu alguma droga ilícita, ao menos uma vez, no ano de 2010. São cerca de 27 milhões consumidores de SPAs, o que representa 0,6% da população adulta mundial. No ano de 2012, aproximadamente, 242 milhões de pessoas, cerca de 5,2 % da população mundial, entre 15 e 64 anos, fez uso de pelo menos uma substância psicoativa. A maconha foi a mais utilizada, seguidos por opióides, cocaína e sintéticos. As mortes relacionadas ao uso de SPAs foram estimadas em 182 mil no ano de 2012.<sup>5</sup>

Nesse estudo buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: quais são os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas, os usuários do ambulatório e da internação do Serviço de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre?

Essa pesquisa tem como objetivo identificar as primeiras experiências e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas. Com os resultados dessa pesquisa busca-se oferecer melhores reflexões e reorientações de propostas terapêuticas mais efetivas para essa população.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, buscando identificar as primeiras experiências e os motivos que levaram ao uso das substâncias psicoativas dos usuários da unidade de adição e do ambulatório de adição da Unidade Álvaro Alvim (UAA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O estudo foi desenvolvido na unidade de internação de adição e no ambulatório de adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de março a setembro de 2017. Os participantes do estudo constituíram-se de 20 sujeitos, usuários de SPAs, sendo que oito usuários estavam em acompanhamento no ambulatório de Adição e 12 usuários estavam na internação da Unidade de Adição do Serviço de Adição da UAA do HCPA.

A escolha dos participantes na unidade de internação foi realizada de forma

intencional. No ambulatório foi solicitada a indicação dos pacientes à equipe assistencial, a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) Idade acima de 18 anos; b) Possuir condições de verbalização. Como critérios de exclusão: a) Pacientes desorientados; b) Apresentar riscos para si ou para a equipe assistencial; c) Estar intoxicado no momento da entrevista. O número de participantes foi definido no decorrer das entrevistas, a partir da técnica de saturação dos dados. O método de amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada em diferentes áreas no campo da Saúde. No entanto, é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.<sup>6</sup> A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevista semiestruturada. Foi organizado em duas partes: na primeira, foram coletados os dados de identificação dos participantes, a fim de caracterizá-lo. Na segunda parte, apresentam-se as questões norteadoras, que serviram como fatores de motivação para que o participante construa sua narrativa acerca da temática proposta. As entrevistas foram gravadas em gravador digital. Na medida em que as informações foram sendo coletadas, foi realizada a transcrição das mesmas, na íntegra, com posterior leitura dos relatos, a fim de garantir maior compreensão das mesmas. As coletas foram realizadas em horários previamente agendados, realizadas nos consultórios da unidade de internação e do ambulatório conforme sua disponibilidade.

Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo do tipo temática, sistematizada por Minayo,<sup>7</sup> cujos passos levam com que as falas sejam separadas por categorias, analisadas e elencadas de acordo com as entrevistas. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, respeitando os preceitos éticos, previstos na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.<sup>8</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob registro CAAE 62543916.7.3001.5345, emitido no dia 20/03/2017.

## **CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Para a garantia da manutenção do anonimato dos participantes os nomes foram codificados pela letra E (maiúscula) seguida de números arábicos sequenciais (1,2,3,4...) conforme a ordem da realização das entrevistas. O perfil dos participantes segue conforme o roteiro semiestruturado.

Na tabela 1, observa-se que a idade dos participantes variou entre 40 anos a 65 anos, quanto à situação conjugal os solteiros predominaram, seguido de divorciados e casados. Em relação às crenças, destaca-se a religião católica, seguida da espírita e não possuir religião. Quanto à ocupação, identifica-se o trabalho na construção civil, seguida de motorista, autônomo, técnico em chaves, reciclagem, serralheiro, atendente, agricultura, administrador, marceneiro, ajudante de carga, garçom, comerciante e professor.

Características	n
<b>Idade</b>	
De 40 a 49 anos	8
De 50 a 59 anos	10
De 60 a 65 anos	2
<b>Situação Conjugal</b>	
Solteiro	11
Divorciado	7
Casado	2
<b>Crença</b>	
Católico	13
Não possui	2
Espírita	2
Agnóstico	1
Cristã	1
Ateu	1
<b>Ocupação</b>	
Construção civil	4
Motorista	3
Autônomo	2
Técnico em chaves	1
Reciclagem	1
Serralheiro	1
Atendente	1
Agricultura	1
Administrador	1
Marceneiro	1
Ajudante de carga	1
Garçom	1
Comerciário	1
Professor	1
<b>Total participantes</b>	<b>20</b>

Tabela 1 - Perfil dos participantes: idade, situação conjugal, crença, ocupação

Fonte: dados da pesquisa (2017)

Considerando a substância psicoativa lícita e ilícita utilizadas pelos usuários, conforme mostra a tabela 2, observa-se que o consumo se inicia pela bebida de álcool, sendo esta, utilizada por todos os participantes da pesquisa, acredita-se que seja devido ser uma substância lícita, de fácil acesso, seguida pelo tabaco. Como substâncias ilícitas, a maconha foi a mais apontada, após foi o uso da cocaína aspirada. Também, foram utilizadas as seguintes substâncias psicoativas: crack, anfetaminas, Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), lança perfume e chá de cogumelos.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas revelou que cerca de 67 milhões de pessoas consomem álcool regularmente, das quais 17%, ou seja, aproximadamente

11 milhões, apresentam uso abusivo ou dependência.<sup>9</sup>

Características	n
<b>*Substâncias Psicoativas</b>	
Bebida de álcool	20
Tabaco	12
Maconha	10
Cocaína aspirada	7
Crack	4
Anfetaminas	3
LSD	2
Lança perfume	1
Chá de cogumelos	1
Total participantes	20

Tabela 2 - Perfil dos participantes: substâncias psicoativas utilizadas

Fonte: dados da pesquisa (2017)

LSD: Dietilamida do Ácido Lisérgico

\*A soma ultrapassa 100%, já que a maioria dos participantes faz uso de várias substâncias psicoativas ao mesmo tempo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Primeiras experiências do uso de substâncias psicoativas

O uso e abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas vem crescendo e sendo utilizada progressivamente pela população infantil. Conforme foram identificadas no estudo, as primeiras experiências do uso de SPAs tiveram início na infância, e posteriormente na fase da adolescência e adulta. Conforme a lei nº 8.069, de 1990, considera-se criança, o indivíduo de até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela com faixa etária entre doze e dezoito anos de idade.<sup>1</sup> Portanto, observa-se que os primeiros contatos com o uso da bebida de álcool foram na fase infantil. Os entrevistados E5, E6, E7 comprovam estes aspectos:

eu comecei a tomar muito cedo o álcool. Meu primeiro porre foi aos 7 anos de idade, eu trabalho em Alambique, lá no interior [...] eu estava a noite toda ali sozinho no engenho tomando graspa, graspa pura. (E5)

quando eu tinha 8 anos, eu comecei a beber [...] Foi quando deu uma tragédia na família, deu uma briga e dai o meu pai matou uns cara lá [...] dai eu comecei a beber [...]. (E6)

comecei a tomar espuma desde pequeno, 6, 7 anos já comecei por ai a tomar a espuma da cerveja [...] aos 14 anos comecei a tomar bebida em geral, cerveja, caipira, samba [...]. (E7)

O consumo de SPAs torna-se um problema grave, sobretudo quando acontece durante a infância ou adolescência.<sup>10</sup> É nessa fase que muitas pessoas têm suas primeiras experiências com o tabaco, álcool e drogas ilícitas. Porém, cerca de 1/5

da população mundial é composta por adolescentes e aproximadamente 90% deles vivem em países em desenvolvimento como o Brasil.<sup>11</sup> Em estudo transversal que reuniu informações sobre o uso de SPAs em 761 participantes entre 14 e 19 anos de idade, observou-se que mais da metade dos adolescentes entrevistados eram usuários regulares de álcool.<sup>12</sup> Outro estudo mostra-se que há evidências de que o álcool é a droga mais consumida por adolescentes, com início entre 14 a 16 anos.<sup>13</sup>

Conforme o entrevistado E2, na fase escolar foi onde o entrevistado referiu ter iniciado o uso, fazendo o uso do tabaco, maconha e a cocaína. No entanto, observa-se que o uso de substâncias psicoativas se inicia por diversas idades, começa precocemente na adolescência, e ocasiona significativas alterações no âmbito biológico, familiar, social e ocupacional.<sup>10,14</sup> Em estudo realizado, que teve como objetivo estimar a prevalência do uso de drogas por discentes de uma escola pública no estado de Goiás, concluiu-se que a prevalência de uso/experimentação da SPAs entre os adolescentes escolares é alta, com maior prevalência no período matutino e no sexo masculino, sendo as drogas lícitas mais amplamente consumidas entre os jovens.<sup>15</sup> Observa-se na fala dos entrevistados E2 e E15:

Na fase escolar. Primeiro me ofereceram um cigarro, de curioso comecei [...] depois me ofereceram maconha, lá pelos meus 12 anos [...] e depois me ofereceram cocaína mas nesse meio tempo, sempre bebia alguma coisa. (E2)

eu acho que eu devia ter uns 18 anos com o álcool, mas com o cigarro eu comecei com uns 16, logo que eu comecei a trabalhar. (E15)

Nesta fase, na adolescência, os aspectos do funcionamento, das conexões e das capacidades são diferentes.<sup>16</sup> O desenvolvimento humano é marcado por transformações biopsicossociais importantes para a vivência na vida adulta. A fase da adolescência é caracterizada por vulnerabilidade psicológicas, biológicas e sociais, que podem acarretar prejuízos à saúde.<sup>17</sup> Todavia, são inúmeras as transformações físicas e emocionais pelas quais necessariamente todo adolescente passa. Alguns conseguem superá-las naturalmente, outros, no entanto, enfrentam dificuldades para adaptar-se a nova fase.

A população adolescente é altamente vulnerável à condução sob a influência de substâncias psicoativas e desajustes sociais, pois é um período de transformações naturais que ocorrem, em que o ser deixa de ser criança e passa a se ver como adulto, mas não possui ainda as capacidades de atender a todas as demandas advindas neste processo de transformação.<sup>18</sup> No entanto, na adolescência, os fatores de risco para dependência estão relacionados ao início precoce do uso, curiosidade, influência da mídia, relacionamento conturbado com os pais, abuso sexual, violência doméstica, baixa autoestima e pressão de colegas.<sup>19</sup> Observa-se nos relatos dos entrevistados E13, E14 e E17:

eu iniciei com a maconha, nos meus 16 anos [...] 1, 2 anos depois comecei com o álcool e depois a anfetamina, cocaína, o que viesse pela frente eu consumia. (E13)

eu nos meus 13, 14 anos a família sempre davam um pouquinho de vinho [...] quando eu comecei a frequentar o quartel, com meus 18 anos, comecei a exagerar um pouco na bebida. (E14)

o álcool, isso começou muito cedo, no tempo do meu pai, com uns 15 anos [...] Mas começou a se tornar mais grave aos 18 anos, quando eu já comecei a namorar, eu frequentava a casa do cunhado e ele era alcoólatra também. (E17)

Percebe-se nas falas que os usos de SPAs podem influenciar e ser influenciado pelas relações estabelecidas pelo usuário, tanto no trabalho quanto na sua rede familiar e social de suporte. Nessa perspectiva muitas vezes, se instala a dependência pelo uso. A pesquisa mostrou que muitos usuários tiveram início na adolescência, por influência do meio em que se convive, através de amigos ou familiares que utilizam a substância. Podemos evidenciar na fala dos entrevistados E9 e E12 e E16:

foi com os meus amigos da infância com 15 anos eu comecei a fumar maconha e o álcool era pouco. Com uns 18 eu fui pro quartel e ai sim eu conheci bastante tipos de substâncias e lá eu comecei a usar praticamente diariamente. (E9)

Tinha 17 anos [...] foi com maconha e álcool, mas foi mais pra enturmar, pra ser aceito na turma. (E12)

eu tinha 17anos [...], nas rodas de amizade assim, tinha uso de álcool, ai tornou-se um vício, tornou-se a vontade de beber diariamente. (E16)

Outro aspecto importante é a presença de familiares com extrema rigidez disciplinar ou com dificuldades de relações e de impor limites para o comportamento do jovem podendo interferir na organização satisfatória desse período acarretando algum comportamento de risco incluindo o uso e abuso de substâncias psicoativas.<sup>20</sup> Esta consideração pode ser constatada, na entrevista E20, quando o entrevistado relata que cansou de ser “certinho” e procura a fuga o uso do álcool e maconha para ser “malandro”:

Eu comecei a usar álcool muito cedo, lá pelos 15 anos [...] Eu era muito certinho daí eu resolvi que eu ia aprender a ser malandro né, então eu comecei a beber, também comecei a fumar maconha. (E20)

A maioria dos estudos demonstram que o uso inicia na adolescência.<sup>10,14</sup> Ao contrário disso, das 20 entrevistas realizadas, um entrevistado relatou que teve início o uso de SPAs na fase adulta. Observa-se na entrevista E4:

maconha, tinha uns 28 anos, foi uma brincadeira de eu e outro colega [...] bebida de álcool eu comecei com um pouco e quando vi eu estava quase no fundo do poço. Eu estava com 27 anos. (E4)

bebida de álcool eu comecei com um pouco e quando vi eu estava quase no fundo do poço. Eu estava com 27anos. Daí eu bebi uns três anos... quatro anos, começou a bater uma fraqueza né, o meu organismo não era pra bebida, daí eu procurei uma ajuda né? (E4)

Em um levantamento domiciliar realizado em 2012, pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD/UNIFESP) em 149 municípios do país, detectou que o

número de adultos que bebe pelo menos uma vez por semana subiu 20% (de 45% da população total em 2006 para 54% em 2012). A prática de beber pesado episódico (beber cinco doses ou mais numa única ocasião para homens e 4 doses ou mais para mulheres) também aumentou. A cerveja era a bebida mais consumida nessas ocasiões.<sup>9</sup>

A medida em que o uso, abuso e dependência de SPAs afeta toda a sociedade e vem percorrendo proporções cada vez mais alarmantes, é importante considerar o início do consumo da bebida de álcool, pois tem sido cada vez mais precoce, sugerindo então, a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento para essa população.<sup>9</sup>

### **Motivação para o uso da substância psicoativa**

Conforme a literatura,<sup>14,21</sup> utilizada para embasar o presente estudo, muitos são os motivos que podem levar os participantes a usar a SPAs. No entanto, a pesquisa mostrou que uma das motivações para o uso, giraram em torno da curiosidade, em sua maioria na adolescência. Observa-se nos relatos dos entrevistados E2, E13 e E20:

[...] Curiosidade porque os outros faziam, era bonito na época. Em plena ditadura militar, então era um desafio fazer uma coisa daquelas [...]. (E2)

eu quero ver, quero experimentar, quero ver qual é que é. (E13)

Curiosidade, eu queria experimentar tudo o que me aparecia de droga pela frente eu experimentava, uma curiosidade assim, e uma motivação de experimentar pra saber como é que era. (E20)

A curiosidade natural dos adolescentes é um dos fatores de maior influência na experimentação da bebida de álcool e outras SPAs, assim como a opinião dos amigos e a facilidade para conseguir drogas. A curiosidade do adolescente o faz buscar novas sensações e prazeres. Podemos constatar conforme a fala do entrevistado E7:

[...] a cada sexta eu ficava mais tempo, comecei a experimentar o álcool, a cachaça mesmo, aí eu senti mais prazer, comecei a tomar cachaça que financeiramente sai mais barato? (E7)

O adolescente vive o presente, busca realizações imediatas, e os efeitos das drogas vão ao encontro disso, proporcionando prazer imediato. Ao mesmo tempo, a curiosidade é um fator fundamental importante para a utilização da SPAs. Em estudo realizado com 30 adolescentes com 13/14 anos sobre o consumo de drogas. Quando questionados sobre os fatores que explicam o consumo inicial, os adolescentes entrevistados informaram: a existência de problemas pessoais (n=12); o consumo pelos pares (n=11); a curiosidade (n=11); e a escolha individual (n=4).<sup>22</sup> Neste mesmo estudo, os adolescentes informaram que a influência dos pares e a experimentação da droga em grupo proporcionam a entrada na trajetória de consumo de drogas. Esse

achado é condizente com as entrevistas E3 e E15:

É o meio, o meio [...] *amigos. Ali nas festas* e tal rolava uma “carrera” ali, uma “carrera” aqui, outra ali. Mas não era tão disseminada como é hoje (referente a cocaína). (E3)

comecei com o álcool indo pras festa [...] com amigos, vai toma um golinho, toma um pouquinho, ai eu entrei no álcool né. (E15)

O adolescente é facilmente influenciável pelo ciclo de amizades. Nesta fase, o uso de SPAs podem exercer influência, com o intuito de ser aceito em determinado grupo social, desafiar limites, despertar a curiosidade e promover emoções.<sup>23</sup> No entanto, é importante trabalhar os aspectos de necessidades a saúde de forma interdisciplinar, conhecendo seus sentimentos, participar de suas preocupações, dar atenção, apoio e dialogo.<sup>24</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de SPAs tem sido alvo de grande preocupação, em vista da epidemiologia atual em várias regiões do Brasil devido aos danos que causa aos usuários, tais como problemas físicos, morais, sociais e psicológicos.

No presente estudo, podemos perceber que a maioria dos participantes iniciam o consumo pela bebida de álcool, algo comum por ser considerada uma SPAs lícita de fácil acesso no ambiente em que se vive, sendo, de certa forma, o consumo estimulado por meio da mídia, como as propagandas na televisão, desconsiderando a dependência de álcool como uma doença grave.

Analisando a pesquisa realizada, observa-se que as primeiras experiências do uso de substâncias psicoativas tiveram início na infância, e posteriormente na fase da adolescência, e as motivações para o uso foram: curiosidade, festas, influência de amigos, familiares e a presença de familiares com extrema rigidez.

O consumo de álcool, tabaco e outras SPAs tornou-se uma preocupação de saúde pública, contudo, trabalhar essa questão necessita de uma série de ações específicas que envolvam os aspectos biopsicossociais. Além disso, a compreensão desses aspectos é fundamental para se pensar na promoção da saúde e na prevenção do uso, sendo a escola o lugar onde se deve ter o início da implantação de ações educativas, pois neste espaço é onde a criança ou o adolescente pode adquirir o conhecimento e treinamento de habilidades para enfrentar a vida frente as SPAs. Importante, também, que o trabalho não fique somente dentro das salas de aula, seja realizado conjuntamente com as famílias e comunidade de onde as crianças/adolescentes estão inseridas.

No tratamento da dependência química, é de relevância a presença do profissional da saúde, em especial o enfermeiro, este, deve procurar estabelecer um relacionamento terapêutico, estabelecendo uma relação de respeito e confiança,

ouvindo, sem realizar juízos de valores. Deve preocupar-se, pois, não só com o lado físico, mas também com o psicológico do indivíduo. Entendo, também, que a família do usuário de SPAs deve ser acolhida. É aconselhável que o enfermeiro ouça a família, estabeleça com ela uma relação de diálogo sobre os conflitos típicos para melhor ajuda-lo.

Como limitação deste estudo, cabe destacar que o mesmo foi realizado com usuários de SPAs nos serviços como o ambulatório e unidade de internação, para novos estudos sugere-se investigar essa temática em outros locais de tratamento. Considera-se relevante a necessidade de ampliar ações, promovendo a qualidade de vida, como também, investimento na promoção e prevenção, promovendo à saúde de forma integral para as crianças, adolescentes e os familiares.

Este tema não se esgota aqui. Outras áreas de conhecimento como o campo da psicologia, sociologia entre outras áreas, podem contribuir para aprofundar discussões sobre esta temática.

## REFERÊNCIAS

- Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [Internet]. 13ª ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2015. [acesso em 2017 ago 14]. Disponível em: <http://wellingtonfagundes.com.br/senador/wp-content/uploads/2016/09/Estatuto-da-Crianca-e-do-Adolescente.pdf>.
- Bessa MA. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 maio [acesso em 2017 ago 21];15(3):633-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a04.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300004>.
- Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. Contextos clínicos [Internet]. 2012 jun [acesso em 2017 out 19];5(1):62-72. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.51.07/847>
- Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. Rev enferm UFP [Internet]. 2014 mar. [acesso em 2019 jul 16]; 8(3); 641-8. Disponível em <https://periódicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download/9720/9804>
- Unitec Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). World Drug Report [Internet]. Viena: UNODC; 2014. [acesso em 2016 jun 12]. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_20\\_14\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_20_14_web.pdf).
- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 jan [acesso em 2016 jun 21];24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed São Paulo: Hucitec; 2014.
- Ministério da Saúde (BR); Conselho Nacional de Saúde; Comissão Nacional de Ética em pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção I, p.59-62.
- Laranjeira R., organizador. II Levantamento Nacional de álcool e drogas 2012 (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)

UNIFESP; 2014.

Capistrano FC, Ferreira ACZ, Silva TL, Kalinke LP, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 jun [acesso em 2016 jun 21];17(2):234-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a05.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>.

UNICEF. Progress for children: A report card on adolescents. [Internet] New York: United Nations Publications, 2012. [acesso em 2017 set 07]. Disponível em: [https://www.unicef.org/publications/files/Progress\\_for\\_Children\\_-\\_No.\\_10\\_EN\\_04232012.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children_-_No._10_EN_04232012.pdf).

Madrugá CS, Laranjeira R, Caetano R, Pinsky I, Zaleski M, Ferri CP. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil: a national survey. Addict Behav [Internet]. 2012 out [acesso em 2013 maio 29];37(10):1171-5. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Madruga5.pdf>.

Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 21];25(2):314-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a25v25n2.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200025>.

Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. Rev. gaúcha enferm. [Internet]. 2013 mar [acesso em 2017 out 21];34(1):140-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/18.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100018>.

D'Orazio WPS, Carvalho SA, Lima TH, Borges AAT, Picoli MC, Marques A et al. Uso de drogas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes no ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio - GO. Holos [Internet]. 2013 [acesso em 2017 out 21];29(5):305-14. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/1479>.

Jensen FE, Nutt AE. O cérebro adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2016.

Barroso TMMDA, Mendes AMOC, Barbosa AJF. Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 set [acesso em 2017 out 21];17(3):466-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0466.pdf> <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300009>.

Santos MB, Costa LNA. O uso de drogas na adolescência. Cadernos de Graduação- Ciências Humanas e Sociais [Internet]. 2013 out [acesso em 2017 out 12];1(17):143-50. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/viewFile/952/516>.

Rozin L, Zagonel IPS. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. Acta paul enferm [Internet]. 2012 [acesso em 2017 ago 21];25(2):314-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a25v25n2.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200025>.

Benchaya MC, Bisch NK, Moreira TC, Ferigolo M, Barros HMT. Pais não autoritativos e o impacto no uso de drogas: a percepção dos filhos adolescentes. Jornal de Pediatria [Internet]. 2011 jun [acesso em 2017 out 21];87(3):238-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/a10v87n03.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572011000300010>.

Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. Rev bras epidemiol [Internet]. 2011 set [acesso em 2017 out 21];14(Suppl 1):166-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14s1/a17v14s1.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>.

Trigo S, Silva S, Fraga S, Ramos E. Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. Arq med [Internet]. 2015 abr [acesso em 2017 out 21];29(2):39-45. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v29n2/n29n2a02.pdf>.

Lopes GT, Belchior PC, Felipe ICV, Bernardes MM, Casanova EG, Pinheiro APLP. Dinâmicas de criatividade e sensibilidade na abordagem de álcool e fumo com adolescentes. Rev enferm UERJ [Internet]. 2012 [acesso em 2016 jul 16];20(1):33-8. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3972>.

Abreu LDP, Mendonça GMM, Andrade AC, Oliveira GR, Aurélio DO, Rocha FA, et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no “Grupo Adolescer”. Adolescência e Saúde [Internet]. 2013 dez [acesso em 2017 out 21];10(4):66-70. Disponível em: [http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=427#](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=427#).

## PRIMEIROS SOCORROS NAS ESCOLAS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES

### **Valéria de Albuquerque Sousa**

Secretaria Municipal de Saúde de Picos – PI

Picos – PI

Nutricionista

### **Fernanda Nascimento Silva**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Picos – PI

### **Gerdane Celene Nunes Carvalho**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Picos – PI

### **Ana Letícia Nunes Rodrigues**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Picos – PI

### **Adenilde Maria Coelho Soares da Silva**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Floriano – PI

### **Ancelmo Jorge Soares da Silva**

Prefeitura Municipal de Floriano – PI

Floriano – PI

Secretário de Governo

### **Izabella Neiva de Albuquerque Sousa**

Serviço Social do Transporte (SEST) – Serviço

Nacional de Aprendizagem do Transporte

(SENAT)

Picos – PI

Cirurgiã-Dentista

### **Joaline Barroso Portela Leal**

Secretaria Municipal de Saúde de Picos – PI

Picos – PI

Enfermeira Ambulatorial

### **Laise Maria Formiga Moura Barroso**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Picos – PI

### **Mariluska Macedo Lobo de Deus Oliveira**

Universidade Estadual do Piauí – UESPI

Picos – PI

### **Nadjane Bezerra de Sousa**

Secretaria Municipal de Saúde de Alegrete do

Piauí – PI

Alegrete do Piauí – PI

Estratégia de Saúde da Família

### **Roseane Luz Moura**

Universidade Estadual do Piauí

Picos – PI

**RESUMO:** A educação em saúde, uma estratégia das tecnologias leves, refere-se ao processo de construção do conhecimento, tendo as escolas papel importante e crescente na promoção de saúde, prevenção de doenças e acidentes entre crianças e adolescentes. Diante dessa importância, esse estudo tem como objetivo utilizar entre as tecnologias leves a educação em saúde para orientações aos professores da educação infantil e fundamental sobre noções básicas de primeiros socorros na escola. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa, realizado entre Março a Setembro de 2016, em algumas escolas na cidade de

Picos-PI, subsidiado pelos estágios da disciplina Trabalho em Campo II, do curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí. Os encontros foram realizados nas escolas, mediados pela Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade e acadêmicos acompanhados pela docente. Temas como parada cardiorrespiratória, hemorragias, síncope, convulsões, fraturas, obstrução das vias aéreas, acidentes, entre outros, contemplaram os conteúdos abordados, através da exposição de vídeos, orientações teóricas e práticas, com auxílio de material necessário. As atividades oportunizaram o envolvimento e a troca de saberes e experiências, a partir da problematização de situações cotidianas na tentativa de buscar soluções frente a possíveis agravos que exigem condutas básicas de primeiros socorros. Dessa forma, são de suma importância o treinamento e aperfeiçoamento de professores quanto às práticas de primeiros socorros, sendo este um ambiente onde se tornam responsáveis pelos alunos no período em que se encontram na escola.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tecnologia. Educação em Saúde. Primeiros Socorros. Capacitação de Professores.

### FIRST AID IN SCHOOLS: TEACHER HEALTH EDUCATION

**ABSTRACT:** Health education, a light technology strategy, refers to the process of knowledge building, with schools playing an important and growing role in health promotion, disease prevention and accidents among children and adolescents. Given this importance, this study aims to use health education among light technologies to provide guidance to early childhood teachers and elementary school on first aid basics in school. This is a descriptive study of the type of experience report with qualitative approach, conducted between March and September 2016, in some schools in the city of Picos-PI, subsidized by the internships of the Field Work II course of the Bachelor of Nursing course. from the State University of Piauí. The meetings were held in schools, mediated by the Coordinator of the city's Emergency Mobile Service and academics accompanied by the teacher. Topics such as cardiopulmonary arrest, hemorrhages, syncope, convulsions, fractures, airway obstruction, accidents, among others, covered the contents addressed through the exposure of videos, theoretical and practical guidelines, with the help of necessary material. The activities allowed the involvement and exchange of knowledge and experiences, from the problematization of everyday situations in an attempt to seek solutions in the face of possible problems that require basic first aid behaviors. Thus, the training and improvement of teachers regarding first aid practices is of paramount importance, which is an environment where they become responsible for students during their time in school.

**KEYWORDS:** Technology. Health Education. First Aid. Teacher Training.

## INTRODUÇÃO

A educação em saúde, uma estratégia das tecnologias leves, refere-se ao processo de construção do conhecimento, tendo as escolas papel importante e

crescente na promoção da saúde, prevenção de doenças e acidentes entre crianças e adolescentes.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no ano de 2007 através do decreto nº 6.286, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Para alcançar esses propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes, dentre eles está a educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens (BRASIL, 2007).

A Lei nº 13.722 de 04 de Outubro de 2018, torna obrigatório à capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil.

De acordo com o levantamento mais recente do Ministério da Saúde, datado de 2015, 810 crianças morreram naquele ano vítimas de sufocamento acidental. Desse total, 611 tinham menos de um ano de idade (SENADO NOTÍCIAS, 2018).

Atividades de educação em saúde no âmbito escolar acerca de primeiros socorros permitem a construção do hábito em saúde, facilitando a prevenção e/ou minimização de agravos além da participação da escola (LIMA, 2018).

De acordo com o exposto, o objetivo do trabalho é utilizar entre as tecnologias leves a educação em saúde para orientações aos professores da educação infantil e fundamental sobre noções básicas de primeiros socorros na escola.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial descrever características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2002). O relato de experiência é uma modalidade que descreve experiências vivenciadas ou atividade prática contendo tanto impressões reais quanto psicológicas e críticas que sejam importantes a serem compartilhadas (VIANA, 2013).

A pesquisa qualitativa pode ser descrita como o experimento de uma compreensão detalhada dos significados e elementos situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 2010).

O relato de experiência surgiu a partir de um projeto de extensão formulado e enviado para apreciação pelo departamento de extensão como projeto de livre demanda, com a aprovação do mesmo. O estudo foi realizado em algumas escolas do município de Picos – PI, entre março e setembro de 2016, subsidiado pelos estágios da disciplina Trabalho em Campo II, da matriz curricular do curso Bacharelado em

Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí, Campus Professor Barros Araújo.

Os encontros foram realizados nas escolas, mediados pela Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade e acadêmicos acompanhados pela docente da disciplina e coordenadora do projeto de extensão. Temas como parada cardiorrespiratória, hemorragias, síncope, convulsões, fraturas, obstrução das vias aéreas, acidentes, entre outros, contemplaram os conteúdos abordados, através da exposição de vídeos, orientações teóricas e práticas, com auxílio de material necessário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tecnologias são processos concretizados a partir da experiência cotidiana do cuidar em saúde e algumas, derivadas de pesquisa para o desenvolvimento de um conjunto de atividades produzidas e controladas pelos seres humanos. Serve para gerar e aplicar conhecimentos, dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la uma abordagem científica (NIETSCHE et al, 2014).

As tecnologias em saúde são classificadas em leves, ou das relações, que pressupõem o vínculo, acolhimento, escuta sensível, entre outros; leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia; e duras, que são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais (MERHY, 2007).

O ambiente escolar surge com uma forte função social não meramente de ensinar, mas de cuidar e acolher as crianças.

As qualificações em emergências instituídas nas escolas, oportunizam aos servidores conhecimentos sobre primeiros socorros, assegurando um ambiente mais seguro, minimizando as complicações e possíveis sequelas as vítimas (CALANDRIM, 2017).

Os professores, por terem educação acadêmica voltada para docência, tem a consciência de que possuem inaptidão para intervir em situações de urgência e emergência, despertando preocupação diante das possibilidades de acontecimentos dessa natureza.

O ensino das práticas de primeiros socorros se restringe apenas aos profissionais de saúde, no entanto os educadores devem também ser preparados para os primeiros socorros, desde os procedimentos mais simples de cuidados aos pequenos acidentes ao suporte básico de vida (LIMA, 2018; SENA et al., 2008).

Relatos sobre vivências em situações de acidentes na escola é um indício destes acontecimentos e ratifica a indispensabilidade de noções básicas de primeiros socorros elementares aos professores responsáveis.

Em uma pesquisa sobre a análise do conhecimento de professores sobre primeiros socorros, observou-se que a baixa capacitação de professores de escolas

públicas sobre noções básicas de primeiros socorros retrata um despreparo da maioria desses profissionais para atuarem como socorristas em casos de acidentes escolares (GOMES et al., 2011).

As atividades oportunizaram o envolvimento e a troca de saberes e experiências, a partir da problematização de situações cotidianas na tentativa de buscar soluções frente a possíveis agravos que exigem condutas básicas de primeiros socorros.

A falta de conhecimento sobre primeiros socorros por parte dessa população acarreta inúmeros problemas, como o estado de pânico ao ver o acidentado, a manipulação incorreta da vítima e ainda a solicitação excessiva e às vezes desnecessária do socorro especializado em emergência (FIORUC, 2008).

Lima (2018), com relato de experiência similar ao presente refere à importância do trabalho de educação em saúde, atuando com o intuito de prevenção e também de ações a serem feitas de forma correta em um momento de emergência.

Considera-se que a promoção de educação em saúde sobre essa temática para os professores pode auxiliar em uma assistência mais adequada às crianças vítimas de acidentes, evitando o uso de técnica imprópria.

## CONCLUSÃO

As orientações sobre primeiros socorros devem ser ofertadas de modo continuado, tanto para capacitação quanto para reciclagem dos profissionais já capacitados.

Dessa forma, são de suma importância o treinamento e aperfeiçoamento de professores quanto às práticas de primeiros socorros, sendo este um ambiente onde se tornam responsáveis pelos alunos no período em que se encontram na escola.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Presidência da República. **Decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília:Diário Oficial da União; 2007.

BRASIL. **Lei nº 13.722 de 04 de outubro de 2018**. Torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. Brasília, 2018.

CALANDRIM, L. F. et al. **Primeiros socorros na escola: treinamento de professores e funcionários**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 18, n. 3, p. 292-299, 2017.

FIORUC, B. E. et al. **Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo**. Revista eletrônica de enfermagem, v. 10, n. 3, 2008.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo. Editora Atlas, 2002.

GOMES, L. M. X.; SANTOS, C. A.; MENDES, M. R. **Análise do conhecimento sobre primeiros socorros de professores de escolas públicas**. Cadernos de Ciência e Saúde. Enfermagem e Farmácia. Montes Claros, Faculdades Santo Agostinho, v. 1, n. 1, p. 57-64, 2011.

LIMA, E. M. H. **Estratégias de educação em saúde em creches do município de Teresina-PI: Um Relato de Experiência**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 12, n. 1, p. 261-268, 2018.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

NIETSCHE, E.A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H.P. **Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do/a enfermeiro**. Porto Alegre (RS): Moriá; 2014.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SENA, S. P.; RICAS, J.; VIANA, M. R. A. **A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental, Belo Horizonte**. Revista Medicina Minas Gerais, v. 18, n. 4 Supl 1, p. S47-S54, 2008.

SENADO NOTÍCIAS. **Aprovada capacitação obrigatória em primeiros-socorros para professores de escolas e creches**. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br>>. Acesso em: (21/08/2019).

VIANA, R. **Como fazer um Relato de Experiência (exemplo) para apresentação em Jornada Acadêmica**. Disponível em: < <https://poematisando.blogspot.com/2013/02/como-fazer-um-relato-de-experiencia.html>>. Acesso em: (19/08/2019).

## PRIMEIROS SOCORROS: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE DOCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL-PR

### **Renata Jacobovski**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.  
Enfermeira na Prefeitura Municipal de Curitiba  
e pós-graduada em Enfermagem do Trabalho.  
Cascavel – PR.

### **Franciele Foschiera Camboin**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.  
Professora titular e Mestre em Enfermagem.  
Cascavel – PR.

### **Edson Antônio Alves da Silva**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.  
Professor titular e Doutor em Métodos Numéricos  
em Engenharia. Cascavel – PR.

**RESUMO:** O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento em primeiros socorros de professores de escolas públicas do município Cascavel-PR. Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório-descritivo. A coleta de dados foi realizada por questionário contendo questões fechadas e algumas descritivas. Fizeram parte da amostra alguns docentes do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas da região Sul do município referido. Os dados resultantes foram tabulados em planilha eletrônica, caracterizados e analisados por meio da estatística e expressos de maneira descritiva. Concluiu-se que os professores da amostra foram coerentes diversas vezes com a literatura ao responderem às questões sobre

primeiros socorros, apesar de várias notas terem sido insuficientes e da maioria deles não ter recebido formação nesse tema durante e após a graduação. A pesquisa também mostrou que o conhecimento em primeiros socorros desses educadores não depende do tempo de atuação na docência, da área de formação nem das práticas educativas realizadas durante e após o ensino superior. Sugere-se ser de grande relevância que esses docentes recebam atividades educativas em primeiras assistências de forma continuada e inovadora, nos aspectos teórico e prático, para que possam assimilar as informações mais pertinentes ao assunto por maior tempo. Vale ressaltar que os resultados desse trabalho poderão embasar ações futuras de transformação da realidade escolar, além de ser consonante com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência do Ministério da Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Primeiros Socorros. Educação Continuada. Enfermagem.

### TEACHER'S AVALIATION ABOUT FIRST AID AT PUBLIC SCHOOLS IN CASCAVEL-PR

**ABSTRACT:** This study aimed at evaluating the first aid knowledge of public-school teachers in Cascavel-PR city. Thus, this is a quantitative study of exploratory and descriptive character. Data collection was carried out by a

questionnaire with alternative questions and some descriptive ones. Teachers from the ninth year of high school at public schools in Southern region of Cascavel-PR volunteered themselves to answer such questionnaire. The resulting data were tabulated in an electronic spreadsheet, characterized and statistically analyzed, as well as expressed descriptively and tabled ways. It was observed that the sampled teachers were in accordance with the literature when they answered the questionnaire concerning first aid, despite several scores have been recorded as inadequate and most of them have not carried out educational practices in this area during and after graduation. The research has also shown that knowledge in first aid regarding these teachers does not depend on teaching labor time, training, educational area or practices undertaken during and after higher education. This suggests that it is of great importance that these teachers receive educational practices on first aid in a continuous and innovative way, based on theoretical and practical aspects so that they can get enough information that is essential to this subject. It is noteworthy that the obtained results can base future actions to change the school reality, besides being in line with the National Policy on Reduction of Morbidity and Mortality by Accidents and Violence of the Ministry of Health.

**KEYWORDS:** First Aid. Ongoing Education. Nursin.

## 1 | INTRODUÇÃO

Acidente é um evento não intencional, causador de lesões físicas e emocionais, ocorrendo em vários ambientes, como o doméstico, o laboral e o escolar. Situa-se no Brasil como um problema de saúde pública de grande transcendência e magnitude, com notável impacto na morbidade e mortalidade da população. Desse modo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde traz diretrizes para a valorização de medidas de promoção da saúde e prevenção dos acidentes e violências (BRASIL, 2005).

As lesões por acidentes e violências são a terceira causa de morte em crianças de zero a nove anos de idade, a primeira causa de morte em adultos jovens de 10 a 39 anos e a sexta causa de morte em idosos (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Em 2013 ocorreram no Brasil 150.310 óbitos por causas externas. No estado do Paraná foram 8.953 óbitos e na cidade de Cascavel-PR foram 270 óbitos. No país inteiro a faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade registrou 2.383 óbitos e a faixa dos 15 aos 19 anos teve 15.773 óbitos. Além disso, houve nesse mesmo ano 493 pessoas sequeladas devido a mesma causa (BRASIL, 2013a).

Segundo dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em 2011 houve 47.455 atendimentos por causas externas, sendo que 42.958 (90%) foram relacionados a acidentes. Desses, os mais comuns foram as quedas, com 30,9%, e os acidentes de transporte, com 26,2%. Outros acidentes, como sufocação, afogamento, intoxicação, ferimentos por objetos e animais, torções e compressões

corresponderam a 31,6% das ocorrências. No caso das quedas, o maior número foi de crianças, adolescentes e adultos jovens (BRASIL, 2013b).

Agravos e lesões podem ser reduzidos por meio de medidas de prevenção, promoção e monitoramento contínuo de fatores de riscos (PARANÁ, 2014). Crianças e adolescentes sofrem acidentes por que a comunidade em que vivem não lhes confere um entorno protetor e nesse aspecto se faz necessária uma legislação efetiva voltada para a segurança e o envolvimento ativo de todos os setores da sociedade, como a saúde, a educação e a comunidade, em ações de controle de acidentes (SÃO PAULO, 2007).

É possível referir que crianças e adolescentes tendem a passar um terço do dia na escola ou no caminho em direção a esta (SENA, 2008). Desse modo, a aquisição de conhecimentos básicos em primeiras assistências pelos educadores também se torna algo preponderante para prevenir agravos, salvar vidas e evitar atendimentos tardios e mal feitos (GOMES et al, 2011).

Assim sendo, seria de grande relevância a existência de políticas públicas com enfoque na capacitação em primeiros socorros, de maneira contínua e efetiva, dentro do ambiente escolar (BRASIL, 2013c; FALCÃO; BRANDÃO, 2010).

Baseando-se no exposto, esse estudo objetiva avaliar o conhecimento em primeiros socorros dos professores do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas da região Sul do município Cascavel-PR. Buscou-se também relacionar esse conhecimento com o tempo de atuação na docência, a área de formação do professor e a educação em primeiros socorros durante a graduação e após ela. Além disso, procurou-se associar as respostas dos docentes ao questionário com a recomendação literária existente, caracterizando-se, assim, a percepção dos professores em relação as primeiras assistências.

## 2 | REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, sendo utilizado na análise dos dados técnicas estatísticas. Para a coleta, foi utilizado um questionário estruturado fechado com questões de múltipla escolha e algumas descritivas, além da caracterização sociodemográfica dos participantes.

Para avaliar o conhecimento em primeiros socorros, os professores responderam a 13 questões referentes ao tema, o que resultou em uma nota. Como cada questão possuía várias assertivas (certas ou erradas), a nota unitária foi considerada computando-se o número de acertos proporcionais, ou seja, a questão foi considerada correta se o docente assinalou todas as assertivas corretas e não assinalou nenhuma incorreta.

O valor de cada questão totalizava 10. A nota média final de cada docente foi obtida dividindo-se a somatória das notas de todas as questões por 13. E a nota média geral foi a somatória das notas de todos os docentes dividido pelo número de

docentes. Assim, a média geral de todas as questões e as específicas de cada uma foram consideradas em uma escala de 0 a 100.

Fizeram parte da pesquisa professores do nono ano do ensino fundamental das oito escolas públicas da região Sul do município de Cascavel-PR. De um universo de 156 professores, 55 concordaram na participação, constituindo-se na amostra do trabalho. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2014.

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica e a caracterização e a análise deles foi realizada com o programa R Core Team (2014). Usou-se o coeficiente de correlação de Spearman para relacionar variáveis e o teste de Wilcoxon para comparar médias, ambos com nível de significância de cinco por cento (VIEIRA, 2003).

Considerando-se esse nível de significância, a margem de erro (E) da amostra para a nota de conhecimento, conforme Triola (2008), foi de:  $E = t_{\alpha/2} \frac{s}{\sqrt{n}} = \frac{2,0049 - 12,2053}{\sqrt{55}} = 3,3$ . Em que  $t_{\alpha/2}$  é o quantil da distribuição t-studentil para  $\alpha = 0,05$  com 54 graus de liberdade,  $s$  é o desvio padrão da amostra e  $n$  é o número de professores. Essa margem de erro representa a variação aceitável da nota média de conhecimento dos professores em primeiros socorros.

A pesquisa tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e obteve o parecer 810.463, além da autorização do Núcleo Regional da Educação de Cascavel -PR. Foram preservados os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual trata das normas de pesquisas que envolvem seres humanos e o anonimato dos professores foi preservado, bem como ocorreu a autorização dos mesmos pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 55 professores da amostra, 41 (74,5%) são do sexo feminino e 14 do sexo masculino (25,5%). Em relação à área de conhecimento de formação no ensino superior, obteve-se que 12 professores (21,8%) são da área de conhecimento das Ciências Exatas e da Terra, 15 (27,3%) das Ciências Humanas, quatro (7,3%) das Ciências Biológicas, 21 (38,2%) da Linguística, Letras e Artes e três (5,5%) das Ciências da Saúde.

Em relação ao tempo médio de serviço como professor, obteve-se uma média geral de  $15,2 \pm 7,9$  anos. Já em relação ao tempo médio geral de formação dos professores, a média obtida foi de  $14,6 \pm 8,4$  anos.

Em relação à educação em primeiros socorros durante a graduação, 51 (92,7%) docentes não receberam formação para atuar em primeiras assistências e quatro (7,3%) receberam. Desses quatro professores, três (75%) são das Ciências da Saúde e um (25%) das Ciências Humanas, sendo que todos eles relataram que os primeiros

socorros foram abordados por meio de disciplinas.

Levando em consideração a educação em primeiros socorros após a graduação, 43 (78,2%) professores da pesquisa disseram não ter participado de práticas educativas nesse assunto após a graduação e 12 (21,8%) responderam ter participado. Desses, seis (50%) são da Linguística, Letras e Artes, dois (17%) das Ciências Humanas, três (25%) das Ciências da Saúde e um (8%) das Ciências Biológicas. Entre as práticas educativas citadas, dois (17%) docentes citaram palestras em reuniões pedagógicas, três (25%) citaram treinamentos com bombeiro ou brigada escolar dentro das escolas, três (25%) citaram capacitações fora das escolas com bombeiros ou profissionais da saúde, um (8%) citou as aulas para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação, um (8%) citou uma disciplina de especialização e dois (17%) não especificaram a atividade realizada. -

Quando os docentes foram questionados se já haviam presenciado algum aluno passar mal ou se machucar no ambiente escolar, 43 (78,2%) deles responderam que sim, 11 (20%) responderam que não e um (1,8%) não respondeu. Quando interrogados em relação ao preparo para enfrentar uma situação que demandasse o uso de primeiros socorros, 34 (75,6%) deles referiram não estar preparados e 11 (24,4%) referiram estar.

Além disso, a nota média, em relação ao questionário aplicado, foi praticamente igual ( $p$ -valor = 1) entre os professores que responderam estar preparados para enfrentar uma ocorrência e a dos que responderam não estar preparados para situações nesse âmbito. No primeiro caso foi de  $57,9 \pm 10,6$  e no segundo caso foi de  $57,2 \pm 12,8$ .

Em relação à ocorrência mais comum que os docentes vivenciaram dentro das escolas, 54 (98,2%) deles responderam que foram os ferimentos na pele, como corte, perfuração e laceração, 49 (89%) informaram não saber identificar qual ocorrência era, 35 (63,6%) disseram que foi o sangramento nasal, 34 (61,8%) a febre, 30 (54,5%) as quedas, pancadas e torções, 25 (45,5%) o desmaio, 21 (38,2%) a convulsão, 16 (29,1%) as fraturas e dois (3,6%) o engasgo.

Em relação à associação entre média de conhecimento e tempo de serviço como professor, o coeficiente de correlação de Spearman (0,251) não resultou significativo ( $p$ -valor = 0,06662), podendo se afirmar que o tempo de atuação docente não está associado com a nota obtida no questionário.

Para a comparação múltipla das variáveis média de conhecimento e áreas de conhecimento, o teste de Wilcoxon não resultou significativo ( $p$ -valor > 0,05) para qualquer dos pares comparados, podendo se afirmar que as notas médias foram estatisticamente iguais.

Em relação à comparação das médias de conhecimento e o grupo de docentes que recebeu primeiros socorros na graduação, o teste de Wilcoxon não resultou significativo ( $p$ -valor = 0,1276), podendo-se afirmar que as notas obtidas pelos docentes com formação em primeiros socorros durante a graduação foram iguais as

notas obtidas pelos que não tiveram essa formação.

Verifica-se em todos os casos p-valores  $> 0,05$ , indicando a não significância de relação entre as variáveis. Isso mostra que, nessa pesquisa, o conhecimento dos professores em primeiros socorros independe do tempo de serviço na docência, da área de conhecimento em que se formaram e do fato de terem estudado primeiros socorros durante e após a graduação.

Isso não indica que as práticas educativas não sejam válidas para a obtenção de conhecimento em primeiros socorros, mas pode demonstrar a ineficácia ou a ausência do efeito do processo formativo no conhecimento adquirido (FIORUC et al, 2008; SÃO PAULO, 2007).

Em relação às questões que avaliaram o conhecimento dos professores em primeiros socorros, cada uma aborda um tema diferenciado. A partir delas, obteve-se a nota média geral de  $56,1 \pm 12,1$  em uma escala de 0 a 100. A menor nota obtida foi de 14,8 e a maior foi de 76. Verificou-se também que 25% dos docentes tiveram nota igual ou inferior a 52,1, 50% tiveram nota igual ou inferior a 61 e 25% tiveram nota igual ou superior a 63,7.

A questão número um, avalia o conhecimento quanto à necessidade de acionar o resgate em determinadas ocorrências e a nota média foi de  $61,6 \pm 29,7$ , sendo a porcentagem de acerto integral de 7,3%. Em relação às porcentagens das assertivas, 52,7% dos docentes acionariam o resgate em caso de desmaio (a), 3,6% ligariam em caso de sangramento nasal (b), 74,5% acionariam em caso de convulsão (c), 85,5% ativaríamos em caso de fraturas (d), 58,2% acionariam em caso de quedas, pancadas e torções (e), 67,3% ligariam em caso de engasgo (f), 14,5% acionariam em caso de febre (g) e 65,5% acessariam em caso de ferimentos na pele (h).

Pode-se dizer que o acionamento do resgate deve ocorrer em qualquer situação que ofereça risco à vítima e que o socorrista não possua segurança de como agir (SANTINI; MELLO, 2008). Pode-se observar, que os docentes foram coerentes com a literatura, pois a maioria das assertivas, as quais estão todas corretas, tiveram porcentagens de marcação superior a 52,7%.

A questão número dois, avalia o conhecimento em relação aos telefones dos serviços de urgência e emergência e a nota média foi de  $63,6 \pm 18,5$ , sendo que nenhuma pessoa da amostra acertou integralmente a questão. Nesse caso, 12,7% dos docentes responderam que o 190 é um número correto (a), ninguém respondeu o 191 como um número certo (b), 69,1% responderam o 192 como sendo um número verdadeiro (c), 41,8% responderam o 193 como válido (d) e ninguém respondeu o 194 como um número apropriado (e).

Os telefones úteis de resgate para os acidentes escolares são o 192 do Serviço de Atendimento Móvel de urgência (SAMU) e o 193 do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) (FLORIANO, 2010; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Nesse caso, os docentes foram coerentes com a recomendação literária, pois as alternativas mais assinaladas foram “192” e “193”.

Quanto à questão número três, a qual avalia o conhecimento em relação às providências tomadas no momento de um acidente, a nota média foi de  $50,9 \pm 19,9$  e a porcentagem de acerto integral foi de 5,5%. Em relação às respostas, 20% dos docentes responderam como certo checar o local (a), 56,4% responderam como correto solicitar ajuda (b), 58,2% responderam como adequado avaliar a vítima (c), 21,8% responderam como sensato cuidar da vítima (d) e ninguém respondeu como plausível fugir do local (e).

O plano de ação do socorrista em algum acidente resume-se em verificar a segurança do local, pedir ajuda para o resgate e avaliar a condição da vítima (SANTINI; MELLO, 2008; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Observa-se que os educadores foram coerentes com a literatura, pois todas as assertivas corretas foram assinaladas (a,b,c,d), menos a opção “fugir do local”.

Em relação à questão número quatro, a qual aborda o conhecimento de avaliação à vítima logo após um acidente, a nota média foi  $38,5 \pm 28,8$  e a porcentagem de acerto integral foi de 12,7%. Nesse caso, 76,4% dos docentes responderam como correto avaliar o nível de consciência (a), 45,5% responderam como certo avaliar a respiração (b), 29,1% responderam como correto checar a pulsação (c), 20% responderam como verdadeiro olhar as fraturas (d) e 21,8% responderam ser válido avaliar os ferimentos e as hemorragias (e).

Ao avaliar uma vítima deve-se verificar o nível de consciência, a respiração, vendo e ouvindo, a pulsação, pela artéria carótida ou braquial e também averiguar hemorragias, fraturas e outras lesões (SILVA; TEIXEIRA, 2014). Pode-se dizer que os docentes mantiveram coerência com a literatura, pois todas as assertivas, as quais estão corretas, foram assinaladas.

A questão número cinco, avalia o conhecimento quanto ao sangramento nasal e a nota média foi de  $36,4 \pm 20,8$ , sendo que ninguém acertou a questão integralmente. Nesse caso, 23,6% dos docentes responderam como conduta correta comprimir a narina que sangra (a), 38,2% responderam como sendo certo aplicar compressas frias no local (b), 74,5% responderam ser a conduta correta levantar a cabeça da vítima (c), 5,5% responderam como verdadeiro abaixar a cabeça da vítima (d) e ninguém respondeu como correto aplicar compressas quentes no local (e).

No sangramento nasal, a vítima deve ficar sentada com a cabeça inclinada para baixo, a fim de evitar a deglutição de sangue, e as narinas devem ser pressionadas, sendo aplicadas compressas frias no local (FLORIANO, 2010). A literatura não recomenda levantar a cabeça no sangramento. Porém, os docentes foram coerentes ao assinalarem todas as opções corretas (a,b,d).

Na questão número seis, a qual avalia o conhecimento em relação à febre, a nota média foi de  $77,8 \pm 31,0$  e a porcentagem de acerto integral foi de 54,5%. Nesse caso, 69,1% dos docentes consideraram como medida correta aplicar compressas úmidas na testa, cabeça, pescoço, axilas e virilhas (a), 1,8% consideraram correto aplicar compressas mornas na testa, cabeça, pescoço, axilas e virilhas (b), 21,8%

consideraram verdadeiro colocar a pessoa em baixo da água fria (c), 7,3% acharam certo imergir a pessoa em água fria (d) e 12,7% avaliaram correto medicar a pessoa (e).

Nessa ocorrência, recomenda-se aplicar compressas úmidas e frias sobre a testa, cabeça, pescoço, axilas e virilhas, dar banho em temperatura ambiente e buscar orientação para medicação (BRASIL, 2003; SANTINI; MELLO, 2008). Os educadores não mantiveram a coerência ao marcarem todas as opções falsas (b,c,d,e). Porém, foram coesos em assinalarem com maior porcentagem a única assertiva correta (a).

A questão número sete, avalia o conhecimento quanto ao engasgo e a nota média foi de  $54,9 \pm 28,3$ , sendo a porcentagem de acerto integral de 1,8%. Nessa ocorrência, 10,9% dos docentes marcaram como certo solicitar para a vítima tossir vigorosamente (a), 29,1% marcaram como correto erguer os braços da vítima (b), 47,3% marcaram como válido executar a manobra de Heimlich se a vítima continuar asfisiada (c), ninguém marcou como verdadeiro assoprar o rosto da vítima (d) e 5,5% avaliaram correto dar tapas nas costas da vítima (e).

No engasgo, se a vítima estiver em obstrução parcial, em que há fala, deve-se solicitar para ela tossir vigorosamente. Nesse caso, não se orienta dar tapas nas costas. Se a pessoa continuar asfisiada ou estiver em obstrução total, deve-se executar a manobra de Heimlich, válida para crianças maiores de um ano e adultos (BRASIL, 2003; SANTORO, 2013; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Os docentes foram condizentes com a literatura pela assertiva correta ter maior porcentagem de marcação (c). Porém, não foram coesos ao escolherem opções incorretas (b,e).

Na questão número oito, a qual avalia o conhecimento em relação a ferimentos na pele (corte, perfuração, laceração), a nota média foi de  $62,5 \pm 16,4$  e a porcentagem de acerto integral foi de 5,5%. Nessa ocorrência, 41,8% dos docentes disseram como correto cobrir o local com pano limpo (a), ninguém disse ser correto esfregar o local para retirar sujidades (b), 60% referiram ser correto lavar o local com água e sabão (c), 18,2% falaram ser correto a compressão leve (d) e ninguém disse ser correto aplicar pomada no local (e).

Em caso de ferimentos na pele, recomenda-se lavar o local com água e sabão e cobrir com pano limpo fazendo leve compressão. Não é correto usar medicamentos ou lavar em suspeita de fratura (FLORIANO, 2010; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Os professores responderam de maneira coerente com a literatura, pois não marcaram nenhuma das assertivas incorretas (b,e).

Na questão número nove, a qual avalia o conhecimento em relação às fraturas fechadas, a nota média foi de  $81,5 \pm 19,2$  e a porcentagem de acerto integral foi de 25,5%. Nesse caso, as porcentagens das assertivas foram: 70,9% dos docentes responderam como certo solicitar a assistência médica (a), 52,7% responderam como conduta correta imobilizar o local afetado com uma tala (b), 5,5% responderam como certo manter a fratura em nível mais elevado que o resto do corpo (c) e ninguém respondeu como certo movimentar o local (d) e manter a fratura em nível mais baixo

que o resto do corpo (e).

Em caso de fraturas fechadas, deve-se imobilizar o membro com uma tala e acionar o resgate (SILVA; TEIXEIRA, 2014). A manobra de manter o membro em nível mais elevado é válida somente em casos de hemorragias (BRASIL, 2003). Os educadores não foram condizentes ao marcarem uma das opções incorretas (c). No entanto, foram coerentes ao assinalarem todas as assertivas verdadeiras (a,b).

A questão número 10, avalia o conhecimento em relação à convulsão e a nota média foi de  $68,7 \pm 26,0$ , sendo a porcentagem de acerto integral de 10,9%. Nessa ocorrência, 18,2% dos docentes responderam como cuidado certo com a vítima segurá-la firme (a), 47,3% responderam como certo colocá-la ao chão (b), 14,5% responderam como correto tentar segurar sua boca aberta (c), 50,9% responderam ser correto manter a sua cabeça lateralizada (d) e ninguém respondeu como certo dar algo com odor forte para a vítima cheirar (e).

Na convulsão, recomenda-se que a pessoa seja deitada ao chão em posição lateral e que seus movimentos não sejam contidos. Não se deve tentar abrir a boca, nem realizar estímulos na vítima (SANTINI; MELLO, 2008; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Os professores foram lógicos ao escolherem as assertivas corretas com maior porcentagem (b,d). Entretanto, não foram condizentes com a literatura ao marcarem duas opções incorretas (a,c).

Na questão número 11, a qual avalia o conhecimento quanto ao desmaio, a nota média foi de  $60,4 \pm 26,2$  e nenhum docente acertou integralmente a questão. Nesse caso, 27,3% dos docentes responderam como definição correta de desmaio a perda total de consciência e da força muscular sem a parada da respiração (a), 54,5% responderam como certo a perda transitória de consciência e da força muscular sem a parada da respiração (b), 7,3% responderam como válido a perda transitória de consciência sem a parada da respiração (c), ninguém respondeu ser correto a perda transitória de consciência e da força muscular com a parada da respiração (d) e 5,5% responderam como verdadeiro a manutenção da consciência e perda da força muscular sem a parada da respiração (e).

O desmaio consiste na perda transitória da consciência e da força muscular sem a parada da respiração. Se a vítima estiver consciente, deve-se sentá-la com a cabeça entre os joelhos. Se estiver inconsciente, colocar a cabeça em nível mais baixo que o resto do corpo (SANTINI; MELLO, 2008; SILVA; TEIXEIRA, 2014). Os professores não foram coesos ao marcarem uma das opções incorretas (a). Porém, foram coerentes com a recomendação literária ao assinalarem todas as assertivas exatas (b,c).

A questão número 12, avalia o conhecimento quanto às definições corretas de entorse, luxação e contusão e a nota média foi de  $51,6 \pm 31,9$ , sendo a porcentagem de acerto integral de 12,7%. Nessa questão, 43,6% dos docentes julgaram como certa a definição de que a entorse é a torção de uma articulação (a), 18,2% julgaram como correta a definição de que a luxação é o deslocamento de um osso de sua

posição (b), 50,9% julgaram como verdadeira a definição de que contusão é uma área afetada por pancada ou queda sem ferimento externo (c), 7,3% julgaram como correta a definição de que a contusão é o deslocamento de um osso de sua posição (d) e 14,5% julgaram como certa a definição de que a entorse é uma área afetada por pancada ou queda sem ferimento externo (e).

A entorse é uma torção que afeta as articulações, a luxação é quando o osso sai de sua cavidade e a contusão é uma lesão sem o rompimento da pele, podendo romper os vasos (BRASIL, 2003; SANTINI; MELLO, 2008). Os docentes foram condizentes ao marcarem as assertivas corretas (a,b,c) em maior porcentagem. Entretanto, não foram ao assinalarem opções falsas (d,e).

Na questão número 13, a qual avalia o conhecimento em relação à parada cardiorrespiratória, a nota média foi de 20,4±9,8 e nenhuma pessoa da amostra acertou a questão de maneira integral. Nessa ocorrência, 56,4% dos docentes marcaram como conduta correta verificar se a vítima está não responsiva e sem respiração e acionar a emergência (a), 30,9% responderam como certo iniciar a ressuscitação cardiopulmonar com 30 compressões torácicas em vez de duas ventilações (b), 7,3% responderam ser verdadeiro fazer compressões torácicas com frequência mínima de 100 por minuto (c), 1,8% referiram ser correto realizar compressões de cinco centímetros de profundidade em adultos e crianças (d) e 5,5% responderam como verdadeiro usar um Desfibrilador Externo Automático (DEA) (e).

Nesse caso, deve-se verificar se a vítima está não responsiva, sem respiração e sem pulso e acionar o serviço de emergência. É fundamental iniciar as 30 compressões torácicas em uma frequência mínima de 100 por minuto com profundidade de cinco centímetros para adultos e crianças e quatro centímetros para menores de um ano e manter o procedimento até a chegada de um DEA ou do resgate (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010). Os professores foram condizentes ao assinalarem todas as assertivas corretas (a,b,c,d,e). Porém, deixaram de marcar alternativas importantes (b,c,d,e).

Pode-se constatar que as menores médias foram com as questões de número cinco e 13, relacionadas ao sangramento nasal e à parada cardiorrespiratória, já as maiores foram com as questões de número seis e nove, referentes à febre e à fratura fechada. As questões que não obtiveram acertos integrais foram as de número dois, cinco, 11 e 13, relacionadas ao número do SAMU e SIATE, ao sangramento nasal, à definição de desmaio e à parada cardiorrespiratória e a maior porcentagem de acerto integral foi com as questões de número seis e nove, referente à febre e à fratura fechada.

#### 4 | CONCLUSÃO

Os docentes dessa pesquisa possuem algum conhecimento em primeiros

socorros e foram coerentes com a literatura diversas vezes ao responderem o questionário. Porém, esse conhecimento independe do tempo de serviço na docência, da área de formação do professor e da instrução em primeiros socorros durante e após a graduação.

Vale destacar que a maioria dos docentes já passou por alguma ocorrência dentro da escola, porém apenas a minoria disse sentir-se preparada para enfrentar eventos desse tipo. Além disso, grande parte dos professores não teve formação alguma em primeiras assistências durante e após o curso universitário.

Sugere-se que práticas educativas em primeiros socorros sejam repensadas, inovadas e aplicada ao contexto de cada realidade escolar. Além disso, se faz necessário o desenvolvimento de políticas públicas que assegurem um trabalho contínuo e de qualidade.

Por fim, há a necessidade de se realizar novos estudos que envolvam a temática para que os processos educativos nessa área sejam desenvolvidos, avaliados e aperfeiçoados e a instituição escolar se configure como formadora de cidadãos conscientes da cultura de segurança e paz.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Diretrizes da American Heart Association para RPC e ACE. GUIDELINES CPR/ECC.** Dallas, Texas, 2010. 32 p. Disponível em: <[http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm\\_317343.pdf](http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 06 set. 2014.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Óbitos por Causas Externas.** Dados preliminares de 2013a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/pinf10>>. Acesso em: 26 mar. 2015.
- BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Primeiros Socorros.** Núcleo de Biossegurança. Rio de Janeiro, 170 p., 2003. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manualdeprimeirosocorros.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2012.** Brasília (IBGE), 256 p., 2013b. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense\\_2012.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2º ed. 64 p., 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_reducao\\_morbimortalidade\\_acidentes\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes: 2009 a 2011.** Brasília, 164 p., 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2015.
- FALCÃO, L. F. R.; BRANDÃO, J. C. M. **Primeiros socorros.** São Paulo: Editora Martinari, 2010.

FIORUC B. E.; MOLINA A. C.; JUNIOR W. V.; LIMA S. A. M. Educação em saúde: abordando primeiros socorros em escolas públicas no interior de São Paulo. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.3, p. 695-702, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a15.htm>>. Acesso em: 22 set. 2014.

FLORIANO, C. O. **Manual de Primeiros Socorros**. Departamento Saúde e Bem Estar. Porto União, 2010. Disponível em: <[http://www.cni.unc.br/unc2009/associacao/associacao\\_materiais/manual\\_primeiros\\_socorros.pdf](http://www.cni.unc.br/unc2009/associacao/associacao_materiais/manual_primeiros_socorros.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2015.

GOMES, L. M. X.; SANTOS, C. A.; VIEIRA, M. R. M.; BARBOSA, T. L. A. Análise do conhecimento sobre primeiros socorros de professores de escolas públicas. **Cad Ciências e Saúde**. Montes Claros, v.1, n.1, pag. 57-64, 2011. Disponível em: <[http://www.fasa.edu.br/images/pdf/cadernos\\_saude\\_volume1.PDF](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/cadernos_saude_volume1.PDF)>. Acesso em: 25 mar. 2014.

PARANÁ. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Curitiba, 146 p., 2014. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno\\_viva\\_alta\\_13\\_3\\_14.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno_viva_alta_13_3_14.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2014.

SANTINI, G. I.; MELLO, J. M. Secretaria de Estado da Educação. **Primeiros socorros e prevenção de acidentes aplicados em ambiente escolar**. Campo Mourão, dezembro de 2008. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2104-6.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2014.

SANTORO, D. C. **Situações de urgência e emergência: manual de condutas práticas**. 2. ed., Rio de Janeiro: Águia Dourada, 310 p., 2013.

SÃO PAULO (Estado). **Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas**. São Paulo, 129 p., 2007. Disponível em: <[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Manual\\_Prev\\_Acid\\_PrimSocorro.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/crianca/0005/Manual_Prev_Acid_PrimSocorro.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2014.

SENA, S. P.; RICAS, J.; VIANA, M. R. A. A percepção dos acidentes escolares por educadores do ensino fundamental. **Rev. Med. Minas Gerais**. Belo Horizonte, p. 47-54, 2008. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ATPEDe3PW8wJ:rmmg.org/exportar-pdf/1400/v18n4s1a08.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SILVA, R. N. M.; TEIXEIRA, T. H. V. **Noções básicas de primeiros socorros**. Medicina do trabalho/ UNICAMP, 29 p., 2014. Disponível em: <http://aemardf.org.br/wp-content/uploads/2011/09/primeiros-socorros-Prof.-Fabio-Gozo.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2014.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R foundation for statistical computing, Vienna, Australia, 2014. Disponível em: <<http://www.R-project.org/.2014>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. Rio de Janeiro: Campos, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Injuries**, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/injuries/en/>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

## SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES NO PUERPÉRIO

### **Ilza Iris dos Santos**

Esp. em UTI Neonatopediátrica; UTI Geral -CENPEX. Enfermagem-UNP-Mossoró RN

### **Maria Alyne Lima dos Santos**

Pós-graduanda em obstetrícia-FAIARA. Enfermagem-UNP-Mossoró RN

### **Monaliza Jéssica do Vale Sousa**

Enfermagem-UNP

### **Juce Ally Lopes de Melo**

Doutoranda no curso de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde-UECE

### **Bruna Gabriela de Souza Carvalho Rocha**

Esp. Em Enfermagem do Trabalho. Enfermagem-UNP-Mossoró RN

### **Cristina Virgínia Oliveira Carlos**

Mestre em Saúde e Sociedade (PPGSS). Enfermagem- UERN-Mossoró/RN

**RESUMO:** Este estudo de caráter descritivo e de abordagem qualitativa caracteriza o sofrimento psíquico vivenciado por uma mulher no puerpério, investiga os fatores predisponentes para o sofrimento psíquico vivenciado por ela no puerpério, identifica os sentimentos vividos no puerpério que caracterizam o sofrimento psíquico e analisa as consequências do sofrimento psíquico para ela e para sua família. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com o agente de saúde de sua área, o enfermeiro que a assistiu,

e dois de seus familiares responsáveis pelos cuidados diários, e, posteriormente, analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo. A partir das análises realizadas pelas falas dos entrevistados, observou-se que a puérpera já apresentava sinais de sofrimento psíquico antes da gestação, e que após o período gravídico-puerperal o distúrbio tomou uma dimensão maior, comprometendo o relacionamento entre a mulher e seus familiares. O propósito deste trabalho é mostrar a importância da identificação e do reconhecimento precoces dos sinais e sintomas da mulher que está em sofrimento psíquico no período do puerpério. Portanto, buscou-se efetivar resultados satisfatórios para fomentar novos estudos que confirmem e ampliem novas políticas públicas voltadas à saúde mental da mulher no puerpério.

**PALAVRAS-CHAVE:** sofrimento psíquico; mulher; puerpério.

### PSYCHOLOGICAL SUFFERING IN WOMAN IN THE PUERPERIUM

**ABSTRACT:** This descriptive and qualitative approach characterizes the experienced psychological suffering by one woman in the puerperium, investigates the predisposing factors to the experienced psychological suffering by this woman in the puerperium, identifies the lived feelings in the puerperium which characterizes

the psychological suffering and analyzes the consequences of the psychological suffering to the her and her family. The data was collected by semi-structured interviews with the active health agent at her location, the nurse which attended her and two family members which were responsible for her daily care, and, after, analyzed by the Content Analysis technique. Based on the analyzes made by the statements from the interviewed people, it was observed that the puerperal woman already showed signals of psychological suffering before the gestation, and after the puerperal-pregnant period the disturb took a bigger dimension as well, which put the relationship between her and her family at risk. The purpose of this work is show the importance of early identifying and recognition signals and symptoms in women which is in psychological suffering in the puerperal period. Therefore, it was sought effectivate satisfying results to foment new studies which confirm and expand new public policies focused on the mental health of women in the puerperium.

**KEYWORDS:** psychic suffering; woman; puerperium.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é processo singular, experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, envolvendo também sua família e a comunidade, constituindo experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam (STRANPASSON & NEDEL, 2010).

Rodrigues & Schiavo (2011), afirma que o ciclo gravídico puerperal é marcado por alterações emocionais, frutos de fatores sociais e psicológicos, que podem influenciar no desenvolvimento da gestação, assim como o bem-estar e saúde materno-infantil.

Moura, Fernandes & Apolinário (2011), destaca os transtornos psiquiátricos mais comuns como: disforia do pós-parto com sintomas depressivos leves, podendo ser identificada em 50% a 85% das puérperas, síndrome da tristeza Pós-Parto ou Depressão Pós-Parto (DPP), um distúrbio emocional apresentado após o nascimento do bebê, acometendo 50% a 80% das mulheres e a psicose puerperal.

De acordo com Meira, Silveira & Gualda (2015) o transtorno psíquico apresenta como fatores causais à gravidez não desejada, gestação precoce ou idade avançada, o fato de não estar casada, parceiro desempregado, grande número de filhos, desemprego após licença maternidade, morte de pessoas próximas, separação do casal durante a gravidez, antecedentes psiquiátricos e problemas de tireoide.

Os sinais e sintomas de sofrimento psíquico no puerpério podem se apresentar de várias formas, que de acordo com Mello (2008) se apresenta inicialmente a insônia, a inquietação e a labilidade emocional podendo evoluir para confusão, irracionalidade, delírios, preocupações obsessivas em relação à criança, e pensamentos de vir a fazer lesões em si mesma e no recém nascido.

Diante deste contexto nos indagamos: Como se caracteriza o sofrimento psíquico em mulheres no puerpério? É no período do pós-parto, que as mulheres encontram-se sujeitas a várias vulnerabilidades e problemas psicológicos, que precisam ser

percebidas e cuidadas de forma adequada, por serviços de saúde e por elas próprias. A nova experiência regularmente resulta em novas condições de existência da família, em mudanças pessoais e relacionais, e em adaptações físicas e mentais.

Diante do pressuposto, sentiu-se a necessidade de executar a seguinte pesquisa, devido aos poucos números de artigos sobre a temática em questão, e por estudos apontarem que a assistência à puérpera, em serviços básicos de saúde brasileiros, não tem se efetivado, pela insuficiência de diagnósticos precisos ou tardios, devido aos profissionais de saúde focar apenas na saúde do bebê.

A relevância do estudo foi reconhecida por considerar, que os resultados podem propiciar um novo olhar para a saúde da mulher no período gravídico puerperal, devido a este momento ser considerado como uma complexa experiência de vida e produtora de vulnerabilidade para a saúde delas.

E tendo como objetivo geral, caracterizar o sofrimento psíquico vivenciado pela mulher no puerpério e objetivos específicos, de investigar os fatores predisponentes para a patologia psiquiátrica vivenciada por ela, identificar os sentimentos vividos naquele período que caracterizam esse transtorno e analisar as suas consequências para à puérpera e sua família.

## 2 | REFERÊNCIAL TEÓRICO

Emídio & Hashimoto (2013), diz que o pós-parto é nomeado como puerpério, tendo duração aproximadamente de três meses, onde as mulheres vivenciam várias adaptações tanto físicas como emocionais.

Este novo status mediante a maternidade requer da mulher uma redefinição de papéis e a necessidade de adaptações e mudanças pessoais. Em consequência, poderá haver grande impacto em sua vida e na sua saúde mental (SILVA & BOTTI, 2014).

Segundo Ziegel & Cranley (2008), o puerpério é caracterizado como as seis primeiras semanas após o parto, porém enfatiza que o desenvolvimento e ajustamento psicossocial necessitam de três a quatro meses após o nascimento.

No momento pós-parto é a fase em que se torna necessário estratégias precisas para uma melhor adaptação à mudança. O modo como todas estas modificações são vivenciadas, relaciona-se diretamente com a estrutura de personalidade da mulher, suporte conjugal, familiar e social (AIROSA & SILVA, 2013).

## 3 | METODOLOGIA

O estudo foi de caráter descritivo qualitativo, e esteve alinhado a questões e problemas específicos, adotando a utilização de questionários e entrevistas, descrevendo as complexidades do problema, para que haja compreensão sobre o

assunto e assim contribuir no processo de mudança da assistência.

A pesquisa se deu através de um estudo de caso, com uma paciente que apresentou um sofrimento psíquico puerperal, no qual o estudo visou compreender sua realidade vivenciada.

A mesma caracteriza-se como sendo uma amostra de natureza exploratória e descritiva, desenvolvida na Unidade Básica de Saúde PSF Alto da Cheia, do município de Aracati-CE, onde foi realizada toda a assistência à mulher acometida pelo sofrimento psíquico na fase de puerpério, sendo oferecido atendimento e serviços diário básicos em consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

O universo da pesquisa foram os profissionais de saúde que assistiram a puérpera, e que ainda atuam na UBS, sendo o enfermeiro e agente de saúde comunitário, a puérpera, e seus familiares, a mãe, sogra e esposo, os quais se materializam em seis entrevistados. No entanto, a entrevista se estendeu a amostra de quatro entrevistados, sendo estes os que concordaram em participar da pesquisa, as duas irmãs que são responsáveis pelo cuidado dela e do filho, dando ênfase que não foi possível realizar com a puérpera, pois a mesma não tem mais nenhuma possibilidade de comunicação, por não apresentar diálogo, e os demais não participaram devido se recusarem e não estarem vivos.

Os critérios de inclusão da pesquisa abrangiam mulher com sofrimento psíquico diagnosticado no puerpério, familiares que convivem com a mesma, e profissionais de saúde que cuidaram desta mulher. Os critérios de exclusão da pesquisa incluíram os sujeitos que se neguem a participar da pesquisa, que não estiverem mais lotados na UBS e aqueles impossibilitados por algum motivo de participar da pesquisa.

A aceitação em participar da pesquisa foi concretizada pelos entrevistados a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual continha todas as informações necessárias em respeito à ética na pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, contendo questões relativas à compreensão dos profissionais e da família, com relação aos sinais e sintomas apresentados pela mulher, antes e após o parto, como se deu a fase de detecção e diagnóstico do transtorno psíquico, como foi direcionada essa assistência, e quais foram às consequências para a puérpera e a família diante do problema. As questões eram abertas, facilitando a compreensão do tema proposto, proporcionando maior liberdade ao entrevistado de expor suas opiniões.

A análise foi orientada por meio de algumas etapas. Primeiro realizou-se a leitura das entrevistas, agrupando as frases contidas nas falas dos entrevistados, organizando o material segundo as questões teóricas norteadoras, construindo assim

a unidade de registros. Em seguida foi dada uma unidade de sentido as falas, expondo de maneira mais clara as ideias contidas nas frases, surgiram às subcategorias emergentes, com isso atribui-se uma categoria para cada questão norteadora. As categorias e subcategorias encontradas estão descritas na tabela a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
REPRESENTAÇÃO DOS FATORES PREDIS- PONENTES PARA O SOFRIMENTO PSÍQUICO VIVENCIADO PELA MULHER NO PUERPÉRIO – Descreve quais foram os fatores coadjuvantes para o sofrimento psíquico enfrentado pela puér- pera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FATOR CAUSAL: ISOLAMENTO;</li> <li>• FATOR CAUSAL: DEPRESSÃO ANTECE- DENTE;</li> <li>• FATOR CAUSAL: INEXISTÊNCIA DE TRATA- MENTO;</li> <li>• FATOR CAUSAL: CONVÍVIO INSATISFATÓ- RIO COM O CÔNJUGE.</li> </ul>
IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS PELA MULHER NO PERÍODO DE PUERPÉRIO – Descreve quais foram os sinais e sintomas apresentado pela mu- lher da fase do puerpério e a compressão desses sinais por parte dos profissionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIFICULDADE DA PERCEPÇÃO E DETEC- ÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS PREDISPO- NENTES NO PERÍODO DA GRAVIDEZ;</li> <li>• RECONHECIMENTO DE INDÍCIOS DE TRANSTORNOS PSÍQUICOS A PARTIR DA VISÃO CLÍNICA: ANÁLISE DO COMPORTA- MENTO.</li> </ul>
ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS VOLTADOS A PUÉRPERA PARA O TRATAMENTO DA DPP – Descreve a assistência que foi ofertada a puér- pera	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASSISTÊNCIA: TRATAMENTO UBS;</li> <li>• ASSISTÊNCIA: TRATAMENTO CAPS.</li> </ul>
O RELACIONAMENTO FAMILIAR E CONJUGAL VIVENCIADO PELA PUÉRPERA APÓS O SO- FRIMENTO PSÍQUICO – Descreve como se deu o relacionamento familiar e conjugal da puérpera após o diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RELAÇÃO FAMÍLIA: DEPENDÊNCIA;</li> <li>• RELAÇÃO CONJUGAL: ROMPIDA.</li> </ul>
REPRESENTAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO PARA A PUÉRPERA E SUA FAMÍLIA – Descreve as consequências que a puérpera e sua família enfrentam após o diagnóstico do distúrbio psíquico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRIVAÇÃO DA VIDA SOCIAL DA PUÉRPERA;</li> <li>• PRIVAÇÃO DA VIDA SOCIAL DA FAMÍLIA.</li> </ul>

## 4 | RESULTADOS

### 4.1 Representação dos fatores predisponentes para o sofrimento psíquico vivenciado pela mulher no puerpério

Analisando as entrevistas, identificou-se através das falas do agente de saúde, que a mulher já vinha apresentando sinais de sofrimento psíquico anos antes da gestação, e que a mesma não teve tratamento. Desse modo, relatou-se:

A gente já estava vendo o prontuário dela, que há muitos anos atrás ela vinha se, é. . . Se queixando da, dos, desses sintomas, de isolamento, né... De, de esquecimento, é... Entre aspas, e durante a gravidez foi o período mais que isso se acometeu, né?! (E1)

Bem antes, anos antes da gravidez. Não, não, não teve tratamento. Pronto, na

gravidez foi como se tivesse se afluído mais, né?! (E1)

De acordo com Mello (2008), podem-se citar algumas hipóteses que explicam os transtornos psíquicos: manifestações dos transtornos prévios que não foram adequadamente tratados; gestação e puerpério como fatores protetores ou de riscos para desencadear transtornos mentais; alterações hormonais que ocorrem no período e estão envolvidas nas causas.

No entanto, surgem nos depoimentos, concepções que explicitam o isolamento da mulher durante o período gravídico, apresentando-se retraída, menos comunicativa e afastada. Esse isolamento vem a dificultar a interação na sua vida social, por não ter um convívio dinâmico e satisfatório com as demais pessoas.

Ela vinha se ausentando, é, muito silenciosa, calada, era uma pessoa, era uma gestante que não era comunicativa, igual e como as outras, ela sempre se isolava, ela não participava das atividades, tinha sua rotina normal do trabalho, saía de casa para o trabalho, mas ela não tinha aquele é..., aquele intuito de conversar com as pessoas, de se aproximar, de se abrir, de conversar, então isso já é um sintoma, né que a gente já minha percebendo durante a gravidez, ok?! Ela se isolava. (E1)

Alguns aspectos é..., que fugiram da fisiologia, né?! Nenhuma doença de base, né?! Tipo, hipertensão, né?! Diabetes gestacional, obesidade, nenhuma dessas, mas o isolamento social, né?! É... Até mesmo nos atendimentos ela ficava isolada, no dia do atendimento com outras gestantes, né?! No cantinho dela. (E2)

O agente de saúde traz ainda que a relação com esposo é difícil ou quase inexistente, o mesmo não deu apoio à mulher durante a fase da gravidez, apresenta problemas com o álcool, o que dificultava o convívio. Assim, considera-se que a falta de apoio e convívio com o cônjuge, tem sido um dos fatores predisponentes para o sofrimento psíquico desta mulher no puerpério, trazendo consequências para ela e a família.

O marido dela não é presente e nem era também não. Só a família dela que era mais presente, até porque eles moram vizinhos, até então a família dela sempre foi mais presente, até então que hoje ela mora com os familiares dela, né?! Com a mãe dela. Pela questão do marido, foi o que a família mais, mais se questionou, né?! Que não era um marido presente, é..., pela relação, né?! Então, é, é, eles viram, que a questão do álcool, né?! A questão dá, dá, do, comportamento dele, entre marido e mulher, não eram o melhor possível, então a gente acha que talvez tenha sido isso um dos fatores, né?! Que veio se acometer com ela. (E1)

Os fatores que podem vir a influenciar e aumentar os riscos de transtornos na gestação e no puerpério são: fatores biológicos e psicossociais, eventos adversos na gestação e no parto, falta de suportes familiar e social, mau relacionamento com o companheiro e gravidez indesejada (MELLO, 2008).

#### 4.2 Identificação e análise dos sinais e sintomas apresentados pela mulher no

## período de puerpério

A família e os profissionais frente aos sinais e sintomas apresentados pela puérpera encontraram uma dificuldade em identificar o distúrbio em um primeiro momento. Frente a isso, os profissionais relatam que um dos fatores que contribuiu para o reconhecimento tardio do problema, foi à falta de informação sobre o assunto, gerando um atraso no diagnóstico.

Houve a fase de amamentação, né?! Claro! Referida pelo agente comunitário de saúde. Ela fez o aleitamento, é... Um aleitamento exclusivo, essa criança, né?! Não houve nenhum tipo de violência registrada partir da mãe com a criança, né?! (E2)

Não, a gente foi descobrir já, não sei como era não, ela não queria fazer as coisas, e sempre ela fazia, aí não queria fazer mais, não queria fazer o comer, não queria varrer a casa, não queria lavar a roupa, se assim, só se a gente mandasse. Foi perceber mais quando ela pariu. (E3)

Segundo Aguiar, Silveira & Dourado (2011) há uma dificuldade para a avaliação deste transtorno que está ligado a fronteira imprecisa, na maior parte das vezes também se apresenta de maneira arbitrária diante das formas clínicas, subclínicas e não-patológicas.

Surge ainda nos depoimentos do agente de saúde, que a relação entre mãe-filho era ineficiente ou quase inexistente de laços maternos afetivos, apresentando rejeição do filho, com ausência de agressão física ao recém-nascido, relatado pela família.

Mello (2008) ressalta que a DPP apresenta-se com sintomas semelhantes aos de outras formas de depressão, englobando sentimentos de culpa e de desinteresse pela criança, prejudicando a interação mãe-filho.

Foi super fácil, até porque assim que ela pariu, né?! ela já automaticamente como se tivesse rejeitando a criança, então foi um fator que a gente viu que era, é..., super coincidente com a questão da DPP. (E1)

Segundo relatos do enfermeiro, a puérpera também manifestou um quadro de ansiedade constante, em relação à adaptação a nova fase de sua vida, e deixou de realizar as atividades diárias e de fazer o que mais gostava. Essas atitudes aumentavam a possibilidade para o reconhecimento do sofrimento psíquico puerperal dessa mulher.

Inicialmente as características foram de ansiedade, antes mesmo de, antes mesmo do período de diagnóstico, né?! Evoluindo para a depressão (E2)

Se apresenta com isolamento, recusa, não aceitação da criança, né?! Que seria, estaria sendo, é, é... Tendo os cuidados pelos avós, né?! E pela sogra, né?! Que já foi observado antes mesmo do período. (E2)

O isolamento social, o isolamento do convívio familiar, né?! A questão de não querer fazer mais nenhum tipo de atividade laboral, mesmo atividade do trabalho, né?! ela trabalhava numa escola, né?! Ela já abandonou, o, as suas atividades diárias, né?! Como funcionário de uma escola, né? (E2)

“O ritmo acelerado possibilita produzir na puérpera sentimentos de ansiedade, expectativa, às vezes frustração e inúmeras preocupações, de modo a interferir em todos os segmentos da sua vida” (SILVA & BOTTI, p. 292, 2014).

Devido aos sintomas apresentados pela puérpera, o agente de saúde relatou que ele, e os demais profissionais da UBS, sentiram a necessidade de realizar uma análise de todos os fatores contribuintes e sintomas, para poderem constatar qual seria o possível diagnóstico que acometia aquela mulher, para que assim desse início ao tratamento.

Na questão da investigação, até porque como ela era uma gestante diferente das outras, né?! Que se isolava, então a gente achou melhor, é... Eu achei melhor conversar com a equipe, com relação a isso e ver, é, é, é, a investigação do comportamento familiar, a gente achava que o problema tivesse, fosse alguma coisa em relação à família, né?! (E1)

De acordo com Strapasson & Nedel (2010), a assistência prestada à mulher no pós-parto com sofrimento psíquico, deve ser realizada pelos profissionais da atenção básica, levando-se em consideração a singularidade da vivência própria deste período, tendo em vista situações particulares de vida da pessoa e o esforço na busca do ajustamento neste novo papel que assume.

#### 4.3 Estratégias de cuidados voltados a puérpera para o tratamento da dpp

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a Atenção Básica tem como um de seus princípios possibilitarem o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental.

De acordo com os relatos dos profissionais que assistiram a puérpera naquela época, a assistência deu início na UBS Alto da Cheia, através do Programa da Saúde da Família (PSF), com o auxílio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formada por uma equipe multiprofissional, para posteriormente contar com o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A gente fez um acompanhamento, né?! Com a equipe do PSF, tanto com o médico da época, que hoje não se encontra mais aqui, na UBS, quanto com o enfermeiro, que hoje vem acompanhando, né?! Quanto com a equipe NASF, né?! Que vem dando a assistência, fica meio defasado porque eles não estão constantemente, todo mês, né?! Na, na casa da família, só que a gente vai fazendo de acordo com o que vai dando. (E1)

Certo, é... inicialmente, o, o... a clínica, o, o, os critérios, e mesmo o, o... a sintomatologia, foi observado é claro pela família, né?! E repassado pra gente comunitário de saúde, que já passou para a equipe, sendo realizada as visitas de enfermagem, que assim já foi identificado, né?! E foi, é, é... inicialmente acompanhada pela unidade, que posteriormente acompanhou no Centro de Atenção Psicossocial, pelo neurologista, e em seguida pelo psiquiatra, que logo já fechou o diagnóstico, né?! (E2)

A equipe multiprofissional que compõe uma UBS é responsável por identificar e detectar o possível diagnóstico na paciente, para encaminhá-la aos profissionais especialistas.

Segundo Aguiar, Silveira & Dourado (2011) na prática, o início da abordagem à mãe em sofrimento psíquico se dá, geralmente, ainda no nível da atenção básica, com o auxílio do NASF, após essa assistência não ser satisfatória, não apresentando melhoras, o profissional geralmente realiza o encaminhamento aos CAPS.

No entanto, apesar desta puérpera ter sido bem assistida na rede de atenção básica e complexa, seu prognóstico não progrediu, devido à involução dos sintomas que ela ia apresentando ao decorrer do tratamento.

No princípio, é, a família só achava que era depressão, né?! Então foi feito todo o acompanhamento tanto na unidade de saúde, né?! Que não deixa de ser assistida, quanto no CAPS, né?! Então, foi até então que foi passado vários medicamentos, e ela não, não se dava com a medicação, né?! Então, é..., a médica do CAPS da época, solicitou uma ressonância de crânio, até então a tomografia, então ela foi para Fortaleza, quer dizer para Mossoró, e ficou fazendo o acompanhamento lá (E1)

Então ela foi bem acompanhada, né?! Ela foi acompanhada, encaminhada e referenciada de acordo com os serviços, né?! De referencia específicos, né?! E o quadro dela só foi se agravando, não houve momento de uma melhora do quadro, melhora em que sentido? Melhora no sentido das medicações que foram modificadas, neurolíticos, né?! Pra realmente, é, é... Diminuir os transtornos que ela estava sentindo, mas melhora no quadro em si não houve até agora. (E2)

Aguiar, Silveira & Dourado (2011), afirmam que após o encaminhamento ao CAPS, a mulher encontra um serviço do qual se exige um saber-fazer acerca do sofrimento psíquico. Desenvolve-se, então, uma assistência que geralmente parte de um conhecimento prévio, pautado nas relações causa-efeito.

#### **4.4 O relacionamento familiar e conjugal vivenciado pela puérpera após o sofrimento psíquico**

Identificou-se através das falas do agente de saúde e da família que o relacionamento familiar, se deu apenas entre irmãs e mãe, levando-se em consideração que todos os cuidados direcionados a puérpera e o filho, estão sendo reproduzidos por elas.

Somente a família dela, durante todo esse período, até porque ela, toda, todas as ações dela, a alimentação, banho, é, vestir roupa, trocar de roupa, tudo, tudo, tudo, é com o auxílio de um alguém, né?! De outra pessoa, porque ela mesmo, não tem mais condições de, de, de fazer as atividades dela, é, diárias sozinha, tem que ter o auxílio de alguém, então a família, a mãe dela, a irmã dela, que sempre estão ali presente, para poder dá o auxílio. (E1)

Ela ai (outra irmã), porque ela fica aqui em casa, né?! E a minha casa é aqui (ao lado), ai quem cuida assim dela, assim, mais assim, aqui em casa é ela, ai eu, que é pra sair, que leva para o CAPS, para Mossoró, tudo é eu que vou, para receber o dinheiro, é eu assim, contar pra tudo, ajuda também aqui, mas a convivência dela

aqui, é minha irmã aí, que fica assim com ela, que lava, que, quando é assim pra mudar fraudada, essas coisas, a limpar, eu também venho ajudar, nós é tudo assim, nós se ajuda. (E4)

Os programas de atenção à saúde buscam recolocar a unidade familiar em uma posição de responsabilidade pelo cuidado de seus membros e torná-la agente de transformações nos diversos cenários da assistência (MORENO & ALENCASTRE, p. 175, 2014).

Na fala de uma de suas irmãs, é identificado que o relacionamento entre elas apresentou uma melhora significativa da relação afetiva, devido aos cuidados, porém está aproximação encontra um percalço, uma vez que a mãe da puérpera tem idade avançada e também necessita de cuidados específicos, fato esse que acaba dificultando essa convivência.

Ficou “mais melhor”, né?! A gente ficou mais próxima, porque a gente fica tudo junto agora, quando ela (a outra irmã) vai eu vou, só eu não, eu e ela ai, a minha mãe, nós tudinho ajuda. (E4)

Minha mãe já tem 80 anos, a gente não pede nem que ela ajude, que ela já é uma, já tá dando assim, a gente é que já está fazendo pra ela, já é uma criança.(E4)

O Ministério da Saúde (2013) destaca que para a Estratégia Saúde da Família (ESF), ressalta que a família é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde.

A família e o agente de saúde dá ênfase à ausência do esposo da puérpera durante todas as fases de diagnóstico e tratamento, perdurando até hoje, em conjunto com a separação no casamento.

No começo né?! No começo ele (esposo), depois ela passou pra cá né?! Ai ele não tem mais nada a ver com ela não. (E3)

Ela continua casada só no papel (E1)

De acordo Kerber, Falceto & Fernandes (2011) cabe uma verificação mais detalhada da saúde mental das mulheres casadas e com relações conjugais problemáticas, já que existe associação entre estas duas variáveis para a patologia.

#### **4.5 Representação das consequências do sofrimento psíquico para à puérpera e sua família**

Nota-se na fala da irmã que o sofrimento psíquico que acomete a mulher, trouxe para elas consequências negativas, uma delas tem sido a sobrecarga física e psíquica, pois elas desempenham agora todas as funções que eram executadas pela puérpera, além de exercerem os papéis de cuidadoras.

“Os eventos psicossociais que se desenvolvem como parte do puerpério são talvez mais dramáticos que os eventos fisiológicos, e certamente tem um efeito mais

duradouro em seus familiares envolvidos” (ZIEGEL & CRANLEY, 2008, p. 438).

Ah, foi muito ruim, porque ela fazia tudo, não estava fazendo mais né?! Ela deixou de trabalhar, agora tudo aqui é nós, é o filho, é ela, é da banho, é tudo. (E3)

De acordo com Silva & Botti (2014), a fase do puerpério para a mulher é caracterizada por várias transformações que atingem todas as áreas de sua vida, que são as transformações no físico, no âmbito psíquico e também no social, modificando dessa maneira a rotina dessa puérpera e de sua família.

Destaca-se que após o sofrimento psíquico, a família teve uma certa privação da vida social, tendo que ausentar-se do trabalho, organizar as atividades a serem executadas e modificar a rotina habitual da casa.

Depois que ela teve, cuidando desde então, cuidando dela, do filho, a gente trabalhava, saiu para cuidar. (E4)

Ruim foi, porque era uma coisa que estava tudo bem, e depois acontecer isso aí com ela, ela fazia tudo, aqui tudo era ela, resolvia tudo, resolvia as coisas da gente, tudo era ela, a cabeça aqui era ela. (E3)

De ruim, trouxe de tudo, pra ela e pra gente também, porque a gente parou, bem dizer a nossa vida por causa dela, que a gente não pode sair para um canto, deixar ela, porque não tem como a gente sair, porque é ela e o filho, para a gente ir para um canto, a gente tem que, é..., combinar, ou ela sai, ou eu saio, porque ela não pode ficar só, por causa dela e o do filho. (E4)

Compreende-se que na fase de puerpério a mulher já vinha se ausentando de suas atividades normais, e que esse comportamento regrediu a cada dia, se perdurando até hoje, onde ela é restrita de todas suas atividades, aumentando mais a responsabilidade da família no cuidado.

Ela se aposentou, dá onde, se ela ficou parada, não fala, não anda, ela não faz mais nada não, é tudo a gente é quem faz. (E4)

O apoio familiar apresenta-se como benefício e estratégia no auxílio para a puérpera na superação das adversidades do cuidado com o recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento de sua própria competência e possibilidades de amadurecimento, desenvolvendo segurança frente ao papel da maternidade (STRAPASSON & NEDEL, 2010).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho foi o de expor e apontar os sentimentos vivenciados pela puérpera com transtorno mental. Dessa forma, esse estudo pode vir a contribuir de maneira significativa para auxílio na detecção precoce do sofrimento psíquico no puerpério.

A partir do estudo realizado com familiares e profissionais da saúde, os quais

estavam envolvidos diretamente com os cuidados da puérpera, é perceptível a dificuldade que os mesmos tiveram para identificar os sinais de sofrimento psíquico nessa mulher.

De tal modo, analisando os dados colhidos pode-se concluir que os fatores predisponentes, como a dificuldade de se relacionar com as demais pessoas, o relacionamento conjugal complicado devido ao álcool, a perda de interesse para se realizar atividades que eram feitas antes da gestação ou qualquer outro fator que venha causar uma percepção negativa de si mesma, pode influenciar diretamente no sofrimento psíquico.

Dessa forma, para a concretização do tratamento para o quadro clínico de sofrimento psíquico no puerpério é imprescindível o reconhecimento precocemente dos sinais e sintomas para se diagnosticar a doença e direcionar uma assistência eficaz e de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- AIROSA, S.; SILVA, I. **Associação Entre Vinculação, Ansiedade, Depressão, Stresse E Suporte Social Na Maternidade**. Psicologia, Saúde & Doenças, 14 (1), 64-77 EISSN - 2182-8407, 2013.
- AGUIAR, D. T.; SILVEIRA, L. C.; DOURADO, S. M. N. **A Mãe Em Sofrimento Psíquico: Objeto Da Ciência Ou Sujeito Da Clínica?** Escola Anna Nery (impr.); 15 (3):622-628, jul-set 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- EMIDIO, S. T; HASHIMOTO, F. **O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia**. Rev. SBPH vol.16 no.1; Rio de Janeiro, jun. 2013.
- KERBER, S. R.; FALCETO, O. G.; FERNANDES, C. L. C. **Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psíquicos do pós-parto**. Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica. 2011.
- MEIRA, BM; PEREIRA, PAS; SILVEIRA, MFA; GUALDA, DMR; JÚNIOR, HPO **Desafios Para Profissionais Da Atenção Primária No Cuidado À Mulher Com Depressão Pós-Parto**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis; 24(3): 706-12, 2015.
- MELLO, I. M. **Enfermagem Psiquiátrica e De Saúde Mental Na Prática**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. **A Família Do Portador De Sofrimento Psíquico E Os Serviços De Saúde Mental: Estudo De Caso**. Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá, 2014.
- MOURA, ECC; FERNANDES, MA.; APOLINÁRIO, FIR. **Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho**. Rev. Bras. Enferm., Brasília; 64(3): 445-50, mai-jun 2011.
- RODRIGUES, OMP; SCHIAVO, RA. **Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto**. Rev Bras.Ginecologia Obstétrica. 2011.
- SILVA, E.T; BOTTI, L. C. N. **Puérpera Com Depressão Pós-Parto: A Influência na Relação com o**

**Bebê.** Goiânia, v. 41, n. 2, p. 341-357, 1br./jun. 2014.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. **Puerpério Imediato: desvendando o significado da maternidade.** Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) set;31(3):521-8, 2010.

ZIEGEL, EE; CRANLEY, MS. **Enfermagem Obstétrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

## TRANSIÇÃO DE UNIVERSITÁRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO: EXPECTATIVAS DE GRADUANDOS DA ÁREA DE SAÚDE

### **Leonardo Borges Magalhães**

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio,  
UNICERP, Patrocínio – Minas Gerais

### **Gisélia Gonçalves de Castro**

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio,  
UNICERP Patrocínio – Minas Gerais

### **Scheilla de Castro Reis e Silva**

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio,  
UNICERP Patrocínio – Minas Gerais

### **Arlindo Gonçalves Reis Junior**

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio,  
UNICERP Patrocínio – Minas Gerais

### **Tassiana Algarte Fernandes**

Universidade de Franca, UNIFRAN Franca- São  
Paulo

### **Tacyana Silva Peres**

Centro Universitário do Cerrado Patrocínio,  
UNICERP Patrocínio, Minas Gerais

**RESUMO:** Este estudo objetivou conhecer as perspectivas vivenciadas pelos estudantes da área da saúde diante de seu último ano de graduação; averiguar se os estudantes se sentem preparados para vivenciar uma transição na etapa de conclusão da graduação; conhecer quais os sentimentos vivenciados pelos estudantes em relação à finalização da graduação e investigar quais são os desafios encontrados pelos graduandos ao fim da etapa de conclusão do processo de graduação.

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e qualitativo, descritivo, contando com um total de 10 acadêmicos dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. O estudo foi realizado através da aplicação de uma entrevista semiestruturada elaborada pelos pesquisadores. Em seguida os dados foram analisados individualmente e coletivamente a partir da análise de conteúdo. Através das entrevistas realizadas, percebeu-se que o apoio familiar é um importante fator motivador e reforçador para conclusão da graduação. Foi verificado a necessidade de especializações como um processo de continuidade nos estudos. Houve uma ambivalência de sentimentos destacados pelos participantes, sendo sentimentos positivos como: alegria, gratidão e alívio, por outro lado sentimentos negativos como: ansiedade, insegurança e medo. Os principais desafios foram a concorrência do mercado de trabalho, má remuneração e dificuldades logísticas e financeiras, para a busca de um trabalho com significado, apesar de alguns estudantes estarem desacreditados com a profissão escolhida. Evidenciou-se os sentimentos apresentados pelos estudantes nesta pesquisa e as perspectivas profissionais, orientada para um aprimoramento de carreira, frente à transição para o mercado de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Graduandos.

## UNIVERSITY TRANSITION TO THE LABOR MARKET: HEALTH GRADUATE EXPECTATIONS

**ABSTRACT:** This study aimed to know the perspectives experienced by students in the health area before their last year of graduation; find out if students feel prepared to experience a transition at the graduation stage; to know the feelings experienced by the students in relation to the graduation completion and to investigate what are the challenges found by the students at the end of the graduation process completion stage. This is a qualitative, descriptive, with a total of 10 students from the Physical Education, Nursing, Physiotherapy, Speech Therapy, Nutrition and Psychology courses. The study was conducted by applying a semi-structured interview prepared by the researchers. Then the data were analyzed individually and collectively from the content analysis. Through interviews, it was realized that family support is an important motivating and reinforcing factor for graduation completion. The need for specializations was verified as a process of continuity in the studies. There was an ambivalence of feelings highlighted by the participants, being positive feelings such as joy, gratitude and relief, on the other hand negative feelings such as anxiety, insecurity and fear. The main challenges were labor market competition, poor pay and logistical and financial difficulties in finding meaningful work, although some students were discredited with their chosen profession. It was evidenced the feelings presented by the students in this research and the professional perspectives, oriented towards a career improvement, facing the transition to the job market.

**KEYWORDS:** Graduating students. Expectations. Labor Market.

### 1 | INTRODUÇÃO

A transição da universidade para o mercado de trabalho e sucesso na carreira são fatores de interesse da psicologia educacional e profissional, no entanto pouca atenção se é dada ao estudo nesta transição (OLIVEIRA, 2014).

São importantes de se averiguar quais aspectos e mudanças sofridas em um mundo cada vez mais globalizado e de constantes evoluções tecnológicas, notado à necessidade de flexibilidades constantes diante de um mundo cada vez mais competitivo (ALMEIDA; SOCCI, 2017). Segundo Basso (2008), ao longo da formação universitária, crises vocacionais podem ressurgir pela necessidade de reafirmar a escolha profissional e também ao se deparar com a realidade ocupacional da profissão escolhida, outros pontos importantes perceptíveis são: falta de planejamento de carreira, dificuldades em atuar na área de formação, distanciamento entre o que se é estudado da prática profissional.

De acordo com Oliveira, Detomini e Melo-Silva (2013) para este assunto de transição há uma ênfase maior em pesquisas voltadas à escolha profissional dos

estudantes que estão ingressando no ensino superior e dos trabalhadores que já se encontram inseridos no mercado que não possuem ensino superior em comparação aos estudantes no fim da graduação.

Além disso, é importante destacar os fatores decisórios na escolha de carreira, bem como diversos perfis de estudantes, consideradas até o fim do curso escolhido. Ainda assim Valore e Selig (2010) destacam o surgimento de um período de dúvidas que se apresentam aos jovens no início da atuação profissional e nas responsabilidades individuais frente ao sucesso ou fracasso profissional, frente à necessidade e realização de especializações profissionais constantes.

Conforme pontua Oliveira (2014) os graduandos se sentem felizes ao encerrarem uma etapa de desafios do caminho e vitoriosos frente ao diploma de graduação, no entanto presumem o medo e insegurança por não terem certeza do que irão encontrar no futuro ou se serão capazes de pôr em prática tudo que aprenderam durante os anos da graduação.

Desta forma, é considerável promover uma reflexão diante do tema inserção profissional e mercado de trabalho no período da formação (ALMEIDA; SOCCI, 2017). Para tanto se fez necessário buscar entender os fatores diante da finalização do processo de graduação e motivadores que permeiam o futuro profissional do graduando nesta etapa de entrada ao mercado de trabalho, entendendo suas dificuldades e possível planejamento da carreira profissional e caminhos, possibilitando também conhecer as expectativas dos graduandos e suas incertezas enquanto futuros profissionais (ALMEIDA; SOCCI, 2017).

Vários pesquisadores em conjunto com governos e instituições têm elaborado estudos, afim de contribuir para novas estratégias no sentido escola-trabalho, contudo um número menor de estudos realizados enfatiza a etapa graduação-trabalho (TEIXEIRA; GOMES, 2004).

Assim questionou-se: quais são as principais perspectivas vivenciadas pelos formandos da área da saúde? Acredita-se que os estudantes ao fim da etapa de graduação apresentam diversificadas perspectivas, sendo estas positivas e/ou negativas.

É importante entender quais são as perspectivas vivenciadas pelos formandos da área da saúde em relação à finalização desta etapa de graduação. Ao fim do processo de graduação sendo está uma etapa que provoca uma ambivalência de diversos sentimentos e expectativas.

Foi justificativa e de interesse do pesquisador através deste trabalho, descobrir as perspectivas, dado também o momento final desta etapa da graduação, conhecendo e contribuindo com apoio aos graduandos finais da instituição acadêmica frente à saída para o mercado de trabalho através dos resultados colhidos neste trabalho.

Afim de constatar e descobrir quais são as expectativas dos estudantes universitários, este trabalho buscou entender as perspectivas vivenciadas pelos formandos da área da saúde em relação à finalização dessa etapa da graduação.

## **2 | METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, de caráter descritivo. De acordo com González Rey (2010) na pesquisa qualitativa, a relevância principal se pauta na qualidade da informação produzida, sendo a significação uma possibilidade de articulação dando legitimidade à estas informações, assim o foco não está no número de participantes. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio, com o protocolo de número 20181450PSI010.

### **2.2 Cenário e participantes da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em um município do interior de Minas Gerais realizada com 10 estudantes da área da saúde, escolhidos de maneira aleatória, que estavam no último ano de graduação dos cursos de Ensino Superior em Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia.

### **2.3 Técnica de coleta de dados**

Para a coleta de dados, foi realizada a aplicação de uma entrevista semiestruturada. De acordo com Gil (2008), a entrevista é uma técnica a qual o pesquisador se apresenta frente ao participante, obtendo os dados investigados e podendo ampliar e aprofundar as perguntas realizadas. A mesma foi elaborada pelos pesquisadores, exclusivamente para esta pesquisa.

Inicialmente a seleção dos participantes se deu a partir de um convite de forma aleatória feito pessoalmente pelo pesquisador informando os objetivos e relevância do trabalho. Após o aceite a pesquisa foi agendada individualmente e realizada em uma sala individual da própria instituição garantido a privacidade e sigilo com duração média de 30 minutos. As mesmas foram gravadas mediante o consentimento dos participantes que também leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **2.4 Procedimento de análise de dados**

A análise e interpretação dos dados foi feita por categorização possibilitando o fornecimento e agrupamento das repostas para o problema e interpretação na busca de um sentido mais amplo das mesmas. Ainda observando os seguintes aspectos como o estabelecimento de categorias, codificação, tabulação, avaliação das generalizações obtidas com os dados, inferência das relações causais e interpretação dos dados, por fim apresentando os mesmos.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trabalho foi organizado em categorias que apresentam sequencialmente na seguinte estrutura: primeiramente os dados sociodemográficos e o perfil dos estudantes participantes. Em segundo momento, o trabalho evidencia o planejamento de carreira, em terceiro momento os sentimentos vivenciados pelos participantes e por fim, traz os desafios encontrados pelos mesmos.

Buscou-se de maneira geral evidenciar os resultados encontrados por meio das transcrições das falas dos entrevistados com embasamento na análise de conteúdo e no referencial teórico adotado. O intuito foi ilustrar o que se almejou compreender através desta pesquisa, assim, valorizando o processo de construção de narrativa dos estudantes participantes. Para resguardar a identidade dos participantes, foram utilizados nomes de personalidades famosas, conforme perfil e/ou escolha pessoal de cada estudante, sendo apresentados nos tópicos a seguir.

#### 3.1 Perfil sociodemográfico dos Participantes

Nota-se na TAB 1 participantes de perfis heterogêneos, sendo cinco participantes do gênero feminino e cinco do gênero masculino e com faixa etária entre 20 a 30 anos. Percebe-se uma presença maior de estudantes do curso de psicologia com três participantes, enquanto os cursos de enfermagem, fisioterapia e nutrição foram realizados apenas com um estudante, devido à dificuldade em encontrar os mesmos dentro do campus, por terem quadro de disciplinas reduzidas em seu último ano de graduação. Ainda conforme análise da TAB 1, os estudantes possuem uma variada renda familiar, notando uma oferta de acesso à educação superior independente da faixa de renda.

Todos os participantes entrevistados estavam no último ano de graduação dos seus respectivos cursos, conforme critérios de participação adotados neste trabalho, descrito nos procedimentos metodológicos.

Estudantes	Idade	Gênero	Renda Familiar	Curso	Período
Natalie Portman	20	Feminino	4 salários	Educação Física	8°
Bráulio Bessa	22	Masculino	4 salários	Fisioterapia	10°
Clarice Lispector	22	Feminino	2 salários	Fonoaudiologia	8°
Priscila Alcântara	22	Feminino	4 salários	Nutrição	8°
Angelina Jolie	23	Feminino	2 salários	Fonoaudiologia	8°
J. K. Rowling	24	Masculino	3 - 4 salários	Educação Física	8°
Claudia Leite	25	Feminino	2,5 salários	Psicologia	10°
Gary Cherone	27	Masculino	3 - 4 salários	Enfermagem	10°
Olavo de Carvalho	29	Masculino	2 - 3 salários	Psicologia	10°
Pr Fábio de Melo	30	Masculino	5 salários	Psicologia	10°

Tabela 1 - Dados sociodemográficos

Fonte: Dados da Pesquisa

Na TAB 2 observa-se que a maioria dos participantes residem com seus familiares, os quais os ajudam com pagamento da mensalidade do curso, outros estudantes possuíam apoio integral de programas governamentais e demais foram demonstrados na tabela, como apoio familiar e iniciativas governamentais. Ressalta-se que os participantes que declararam apenas o FIES como pagador, possuem 100% do valor do curso financiado pelo mesmo. Enquanto os participantes que declararam apoio do FIES e da família ou o mesmo arca com valor remanescente, possuem em média 50% a 90% financiado. O participante J.K Rowling que dispões do PROUNI, possui uma bolsa de 50%, sendo o valor restante financiado através do programa FIES.

Estudantes	Reside com	Quem paga a sua mensalidade atualmente
Natalie Portman	Pais	Pais
Bráulio Bessa	Pais	FIES
Clarice Lispector	Pais	FIES
Priscila Alcântara	Pais	Pais
Angelina Jolie	Mãe	Pai e irmãos
J. K. Rowling	Pais	FIES/Prouni
Claudia Leite	Companheiro	FIES
Gary Cherone	Pais	FIES/Próprio
Olavo de Carvalho	Mãe	Mãe
Pr Fábio de Melo	Pais	FIES

Tabela 2 - Com quem residem e quem paga a graduação

Fonte: Dados da Pesquisa

Neste sentido Buscascio e Oliveira (2017) destacam que a família como grande fator de apoio e influência sobre o estímulo a uma carreira. Atenta-se também para o fato de seis participantes terem apoio de programas governamentais e financiamento estudantil, reafirmando a democratização e acesso ao ensino.

Segundo afirma Taneguti (2013) existem um conjunto de políticas públicas para incentivo ao acesso e persistência na educação superior, como aumento do número de bolsas e subsídios, através de programas como PROUNI e FIES. Assim, observa-se o apoio familiar recebido pelos entrevistados durante a graduação, a saber:

Apoia, não apenas na questão financeira, mas no incentivo e reforçando a questão da minha escolha (Olavo de Carvalho).

Apoiam sim. Então tudo que precisei, tanto financeiramente quanto apoio, eles me deram. Quando eu queria desistir, eles não deixaram (Clarice Lispector).

Observa-se nas falas acima a importância da presença familiar, incentivando o estudante, oferecendo apoio financeiro e principalmente emocional diante as dificuldades vivenciadas, dentre elas a vontade de desistir do curso.

Desta forma, o apoio da família é parte fundamental no processo de graduação

para o estudante, além do investimento financeiro para a educação e qualificação (DIAS; SOARES, 2012).

Além do apoio familiar na parte financeira e emocional, foram questionados aos estudantes se os mesmos desempenhavam atividades laborais, se sim, buscou-se avaliar se o trabalho possuía alguma relação com o curso e área de formação do estudante. Sendo então apresentado as informações abaixo na TAB 3. Buscou-se nesta TAB 3 apresentar apenas os participantes que desempenhavam atividade remunerada, conforme as entrevistas realizadas.

Estudantes	Trabalho atual	Está relacionado com seu curso?
Bráulio Bessa	Auxiliar Administrativo	Não
Priscila Alcântara	Alimentos	Sim
J. K. Rowling	Vendedor	Não
Gary Cherone	Técnico Enfermagem	Sim
Pr Fábio de Melo	Cerâmica	Não

Tabela 3 - Trabalho atual e relação com a área de formação

Fonte: Dados da Pesquisa

Diante dos cinco participantes que trabalham atualmente, conforme dados da TAB 3, apenas Priscila Alcântara e Gary Cherone executam funções que são próximas das suas áreas de graduação. Ao serem questionados sobre deixar o trabalho atual diante da conclusão da graduação, alguns participantes apresentaram insegurança, em suas respostas.

Dias e Soares (2012) afirmam que pensando em ingressar no mundo do trabalho e assumir as responsabilidades por suas escolhas, faz com que os jovens se mostrem inseguros em tomar decisões, pode-se constatar nas falas abaixo:

*Eu estou bem na dúvida. [...] pretendo tentar passar em um concurso (Gary Cherone).*

*Pretendo continuar por mais um tempo. Uns cinco meses no meu trabalho. Pretendo me estabilizar (J. K. Rowling).*

Percebe-se que, alguns jovens apresentam insegurança e dúvida, nas falas descritas, frente ao rompimento com o trabalho atual e a construção de uma nova carreira, direcionada conforme o seu curso de graduação, sendo estes participantes dos respectivos cursos: Enfermagem, Nutrição e Educação Física.

### 3.1 Planejamento de Carreira

O planejamento de carreira objetiva atender à necessidade dos estudantes para a fase de transição onde as escolhas de carreira estão em jogo (DIAS; SOARES, 2012). Dentro da escolha de uma carreira, permeiam vários fatores.

Muitas vezes os fatores que influenciam na tomada de decisões de carreira, são a

busca por um trabalho com significado, desejo de flexibilidade e de maior equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, bem como a capacidade de adaptação, construção de rede de relacionamentos, autoconhecimento e a experimentação (DA SILVA; OLIVEIRA, 2016 p. 6).

Ter um plano de carreira estruturado pode permitir assumir uma posição proativa do desenvolvimento profissional, garantindo a visualização de objetivos à longo prazo, permitindo saber onde se quer chegar e seguindo um plano de ações.

No roteiro de entrevista que se refere ao plano de carreira dos graduandos, muitos almejam seguir áreas específicas de seus cursos, compreendidas ao longo da formação, conforme Oliveira (2014) a carreira é desenvolvida através da construção de fatores únicos do indivíduo, experiências do presente e sonhos do futuro. Como se pode constatar nas falas abaixo:

Pretendo fazer uma especialização em musicoterapia. Que é uma área a qual vou querer trabalhar (Pr. Fábio de Melo).

Eu penso em Fisioterapia na pediatria no momento (Bráulio Bessa).

Nota-se nas falas acima uma perspectiva direcionada para a realização de especializações e aprimoramento através de cursos. Diante dos relatos e identificações como gostos, aptidões, experiências pessoais e sonhos profissionais.

Teixeira e Gomes (2004) afirmam que o jovem nesta etapa final enfrenta uma confusão nos seus modelos de identificação, diante da não realização de projetos é comum que se sintam perdidos e sem muitas referências que sustentem o senso de identidade.

Outros participantes ao serem questionados sobre o planejamento de carreira, apresentaram em suas respostas dúvidas, incertezas e busca por uma profissão diferente da formação. Conforme se analisa através das falas abaixo:

Polícia Federal. Quero fazer o concurso para a polícia (Natalie Portman).

Não. Tenho muitas dúvidas ainda sobre o que eu quero (J.K. Rowling).

Os participantes demonstraram dúvidas ao serem questionados sobre um planejamento de carreira, notando os sentimentos de incerteza frente a uma tomada de decisão, ou uma escolha diferente da área de graduação, notando novamente o curso de Educação Física. Oliveira (2014) pontua a reflexão sobre as experiências no processo de transição e suas variações, sendo este um processo vivenciado pelo indivíduo subjetivamente que muitas vezes acabam transformando e promovendo mudanças comportamentais no sentido de uma reorientação e construção de novos sentidos da sua identidade.

A partir das respostas anteriores, questionou-se aos estudantes se os mesmos se sentiam capacitados e seguros para adentrarem ao mercado de trabalho, ou nas áreas escolhidas. Marinho (2017) sustenta que um dos desafios contemporâneos que envolvem as práticas formativas é a necessidade de se transpor o que se aprendeu em situações

novas e diferentes, sendo descrito as principais falas destacadas abaixo:

Acho que sim [...] estamos fazendo estágio e tendo uma maior intimidade de como será o mercado de trabalho (Clarice Lispector).

Não totalmente, preciso me capacitar mais (J.K Rowling).

Sim, mas não em todas as áreas. [...] eu penso em três, na verdade quatro áreas (Claudia Leite).

Dentro do planejamento de carreira, averiguou-se que os participantes apesar de se sentirem capacitados em algumas áreas dentro de sua formação, completam a fala diante da necessidade de continuarem seus estudos, aprimorarem seus conhecimentos na busca de um preparo melhor e ainda apresentam algumas dúvidas conforme as áreas definidas.

Ainda diante das falas acima, observa-se uma dúvida quanto a competência técnica, os formandos, não julgavam ter adquirido suficientes conhecimentos e por isso, não sabiam se seriam capazes de transpor na prática os conhecimentos aprendidos ao longo da graduação (OLIVEIRA, 2014).

A área da saúde exige necessidades constantes de especializações de seus profissionais, conforme Andrade e Andrade (2015) as mudanças do mundo atual, determinam maiores competências de quem anseia se manter em um mercado cada vez mais competitivo, com uma maior conscientização de trabalhadores.

Quando questionados sobre continuar estudando e aprimorando as habilidades, muitos estudantes definem uma especialização como ponto principal de desenvolvimento da carreira, conforme os recortes de falas abaixo:

[...] já averigui algumas pós-graduações para fazer, até ia fazer um mestrado (Olavo de Carvalho).

Quero especializar em alguma área que eu goste ou alguma área que for mais conhecida (Angelina Jolie).

Foi constatado através das falas, a necessidade dos estudantes em continuarem os seus estudos, a partir de especializações conforme predileções e reconhecimento além do mestrado e aspiração ao doutorado. Apenas um participante abordou a residência como vontade e etapa do desenvolvimento profissional. Foi notado a continuidade de aprimoramento e reconhecimento da área da saúde enquanto campo de atualizações e desenvolvimento contínuo. Conforme Oliveira (2014) ressalta que o investimento na continuação dos estudos, como pós-graduação, reafirma a competitividade no mundo do trabalho, este cada vez mais dinâmico e a formação profissionalizante oferecida pelas universidades, na maioria das situações não atenderem às demandas das ocupações disponíveis.

A partir das respostas ao aprimoramento da carreira, se questionou aos estudantes se iriam permanecer no município ou se pretendem mudar para outra região, após a

conclusão da graduação e conforme o planejamento de carreira realizado. Assim, obteve-se as seguintes respostas:

Eu pretendo mudar, não sei quando mas quero mudar (Natalie Portman).

Eu não queria ir para longe da família. Queria ir para uma cidade mais perto (Gary Cherone).

Devido ao perfil heterogêneo dos participantes, observou-se diversificadas respostas, como anseios de mudança para outra região, alguns com o avançar da carreira e futuro profissional, no entanto houve alguns estudantes com a intenção de permanecerem na região ou próximo a ela, devido a família e relacionamentos. Oliveira; Santos e Dias (2016) afirmam que diante da conclusão são vivenciadas um novo ajustamento do graduando, como o distanciamento no núcleo familiar, transformações no grupo de amizades e troca de ambientes.

### 3.2 Sentimentos Vivenciados

São vários os sentimentos que perfazem o imaginário do graduando, se por um lado se sentem felizes por estarem concluindo uma etapa de desafios e vitoriosos frente ao diploma de graduação, por outro se apresentam medo e insegurança por não terem certeza do que irão encontrar no futuro ou se serão capazes de colocar em prática os aprendizados durante os anos de graduação. Conforme Oliveira (2014) em um primeiro momento, a transição é destacada por meio de sentimentos de medo e ansiedade decorrentes das incertezas sobre o futuro e si mesmo. Vargas e Zampieri (2015) afirmam que acompanhadas das expectativas, os sentimentos de angústia, apreensão e temor também são fatores que podem interferir numa decisão menos assertiva, podendo promover futuras decepções.

Esta ambivalência de sentimentos apresentada pelos autores, se assemelham aos principais sentimentos evidenciados pelos jovens graduandos, através dos relatos de suas falas abaixo:

Felicidade por estar concluindo e uma certa angústia das pessoas, laços e relações que fiz durante a graduação (Pr. Fábio de Melo).

Insegurança, incerteza e medo (J.K. Rowling).

Conforme falas acima, os graduandos vivenciam vários sentimentos ao longo da graduação, sendo estes de felicidade, gratificação pela conquista e alegria. Os graduandos vivenciam também sentimentos de ansiedade, medo e insegurança frente ao futuro profissional.

Para a maioria dos formandos a transição universidade-trabalho, pode ser um período de desconfortos, pois em breve não serão mais estudantes e ainda não se sentem profissionais, provocando uma ambivalência de sentimentos (OLIVEIRA, 2014).

### 3.3 Desafios Encontrados

Diante da conclusão de formação, surgem uma confusão nos modelos de identificação, por não saberem o que irão encontrar no futuro, algumas vezes perdidos e sem referências para sustentar o senso de identidade, e para que os projetos pessoais possam se concretizar.

Em um estudo realizado Bardagi (2006), buscando avaliar as expectativas quanto à entrada no mundo do trabalho, identificaram discursos semelhantes como maior exigência de qualificação, desatualização e desqualificação por parte dos graduandos. Da mesma forma Oliveira (2011), aponta que uma das preocupações centrais dos jovens, diz respeito a sua qualificação. Quanto aos desafios questionados, emergiram as seguintes respostas:

No momento é o TCC. Depois vem entrar no mercado de trabalho, pois querendo ou não fica com certo receio (Clarice Lispector).

Há muita concorrência, muito profissional bom na cidade. [...] tem que ter um diferencial muito grande para conseguir o que você quer (Priscila Alcântara).

As falas atentam-se para o fato das dificuldades frente ao fim da graduação, como o trabalho de conclusão de curso (TCC), a existência também de obstáculos financeiros e logísticos frente a formações que não se encontram na região e como relatado também a concorrência profissional, destacando a demanda e oferta. O diferencial torna-se necessário, destacando entre a concorrência com outros profissionais. Levando em conta os desafios diante das condições de trabalho e remuneração inadequada.

Lacombe (2004 apud Oliveira, 2011) diz que a dinâmica do mercado que gera influência e determina o valor de remuneração, benefícios e condições de trabalho conforme cada tipo de profissão.

Diante destes desafios apresentados foram averiguadas ao fim as expectativas dos participantes frente ao futuro profissional. Buscascio e Soares (2017) afirmam que eleger uma carreira é uma forma de independência e realização pessoal, sendo transcritas abaixo as principais expectativas encontradas nas falas dos participantes.

Eu espero que me dê muitos frutos (Claudia Leite).

Quero me estabilizar financeiramente (Gary Cherone).

Conforme as expectativas apresentadas acima, percebe-se que representam diversos anseios dos graduandos, sendo positivas nas falas de Angelina Jolie, Bráulio Bessa, Claudia Leite, Gary Cherone e Priscila Alcântara, na espera de colher os resultados almejados. Entretanto nota-se uma angústia e insegurança de alguns participantes, frente uma quebra de expectativas com o curso, frente as experiências e dificuldades no mercado de trabalho a partir das falas de J.K. Rowling e Natalie Portman.

Buscascio e Soares (2017), afirmam que as expectativas que os estudantes

possuem sobre a universidade e o futuro profissional podem ser considerados um tema complexo, não só por se tratar de uma população heterogênea como, por exemplo, em relação à faixa etária, objetivos de vida pessoal e profissional, como também pelo caráter dinâmico do contexto social o qual está inserido.

Ibarra (2009) contempla que para obtenção de êxito na transição, é necessário um planejamento ativo de análise prévia, passando por momentos de reflexões para ação e retornando o mesmo ciclo por algumas vezes ao longo do caminho.

## 4 | CONCLUSÃO

Constatou-se o apoio familiar como um fator reforçador e motivador para conclusão da graduação. Notou-se a necessidade de especializações, dentro das áreas principalmente em que ocorrerem uma identificação através dos sonhos, estudos e práticas vivenciadas. Além da necessidade de especialização com o avançar da carreira profissional a mudança de região torna-se esperado para alguns participantes, no entanto algumas falas reforçaram o apoio familiar e rede de relacionamentos como justificativa para permanecer na região atual.

Os principais desafios evidenciados pelos estudantes foram a concorrência do mercado de trabalho, má remuneração, dificuldades logísticas e financeiras frente as atualizações profissionais. Identificou-se nos participantes nesta etapa de transição a busca por um trabalho com significado, a realização de um sonho, apesar de alguns estudantes acreditarem que a profissão, especificamente a da Educação Física, precisa evoluir para que possam trabalhar felizes, mantendo um equilíbrio entre vida profissional e financeira.

Sobretudo os sentimentos positivos, apoio familiar e sonhos movimentam as buscas pelo crescimento e reduzem os desafios do caminho. Neste sentido é possível observar a necessidade de realização de novos estudos na área, dada a complexidade do tema e vários fatores que provocam influência sobre o conceito de transição universidade-mercado de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C, G; SOCCI, V. **Inserção profissional e carreira de formandos e egressos brasileiros: revisão da literatura.** Revista Brasileira de Orientação Profissional, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 81-92, 2017.

ANDRADE, K, O; ANDRADE, P, O; LEITE, L, F. **Qualidade de Vida dos Trabalhadores da Área de Saúde: revisão de literatura.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2015.

BARDAZI, M, P. **Evasão e comportamento vocacional de universitários: estudo sobre desenvolvimento de carreira na graduação.** 2007, 242f, Tese em Doutorado-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

BASSO, C. **Escolha profissional: estudantes universitários em crise durante as fases intermediárias da formação acadêmica.** 2008, 100f. Dissertação em Mestrado-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BUSCACIO, R. C. Z; SOARES, A. B. **Expectativas sobre o desenvolvimento da carreira em estudantes universitários.** Revista Brasileira de Orientação Profissional, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 69-79, 2017.

CENTRO Universitário do Cerrado Patrocínio. **Apresentação I Unicerp.** Disponível em: <<http://www.unicerp.edu.br/instituicao/apresentacao>>. Acesso em: 12 novembro 2018.

DA SILVA, E. C. M.; OLIVEIRA, L. B. **Transição de Carreira após a Ruptura com o Mundo Corporativo: Uma Pesquisa com Profissionais Maduros.** In: Anais do Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais. 2016.

DIAS, M, S. L.; SOARES, D, H, P. **A escolha profissional no direcionamento da carreira dos universitários.** Psicologia ciência e profissão, Paraná, v. 32, n. 2, p. 272-283, 2012.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação.** Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

IBGE. (Brasil). **Estatísticas por cidade e estado: Patrocínio.** Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=3148103>>. Acesso em: 20 maio 2018.

IBARRA, H. **Identidade de Carreira.** Editora Gente Editora Ltda, 2009. São Paulo.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARINHO-ARAÚJO, C, M; ALMEIDA, L, S. **Abordagem de competências, desenvolvimento humano e educação superior.** Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília, v. 32, n. 5, 2017.

OLIVEIRA, M, C, de. **Sucesso na carreira depois da graduação: estudo longitudinal prospectivo da transição universidade-trabalho.** 2014, 205 f. Tese em Doutorado em Psicologia- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2014.

OLIVEIRA, L. B. **Percepções e estratégias de inserção no trabalho de universitários de Administração.** Revista Brasileira de Orientação Profissional, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-95, 2011.

OLIVEIRA, M, C.; DETOMINI, V, C; MELO-SILVA, L, L. **Sucesso na transição universidade-trabalho: expectativas de universitários formandos.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.19, n. 3, p. 497-518, 2013.

OLIVEIRA, C. T.; SANTOS, A. S.; DIAS, A. C. G. **Expectativas de universitários sobre a universidade: sugestões para facilitar a adaptação acadêmica.** Revista brasileira de orientação profissional. São Paulo, SP. Vol. 17, n. 1, p. 43-53., 2016.

TANEGUTI, L. Y. **Desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de uma educação nacional de qualidade.** MEC/CNE/UNESCO. Brasília. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php>, 2013>. Acesso em 20 de abril de 2018.

TEIXEIRA, M, A, P; GOMES, W, B. **Estou me formando... e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários.** Revista Brasileira de Orientação Profissional, São Paulo, p. 47-62, 2004.

VALORE, L. A; SELIG, G. A. **Inserção profissional de recém-graduados em tempos de inseguranças e incertezas.** Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 10, p. 390- 404, 2010.

VARGAS, J. M; ZAMPIERI, A. C. B. **As expectativas dos estudantes de psicologia sobre a atuação profissional no mercado de trabalho.** Anais-Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG, Caxias do Sul. v. 1, n. 1, p. 275-290, 2015

## UM OLHAR SOBRE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AS CRIANÇAS SURDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

**Alexandra Ferreira Gouvêa Martins**  
**Diana Negrão Cavalcanti**

**RESUMO:** O artigo traz a problematização sobre a barreira linguística estabelecida quando da necessidade da família com filho surdo procurar os serviços públicos de saúde. Desde a criação do SUS- Sistema Único de Saúde, em 19 de setembro de 1990 o acesso universal está garantido, porém a não difusão da língua brasileira de sinais na área da saúde dificulta esse acesso e gera transtornos de comunicação entre os usuários surdos desses serviços, mesmo após sua oficialização em 2002, a Língua Brasileira de Sinais – Libras, esbarra na precarização dos serviços públicos de saúde e no despreparo de profissionais da área da saúde não usuários da língua. Esta posta uma problemática que precisa receber mais atenção do poder público que deixa de cumprir um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde que é a equidade, quando não garante ao surdo um atendimento igualitário, respeitando suas diferenças na sociedade a qual está inserido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde; Surdez; Inclusão

**ABSTRACT:** The article brings the questioning about the language barrier established when the need of the family with deaf son search for

public health services. Since the creation of the SUS-unified Health System, on September 19 1990 universal access is warranted, but not diffusion of Brazilian sign language in health care hinders such access and generates communication disorders among deaf users of these services, even after its officialization in 2002, the Brazilian Sign Language – Libras, coming up in increasingly public health services and the preparation of health professionals non-users of the language. This poses a problem that needs to get more attention of the Government that fails to meet one of the guiding principles of the unified health system that is equity, when does not guarantee equal service to the deaf, respecting their differences in society which is inserted.

**KEYWORDS:** Health; Deafness; Inclusion

A temática saúde que é discutida no Brasil e no mundo atualmente exigem compreensões ampliadas da realidade de cada região e país. O Sistema Público de Saúde vigente desde sua criação em 1990 atravessa desafios diante de um país com uma diversidade regional e cultural marcantes.

As políticas públicas voltadas à atenção das pessoas com necessidades especiais podem ser mais bem compreendidas quando fazemos uma leitura da Constituição Federal

de 1988, no artigo que trata da equidade e universalidade do atendimento. Uma compreensão que exige certo esforço considerando a realidade no atendimento de pessoas surdas na rede pública de saúde.

Segundo a Lei de 13.146/05, a pessoa com deficiência é caracterizada como sendo:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” (BRASIL, 2015, p. 8).

A pessoa com deficiência pode ter seu direito obstruído na medida em que esbarra em barreiras existentes na sociedade, sendo impedida de receber o tratamento igual a qualquer outro cidadão que busque atendimento na rede pública de saúde.

Quando falamos em equidade pensamos na própria definição da palavra que preconiza ser: igualdade, simetria, imparcialidade. Mas que tipo de acesso aos serviços de saúde em nosso país que favorece a imparcialidade no atendimento das pessoas surdas que procuram os serviços públicos de saúde? Elas conseguem serem ouvidas e atendidas em suas necessidades com simetria e igualdade?

Quando foi instituído o SUS – Sistema Único de Saúde, em 1990, o sistema de saúde vigente atendia apenas aos trabalhadores registrados em carteira profissional com isso boa parte da população mantinha-se excluída desse atendimento. Ficavam fora os trabalhadores autônomos, os trabalhadores do campo agrícola familiar. Isso representava uma parcela considerável da população economicamente ativa que por dificuldades em estarem inseridas no mercado formal de trabalho não tinham o benefício da assistência à saúde.

Com a vigência da Constituição Federal de 1988 essa questão da cobertura foi resolvida, segundo o artigo 196, agora todos teriam direito a receberem assistência integral à saúde. Segundo a Constituição Federal temos o direito garantido:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A inclusão da parcela da população outrora excluída significou um reconhecimento dessas pessoas enquanto cidadãos brasileiros, eles ganharam visibilidade e mais do que isso empoderamento. Condições de lutarem por algo que lhes eram garantido por lei.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços

para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Desde então se busca a verdadeira inclusão preconizada na lei, não apenas limitada as pessoas trabalhadores do mercado formal ou informal mas também aquelas que possuem algum tipo de deficiência. O chamado acesso universal que trata o art. 2º da Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, criação do SUS – Sistema Único de Saúde, esbarra na questão da acessibilidade dessas pessoas com necessidades especiais e mais especificamente as pessoas surdas.

Quando um surdo necessita de atendimento de saúde, as barreiras que terá que enfrentar serão inúmeras. A começar da preocupação do responsável pela criança em saber se naquele lugar haverá uma equipe de profissionais capazes de se comunicarem com a criança surda.

Os pais imaginam diversas situações complicadoras nesse momento e isso gera neles tensão e ansiedade. A barreira linguística configura-se então como um dificultador do chamado acesso universal.

Segundo dados do IBGE, 2000 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) são o Brasil conta com 5.750.805 surdos e no censo de 2010 mais de 9.700.000 pessoas com algum grau de perda auditiva (mais de 5% da população total).

Esse número expressa a representação de uma parcela da população brasileira em condições de igualdade ao acesso aos serviços públicos e portanto devem ser inseridas em uma sociedade preparada para atendê-los. Uma realidade não observada atualmente, pois a barreira da língua dificulta essa inclusão.

A língua oficial da comunidade surda é a Libras – Língua brasileira de sinais, uma língua que se configura como viso espacial, com expressão e movimento, identificando a pessoa surda.

A Lei 10.436, de 12 de agosto de 2002 oficializou a Língua de sinais, com isso o surdo ganhou legitimidade na sociedade ouvinte.

A legislação educacional recente (Lei nº 10.436/2002, Decreto Presidencial nº 5626/2005 e a Lei nº 12.319/2010), reconhecem e vêm preconizando o respeito a essa diferença linguística como importante fator de identidade cultural dos surdos. Valoriza a língua de sinais, mas ainda busca estratégias eficazes para ensiná-la nas escolas, a exemplo de tantos outros países (KELMAN, 2015.p.59).

O desafio consiste em difundir a língua de sinais na sociedade para que mais e mais pessoas tornem-se fluentes na língua e capazes de comunicarem-se com os surdos sem que para isso necessitem da presença de intérpretes. A inclusão tão almejada pela comunidade surda passa pelo uso da língua de sinais e pelo livre acesso.

Busca-se a eliminação de barreiras tanto linguísticas como estruturais, permitindo assim que uma criança surda possa circular livremente pela cidade em que vive e não se sinta discriminada por ser surda. Que seus pais ao levarem seus filhos surdos ao medico, ao laboratório, possam ter acesso ao sistema público ou até mesmo privado

de saúde.

Esse direito à saúde está previsto na Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015, não sendo apenas uma concessão do poder público e sim um direito constituído a todos os que possuem algum tipo de deficiência. A Lei Brasileira de Inclusão prevê:

Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.

§ 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia.

4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

VIII - informação adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

X - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais

Art. 24. É assegurado à pessoa com deficiência o acesso aos serviços de saúde, tanto públicos como privados, e às informações prestadas e recebidas, por meio de recursos de tecnologia assistiva e de todas as formas de comunicação previstas no inciso V do art. 3º desta Lei. (BRASIL,2015)

Nos trechos destacados acima temos claro a legitimidade desse direito, quando a lei diz que os profissionais de saúde precisam estar sendo capacitados para atender esse público que procura os serviços, isso elimina qualquer tentativa de justificar o desconhecimento desses profissionais com relação à língua de sinais pois anteriormente vimos que 5% da população é de surdos.

Como esperar que uma família com filho surdo receba informação adequada e acessível de sua condição de saúde, segundo o inciso VIII, se o profissional que atenderá seu filho(a) surdo não consegue se comunicar com a criança na sua língua natural e isso será mais impactante se esse profissional for da área da enfermagem e essa criança necessitar de aplicação de remédios por via venosa.

Percebemos assim que a existência da barreira linguística nos serviços de saúde torna-se agravante para o acesso universal do surdo, sendo esse acesso previsto em lei.

Inclusão de fato requer aplicabilidade das Leis já regulamentadas, para colocar em prática o que a lei já determinou que se cumprisse. A pergunta que nos fazemos é será que a família de uma criança surda tem conhecimento dos seus direitos? De que ela pode exigir na falta de um profissional de saúde fluente em Libras a presença de um intérprete?

Supondo que os pais ao levarem seu filho(a) a uma emergência pública e a criança precise ficar internada, como a equipe de enfermagem abordará essa criança para realizar os cuidados de higiene e como passará a medicação prescrita pelo médico? Sendo da área da saúde e por já ter trabalhado em um hospital de médio

porte por vezes tive que acalmar o paciente durante um procedimento que lhe parecia estranho e a forma de estabelecer essa comunicação foi decisiva para o resultado esperado.

Não consigo imaginar uma comunicação com uma criança surda que não seja através de sua língua natural – Libras. Qualquer outra tentativa de diálogo com a criança usando mímica, expressão corporal ou gestos miméticos, na saúde especificamente, pode ser inviável e até mesmo perigoso, se for mal entendido pela criança.

As barreiras precisam ser retiradas, a Lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 estabelece que:

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança. (Urbanísticas, arquitetônicas, transportes, comunicações e informações) (BRASI,2000).

Torna-se às vezes difícil pensar essas barreiras quando a transpomos para a área da saúde, para o atendimento de crianças surdas nos serviços públicos de saúde e que já sofrem pela falta de recursos e profissionais especializados. Contudo é algo que precisa ser dado a devida atenção a uma parcela da população que não está sendo inserida nos serviços de saúde adequadamente.

São direitos negados ao surdo quando ao procurarem por atendimento na rede pública não conseguem se quer estabelecer uma comunicação adequada. São estrangeiros em sua própria pátria.

As famílias com filhos surdos sofrem diretamente esse impacto da barreira linguística nos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde, até mesmo quando vão em consultas de rotina nos postos de saúde. Será que nos Programas de Saúde da Família existem intérpretes de língua de sinais para atender as famílias surdas ou que tenham filhos surdos?

Essas famílias ouvintes e que possuem filhos surdos já tem uma trajetória de lutas desde o nascimento do filho(a) quando recebem o diagnóstico de surdez emitido em geral pelo médico.

As mães experienciam um sentimento de choque e descrença, reação inicial de crise. Esse período pode ser acompanhado de depressão e desorganização emocional. Com o tempo, os pais e mães adaptam-se para tentar ajudar a criança que tem deficiência e, paulatinamente, atingem o estágio de organização emocional (KELMAN *et al*, 2011.p.354)

Para a família, em especial os pais (ouvintes), ter que lidar com a condição de ter um filho surdo pode significar uma completa reestruturação do ambiente familiar a fim de proporcionar uma maior aproximação possível entre eles, então alguns pais preocupam-se em aprender a língua de sinais o mais cedo possível entendendo que por se tratar da língua natural de seu filho eles necessitarão compreendê-la melhor.

A falta de esclarecimento e a negligência das políticas públicas só contribui para que se perpetue esse espaço criado dentro da família.

Entender essa complexidade que envolve o atendimento de uma criança surda nos serviços de saúde e posteriormente um adulto surdo usuário desse mesmo serviço ajudará nas reformulações políticas futuras.

Falamos aqui de uma sociedade verdadeiramente inclusiva, onde as diferentes deficiências são contempladas em sua totalidade. Criar espaços inclusivos proporcionará maior mobilidade dessas pessoas na sociedade. Precisamos pensar que quando nasce uma criança com surdez em nosso país toda uma organização estrutural precisará ser montada em prol dessa criança.

Serão unidades de saúde prontas para recebê-las, serão profissionais da saúde fluentes em língua de sinais para manter o diálogo tanto com os pais quanto com a criança, serão escolas inclusivas e bilíngues para promover a educação necessária ao pleno conhecimento educacional desse aluno. E ainda um mercado profissional que absorva essa parcela de surdos que estarão no mercado de trabalho.

Concordamos que todo um arcabouço será montado na sociedade como vimos acima. O meio social que interfere no meio interno. Segundo Vygotsky (1998):

É totalmente evidente que toda a gravidade e todas as limitações criadas pela deficiência não têm sua origem na deficiência por si mesma, mas sim nas consequências, nas complicações secundárias provocadas por esta deficiência. A surdez por si mesma poderia não ser um obstáculo tão penoso para o desenvolvimento intelectual da criança surda, mas a mudez provocada pela surdez, a falta de linguagem é um obstáculo muito grande nesta via (VYGOTSKY, 1998.p.189).

O peso aqui referido na citação acima provém do meio em que a criança será inserida desde o nascimento, os obstáculos postos pela sociedade ouvinte que ainda não está preparada para atender com excelência os surdos dela pertencentes. A família que tem filho surdo entende esse obstáculo como algo que irá prejudicar o desenvolvimento da criança e busca alternativas possíveis para evitar situações constrangedoras.

A participação familiar ganha força quando os pais ouvintes de crianças surdas entendem que as Leis de inclusão estão em vigor para garantir que, especificamente, o direito à saúde e a educação de qualidade lhe são garantidos e que podem lutar para isso. O empoderamento dos pais é algo necessário a fim de formarem cidadãos conscientes de seus direitos.

Essa luta pela garantia de direitos e reconhecimento do surdo datam de muito antes do Congresso de Milão (1880), um evento ocorrido na Itália e considerado um

marco na educação dos surdos. Diversos documentos históricos estão à disposição para revelar essa luta que vem sendo travada desde então.

O ano Internacional das pessoas com deficiência foi em 1981. O movimento na realidade começou em 1971, tornando-se como ação em 1981. O termo “deficiente” era dado nas seguintes condições, segundo a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências (1975):

PROCLAMA esta Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes e apela à ação nacional e internacional para assegurar que ela seja utilizada como base comum de referência para a proteção destes direitos: 1 - O termo "pessoas deficientes" refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (BRASIL, 1975).

As assistências às pessoas surdas nas redes públicas de saúde esbarram na questão da língua. As barreiras linguísticas estão instaladas e dificultam o acesso universal previsto na Lei nº 8.080, de 1990. A porta de entrada do sistema está sendo limitada pela não difusão da língua de sinais brasileira – Libras, no meio clínico acadêmico. Apontamos aqui a necessidade da introdução da disciplina de Libras nas Universidades públicas em cursos da área da saúde visando a formação de profissionais capacitados a atenderem esse público, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e dá outras providências. Disponível:<[http: http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10436.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm) > Acesso em: 25 julho 2019.

\_\_\_\_\_. Constituição Federal de 1988. Disponível:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 02 de agosto de 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Dispõe sobre a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20152018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20152018/2015/lei/l13146.htm)>Acesso em: 29 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível:[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L10098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm)>Acesso em: 29 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

KELMAN, C.A.; Multiculturalismo e surdez: respeito às culturas minoritárias.(Org):Letramento, Bilinguismo e Educação de surdos. 2ª ed. Ed. Mediação: Porto Alegre, 2015.

\_\_\_\_\_; et al. Surdez e família: facetas das relações parentais no cotidiano comunicativo bilíngue

Linhas Críticas, vol. 17, núm. 33, maio-agosto, 2011, pp. 341-365 Universidade de Brasília.

VIGOTSKY, L.S. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6ªed. Ed. Martins Fontes, SP,1998

## USO E PRESCRIÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS DO TRATO RESPIRATÓRIO: O OLHAR DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

### **Ana Paula da Fonseca Arcoverde Cabral de Mello**

Programa de Pós-Graduação em Nutrição,  
Atividade Física e Plasticidade Fenotípica –  
Centro Acadêmico de Vitória / Universidade  
Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco.

### **Gabriel Soares da Costa**

Núcleo de Educação Física e Ciências do Esporte  
– Centro Acadêmico de Vitória / Universidade  
Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco.

### **Ravi Marinho dos Santos**

Programa de Pós-Graduação em Nutrição,  
Atividade Física e Plasticidade Fenotípica –  
Centro Acadêmico de Vitória / Universidade  
Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco.

### **Taís Helena Gouveia Rodrigues**

Programa de Pós-Graduação em Nutrição,  
Atividade Física e Plasticidade Fenotípica –  
Centro Acadêmico de Vitória / Universidade  
Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco.

### **Ívina Albuquerque da Silva**

Pós-graduação em Tecnologia dos Alimentos –  
SENAC  
Recife – Pernambuco

### **Palloma Emanuelle Dornelas de Melo**

Grupo de pesquisa em farmacologia dos  
produtos naturais – Centro Acadêmico de Vitória /  
Universidade Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco.

**RESUMO:** O uso de plantas para fins terapêuticos acompanha a história da humanidade e se entrelaça à construção dos múltiplos saberes populares. O advento da visão biomédica da saúde, apesar de terem ofertado ampla e sofisticada gama de fármacos e medicamentos para o tratamento de doenças, não conseguiu, anular a utilização das plantas como tratamento, fruto da prática e do conhecimento popular, e o uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório é observado no RENISUS. Os agentes comunitários de saúde (ACS), são atores fundamentais da estratégia de saúde da família e da manutenção da Estratégia de Saúde da Família como política do SUS. Buscamos avaliar o conhecimento por parte de uma amostra de conveniência de ACS's a respeito do uso pela população atendida, indicação e prescrição de plantas medicinais para o tratamento de DTR's por profissionais da estratégia Saúde da Família. No recorte analisado, o uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças do trato respiratório entre usuários da estratégia Saúde da Família do Governo Federal brasileiro, existe e está bem estabelecido e que os ACS's, em sua maioria, são promotores da utilização entre a população, porém, os profissionais médicos e enfermeiros, em sua maioria, não se configuram

como prescritores ou indicadores dessa prática integrativa e complementar de saúde.

## 1 | INTRODUÇÃO

O uso de plantas para fins terapêuticos acompanha a história da humanidade e se entrelaça à construção dos múltiplos saberes populares, às custas da observação e da experiência dos povos ancestrais – cultivamos e nos mantemos da terra e dela somos frutos (BRASIL, 2012). O advento da visão biomédica da saúde e do desenvolvimento de múltiplas tecnologias dela decorrentes, apesar de terem ofertado ampla e sofisticada gama de fármacos e medicamentos para o tratamento de doenças, não conseguiu, ainda, anular a utilização das plantas como tratamento, fruto da prática e do conhecimento popular. Segundo a OMS (1990, citada por JÚNIOR, R. e colaboradores, 2012; ARAÚJO e colaboradores, 2012), 80% da população de países em desenvolvimento utiliza práticas tradicionais na atenção primária à saúde e, deste percentual, 85% faz uso de plantas medicinais.

Prudente e Moura citam em seu trabalho (2013) que muitas são as áreas para a utilização de plantas medicinais no tratamento de doenças, e que muito da sua aplicação se concentra nas doenças do trato respiratório (DTR's). As DTR's são aquelas que atingem os órgãos que compõem o sistema respiratório, sejam isolados ou coletivamente. Doenças frequentes durante todas as fases da vida humana, na infância e senescência, acometem recorrentemente um número elevado de indivíduos de todos os níveis socioeconômicos, mas que podem agravar-se em condições desfavoráveis de nutrição e infraestrutura (BENIGUI, 2002). De maneira ampla, as DTR's podem ser divididas em duas classes: as infecções respiratórias agudas (IRA'S), que são aquelas que apresentam curso acelerado e que comprometem o indivíduo por um curto período de tempo (de origem predominantemente infecciosa) e que, caso não sejam tratadas adequadamente podem agravar-se e evoluir para a morte, e as doenças respiratórias crônicas (DRC,s).

As doenças respiratórias crônicas (DRC'S) podem atingir tanto as vias aéreas superiores como as inferiores, e apesar de não apresentarem comprometimento acelerado, exigem tratamento prolongado, por vezes para a vida inteira. Em ambos os casos, baixa idade ou senescência, precárias condições socioeconômicas, desnutrição, déficit no nível de escolaridade dos pais, poluição ambiental e deficiência no acesso à assistência à saúde são condicionantes e determinantes para a morbidade e mortalidade por DTR's (SIGAUD, 1996; BUSS e PELLEGRINI, 2007) - resfriados, pneumonias, gripes, amigdalites, faringites, sinusites, rinites, bronquites, asma, tuberculoses, enfisemas e doença pulmonar obstrutiva crônica são algumas manifestações patológicas que apresentam como sintomas comuns, inflamações, por vezes febres, aumento na produção e secreção de muco, obstrução das vias aéreas, dores, entre outras, que podem ser prevenidos (quando possível) por acesso à programas de promoção à saúde e por ações de tratamento e redução de danos,

áreas de atuação direta do SUS.

O uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório é observado no RENISUS (relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS), como parte das 71 espécies listadas, algumas encontradas neste trabalho, tais como: o abacaxi (*Ananas comosus*), o alho (*Allium sativum L.*), a colônia (*Alpinia speciosa*), o gengibre (*Zingiber officinale*), a hortelã da folha miúda (*Mentha piperita L.*) entre outros, com indicação de uso e eficácia pelo Ministério da Saúde, para o tratamento de doenças respiratórias. Indicando uma visão convergente entre o saber popular e as pesquisas governamentais sobre a utilização de plantas medicinais no tratamento das DTR's. Hoffmann (2009 apud ARAÚJO, 2012, p. 752) compreendem o uso de plantas para fins medicinais como forma de assegurar que as crenças e práticas baseadas no saber popular e experiências empíricas sejam adotadas como recursos destinados para manutenção da saúde ou cura das doenças. O uso das plantas como terapia complementar é visto por Resende e Cocco (2002) como área de atuação e participação dos profissionais de saúde, visando a integração do conhecimento utilizado pelo sistema de saúde oficial ao popular.

Gestada a partir da implantação do SUS e ampliada a partir de profundas modificações sociais e institucionais, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem o intuito de garantir o cuidado e a saúde de maneira integralizada. As Unidades Básicas de Saúde (UBS's) cobrem comunidades inteiras, com o objetivo de garantir-lhes atendimento ampliado e nesse processo, os Agentes Comunitários de Saúde são estabelecidos a partir de 2002 como o elo entre a comunidade e as equipes multidisciplinares que garantem os serviços nas UBS's – uma extensa rede de necessidades e ações, onde o ACS, que também é um comunitário, busca tecer saúde e fortalecimento de vínculos. O poder comunicador dele com a comunidade deve ser visto como um aliado para os processos de formação e promoção da saúde, em suas múltiplas instâncias (SANTANA e colaboradores, 2009), sendo peça por vezes fundamental na contenção do agravamento das DTR's. Por característica, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Política e Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos encontram no ACS caminho amplo para a comunidade, fortalecendo uma via de mão dupla: os saberes do povo e o saber científico sobre as plantas medicinais e a fitoterapia, se aliam em prol da “participação popular, da autonomia dos usuários e do cuidado integral em saúde” (SOUZA, 2008 apud RODRIGUES, 2011).

## 2 | OBJETIVOS

Avaliar o conhecimento por parte de uma amostra de conveniência de ACS's a respeito do uso pela população atendida, indicação e prescrição de plantas medicinais para o tratamento de DTR's por profissionais da estratégia Saúde da Família.

### 3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal descritivo, com amostra de conveniência, e obedeceu aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos. Foi realizado um levantamento sobre o conhecimento dos ACS acerca do uso, pela comunidade, a prescrição por parte de Enfermeiros e médicos das UBS's, e a indicação por parte dos ACS's para o uso de plantas medicinais pelas comunidades atendidas em suas micro-áreas, nos municípios de Vitória de Santo Antão, Limoeiro, Recife e Arcoverde. Os dados foram coletados a partir da aplicação de formulário presencial ou por meio de mídias virtuais, a 9 Agentes Comunitários de Saúde da ESF, vinculados às seguintes Unidades Básicas de Saúde (UBS): Natuba e Livramento, em Vitória de Santo Antão; Juá, em Limoeiro; Nova Descoberta e Josué de Castro, em Recife e Aneide Fernandes, em Arcoverde, todas no estado de Pernambuco. O formulário foi composto por quatro perguntas: 1.As famílias que você assiste relatam o uso de plantas medicinais para o tratamento de DTR's? 2.Como ACS, você indica o uso de plantas medicinais às famílias da micro-área que você assiste? 3.Os profissionais médicos e enfermeiros da UBS em que trabalha, indicam e/ou prescrevem plantas medicinais para o tratamento de DTR's? 4.Caso haja uso pela população, quais as plantas mais relatadas, pelas famílias, como eficazes no tratamento de DTR's? Os dados coletados foram tratados e representados em gráficos, a partir de valores brutos e percentuais.

### 4 | RESULTADOS

Os dados coletados, no recorte analisado, registraram a utilização pela comunidade, de quinze plantas medicinais para o tratamento de DTR's, sendo elas: o abacaxi (*Ananas comosus*), o agrião (*Nasturtium officinale* R.), a alfavaca (*Ocimum americanum*), o alho (*Allium sativum* L.), a cabacinha (*Lufa operculata* L.), a colônia (*Alpinia speciosa*), o espinho de cigano (*Acanthospermum hispidum*), o gengibre (*Zingiber officinale*), a hortelã da filha graúda (*Coleus amboinicus* L.), a hortelã da folha miúda (*Mentha piperita* L.), o jenipapo (*Genipa americana*), o limão (*Citrus limon*), o mastruz (*Dysphania ambrosioides*), a romã (*Punica granatum*) e o sabugueiro (*Sambucus nigra*), cujo uso se faz a partir de chás, decocções, infusões e lambedores. Os dados coletados também indicaram que o uso de plantas com finalidade de tratamento é comum, uma vez que 100% dos ACS responderam afirmativamente quando questionados sobre o conhecimento de famílias que fazem uso de plantas para alívio de sintomas, expectoração e/ou combate às infecções decorrentes de DTR's.

O gráfico 1, abaixo, descreve a caracterização da indicação das plantas medicinais pelos ACS participantes desta pesquisa. Os ACS que não fazem indicação de plantas medicinais informaram que não fazem a indicação, porém, não recriminam

os usuários.

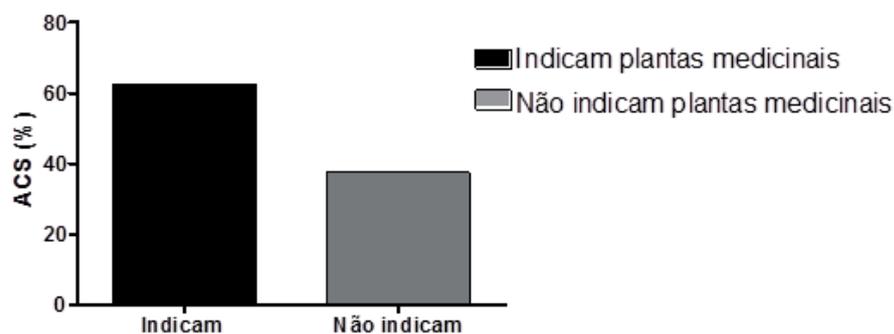


Gráfico 1. Avaliação sobre o uso, conhecimento e indicação do uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório, por nove Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em cidades de Pernambuco. Em barra escura, percentual de ACS's que indicam o uso de plantas e em barra clara, percentual de ACS's que não indicam o uso.

O gráfico 2, demonstra o conhecimento sobre a prescrição e/ou indicação de plantas medicinais para o tratamento de DTR's pelos médicos e enfermeiros de suas UBS's. Foram também identificados grupos em que os profissionais indicam, porém não prescrevem, e casos em que a ACS não soube informar sobre a prática.

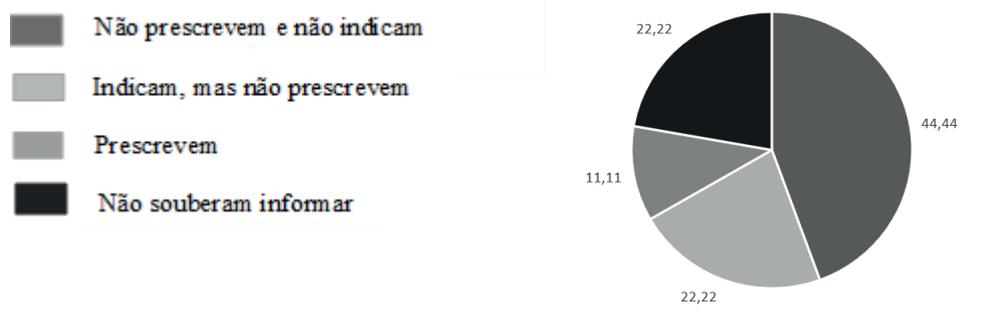


Gráfico 2. Avaliação sobre o uso, conhecimento e indicação do uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório, por nove Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em cidades de Pernambuco. No gráfico, abordamos o conhecimento dos ACS's sobre a prescrição e/ou indicação de plantas medicianis para o tratamento de DTR's pelos profissionais médicos e enfermeiros das UBS's.

Quando questionados sobre quais as plantas utilizadas pela comunidade para o tratamento de DTR's, o gráfico 3 apresenta as plantas identificadas em proporção ao número de ACS's que reportaram seu uso pela comunidade.

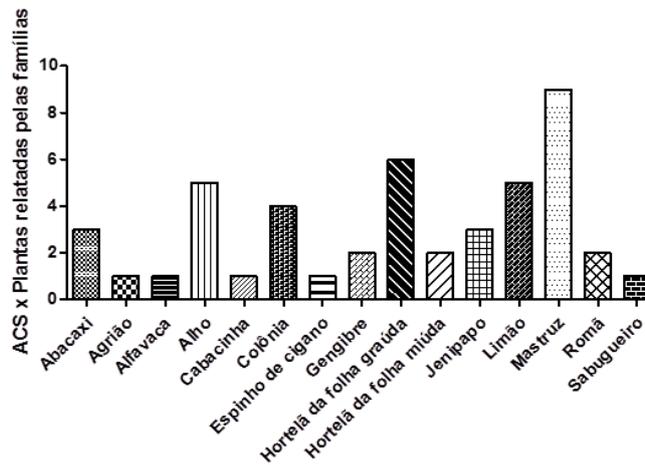


Gráfico 3. Avaliação sobre o uso, conhecimento e indicação do uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório, por nove Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em cidades de Pernambuco. (y= nº de ACS's abordados; x= plantas medicinais com uso relatado pela população das micro-áreas assistidas.

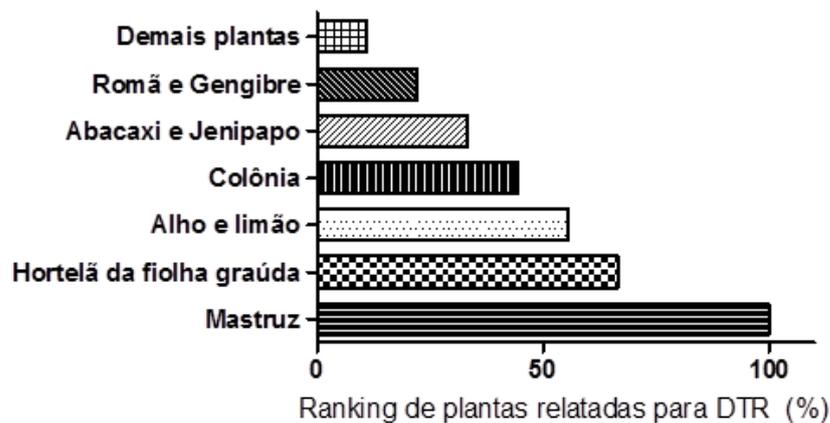


Gráfico 4. Avaliação sobre o uso, conhecimento e indicação do uso de plantas medicinais no tratamento de doenças do trato respiratório, por nove Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em cidades de Pernambuco. Acima, descrição do percentual de cada planta em relação ao número de relatos realizados pelos ACS's.

Os dados demonstraram que o mastruz foi a planta mais reportada, totalizando 100% dos ACS's abordados e que a hortelã da folha graúda, o alho e o limão tiveram o uso, pelas comunidades, relatado por mais de 50% do ACS's entrevistados, seguidos pelas demais plantas medicinais.

## 5 | DISCUSSÃO

A Estratégia de Saúde da Família tem possibilitado a ampliação do olhar sobre a saúde como fonte de cuidado – prevenção e tratamento, que perpassa também pela valorização dos saberes populares (ANTONIO e colaboradores, 2014). Também nesse contexto, o ACS tem se apresentado como uma ponte entre a comunidade e as

equipes multidisciplinares que formam as UBS's (SANTANA e colaboradores, 2009) e seu papel no fomento ao uso racional de plantas medicinais pode ser estratégico: representa um potencial de conscientização e formação que não é hierárquico – fator que tantas vezes distancia as informações reais sobre as rotinas de saúde da comunidade dos demais profissionais de saúde e gestores que formam a UBS, e que pode ser um entrave para que a população usufrua dos benefícios do uso consciente das plantas medicinais.

Apesar de termos registrado quinze plantas medicinais em nosso levantamento, apenas o *Allium Sativum* se encontra no Memento Fitoterápico – Farmacopéia Brasileira (2016), o que indica a necessidade de ampliação de estudos e pesquisas sobre as propriedades medicinais dessas plantas, porém a presença de algumas das plantas na lista do RENISUS, fortalece a sabedoria popular e valoriza os conhecimentos da comunidade. Nosso levantamento também aponta possíveis questionamentos sobre a formação dos prescritores e a necessidade de políticas eficazes, que dissolvam as barreiras que ainda restam entre as práticas integrativas em saúde e os profissionais médicos e enfermeiros – a instalação da Política e do Programa Plantas Medicinais e Fitoterapia não permite mais preconceitos nas práticas do cuidar: as evidências científicas e a clínica têm colocado o uso de plantas e seus derivados em lugar bem estabelecido em termos de eficácia, apesar de ainda possuir limites difusos. É, portanto, necessário um esforço coletivo para que uso seja ampliado, racional e conscientemente, impulsionando também mais pesquisas que somem esclarecimento ao conhecimento popular (BRASIL, 2012).

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso trabalho demonstra que, no recorte analisado, o uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças do trato respiratório entre usuários da estratégia Saúde da Família do Governo Federal brasileiro, existe e está bem estabelecido e que os ACS's, em sua maioria, são promotores da utilização entre a população, porém, os profissionais médicos e enfermeiros, em sua maioria, não se configuram como prescritores ou indicadores dessa prática integrativa e complementar de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANTONIO, Gisele Damian; TESSER, Charles Dalcanale; MORETTI, Rodrigo Otavio. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública** 2014;48(3):541-553.

ARAÚJO, Karla Rafaella Menezes; KERNTOPF, Marta Regina; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de; MENEZES, Irwin Rose Alencar de; BRITO JÚNIOR, Francisco Elizauo de. Plantas medicinais no tratamento de doenças respiratórias na infância: uma visão do saber popular. **Rev Rene**. 2012; 13(3):659-66.

BENGUIGUI, Yehuda. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública.

BRASIL, ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Memento Fitoterápico da Farmacopéia Brasileira**- 1ª edição, 2016.

BRASIL. 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 : Ministério da Saúde, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI, Alberto Filho. A Saúde e seus Determinantes Sociais Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

JÚNIOR, Raimundo Gonçalves de Oliveira; LAVOR, Érica Martins de; OLIVEIRA, Marianna Ribeiro de; SOUZA, Eric Vieira de; SILVA, Marcelo Alves da; MORAIS, Maria Thereza Nunes Silva; NUNES, Luciana Macatrão Nogueira. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina, Pernambuco. **Revista Eletrônica de Farmácia**. Vol. IX (3), 16 - 28, 2012.

PRUDENTE, Renata Correia Campello; MOURA, Regina Braga de. Evidências científicas para a indicação popular de algumas espécies da família Rutaceae no tratamento de doenças respiratórias na região Sudeste do Brasil. **Infarma, Ciências Farmacêuticas**. V. 25, Nº 1, 2013.

RODRIGUES, A. G.; SANTOS, M. G.; DE SIMONI, C. Fitoterapia na Saúde da Família. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (Org.). **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade** (PROMEF). Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2011. p. 131-65.

SANTANA, Júlio César Batista; VASCONCELOS, Agda Lacerda de; MARTINS, Cristina Valadares; BARROS, Jaime Vítor de; SOARES, José Mateus Soares; DUTRA, Bianca Santana. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm** 2009 Out/Dez; 14(4):645-52.

HOFFMANN, M. V OLIVEIRA, I. C. S. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica **Escola Anna Nery Revista Enfermagem** 2009 out-dez; 13 (4): 750-56.

## UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES EM INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE GESTANTES

### **Bárbara Gomes Santos Silva**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Brenda Moreira Loiola**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Camila Carvalho do Santos**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Erielton Gomes da Silva**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Francisco Gerlai Lima Oliveira**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Laiara de Alencar Oliveira**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Manoel Renan de Sousa Carvalho**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Maria Karolayne de Araújo Pereira**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Priscilla Castro Martins**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Suzy Ellen de Sousa Caminha**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Vitória Eduarda Silva Rodrigues**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

### **Nády dos Santos Moura**

Universidade Federal do Piauí  
Picos – Piauí

**INTRODUÇÃO:** **Objetivo:** Relatar uma experiência a respeito de atividades grupais de educação em saúde para gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Picos – PI. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência resultante de ações educativas contempladas no Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária (PIBEX), promovidas por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, *campus* Picos, integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) na linha promoção da saúde sexual e reprodutiva. **Resultados:** As intervenções acontecem semanalmente, durante os encontros foram debatidos temas relacionados com a temática gestacional, como a importância do pré-natal, queixas mais comuns na gestação, hábitos saudáveis, prevenção de complicações, parto humanizado, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido entre outros. Observou-se que gestantes desconheciam e

possuíam muitas dúvidas sobre grande parte dos temas abordados e que também demonstravam bastante interesse em aprender, o que contribuiu de forma significativa para a realização das atividades. **Considerações finais:** A participação de gestantes em grupos educativos torna-se imprescindível por se tratar de espaços em que se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas durante as consultas de pré-natal.

**PALAVRAS-CHAVE:** tecnologia leve; educação em saúde; gestação.

## USE OF LIGHT TECHNOLOGIES IN EDUCATIONAL INTEGRATION FOR THE PROMOTION OF PREGNANT HEALTH

**ABSTRACT: Objective:** Report an experience regarding group health education activities for pregnant women assisted in the family health strategy (FHS) of the municipality of Picos - PI. **Methodology:** this is a descriptive study of the type of experience that results from educational actions contemplated in the institutional program of university extension scholarships (PIBEX), promoted by academics of the nursing course of the federal university of PiauÍ, Picos *campus*, Group on Public Health Research (GPeSC) in the sexual and reproductive health promotion line. **Results:** Interventions happen weekly, during the meetings were discussed topics related to the gestational issue, such as the importance of prenatal care, more common complaints in pregnancy, healthy habits, prevention of complications, humanized delivery, breastfeeding, care of the newborn among others. It was observed that pregnant women did not know and had many doubts about a great part of the subjects covered and that also showed a great interest in learning, which contributed significantly to the accomplishment of the activities. **Final considerations:** The participation of pregnant women in educational groups is essential because they are spaces where they share doubts and experiences that are not normally discussed during prenatal consultations. **KEYWORDS:** culturally appropriate technology; health education; pregnancy.

### 1 | INTRODUÇÃO

As tecnologias leves incluem as tecnologias de relação como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como formas de governar processos de trabalho. De modo que, esse aparato tecnológico relacional deve predominar sobre as tecnologias duras e leve-duras na assistência pré-natal, com intuito de fortalecer vínculos, agregando práticas que priorizem a autonomia, corresponsabilidade e acolhimento, alcançando o exercício da humanização. A relevância de abordar o uso desse tipo de tecnologia em saúde na assistência a gestantes, parte da premissa de que esse componente nunca é escasso, está sempre em processo, interagindo no momento em que o cuidado é prestado (MEHRY; ONOCKO, 2007).

A educação em saúde deve ser entendida como uma prática voltada para a melhoria das condições de vida e de saúde da população. Para que uma pessoa

possa atingir um nível de saúde adequado, ela deve ser capaz de refletir sobre seus comportamentos e modos de vida, para que, assim, possa decidir sobre a mudança dessas atitudes como forma de melhorar as suas condições de saúde (SILVA et al., 2010). A Estratégia Saúde da Família propõe-se a desenvolver atividades de promoção da saúde com abordagem individual e coletiva, porém percebe-se que a abordagem coletiva possui impacto significativo na saúde das gestantes devido à interação e compartilhamento de emoções e experiências vivenciadas, pois existe a troca de informações de pessoas vivenciando o mesmo momento, colaborando para a promoção da saúde física e mental.

Diante disso destaca-se o trabalho em grupos como uma das ferramentas que possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e a mulher grávida, sendo um espaço complementar da consulta individual, possibilita a troca de informações, de orientação e de educação em saúde. Assim faz-se necessário uma maior reflexão das equipes de saúde de Atenção Primária em Saúde (APS) da Família sobre o trabalho em grupo, utilizando-o de forma mais efetiva (BRASIL, 2006). O grupo para as gestantes é um espaço possível e privilegiado de rede de apoio, pois permite descobrir potencialidades e trabalhar as vulnerabilidades facilitando a redução de casos de complicações, proporciona ampliação do conhecimento, e conseqüentemente aumenta a busca pela qualidade de vida e é uma oportunidade para colocar em prática maneiras de reeducar e ajudar na prevenção de problemas futuros (MUNÓZ et al., 2013).

Acrescenta-se que a implementação de grupos voltados para educação de gestantes é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional, parto e puerpério. O desenvolvimento desses grupos objetiva o atendimento das necessidades originárias das próprias gestantes, seus parceiros e demais membros da família que juntos vivenciam um importante evento familiar.

Nesse contexto, ressalta-se a importância da abordagem grupal na atenção básica de saúde já que se busca orientar boas práticas de saúde direcionada as gestantes, entendendo-se como relevante a implantação dessa abordagem, pois possibilita e aumenta o vínculo da equipe com os usuários e deste com os demais membros da comunidade. Contribuindo para a manutenção ou recuperação da saúde do grupo assistido, também permite aos profissionais constantes buscas por conhecimento. Diante do exposto, neste estudo objetiva-se relatar a prática de atividades grupais de educação em saúde para gestantes assistidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência resultante de ações educativas contempladas no Programa Institucional de Bolsas de Extensão

Universitária (PIBEX), promovidas por acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, *campus* Picos, integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC) na Linha Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A amostra foi composta por 100 gestantes assistidas na Atenção Primária em Saúde (APS), na Cidade de Picos-PI, no período de março a setembro de 2018, as quais foram convidadas a participar mediante datas previamente marcadas pela enfermeira responsável pela Unidade Básica de Saúde (UBS), as atividades decorreram através da explanação sobre conteúdos educativos tratando sobre temas relacionados a gravidez, ao parto e ao puerpério por meio de palestras, rodas de conversa e realização de dinâmicas interativas.

As intervenções aconteceram semanalmente, durante os encontros foram debatidos temas relacionados a gestação, puerpério e cuidados com o recém-nascido que foram subdivididos em: a importância do pré-natal, queixas mais comuns na gestação, hábitos saudáveis, prevenção de complicações, parto humanizado, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido entre outros.

### 3 | RESULTADOS

Observou-se desconhecimento e dúvidas sobre os temas abordados e que também demonstravam bastante interesse em aprender, o que contribuiu de forma significativa para a realização das atividades. Além disso, adotou-se o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como seminários; trabalho em pequenos grupos; relato crítico de experiência, socialização, exposições dialogadas, oficinas, leitura comentada, dinâmicas lúdico-pedagógicas com o intuito de facilitar a aprendizagem das gestantes, melhorando a interação grupal, possibilitando espaço para a realização de questionamentos, e tirar dúvidas, favorecendo a troca de saberes entre os participantes.

Percebeu-se que algumas gestantes sentiam dificuldade em expressar-se com relação as temáticas abordadas, e algumas desconheciam as principais alterações fisiológicas da gravidez. A partir desse momento, houve troca de conhecimentos e experiências entre as gestantes, em que as multíparas responderam questionamentos das primigestas com o intermédio da enfermagem; assim, pode-se considerar que as abordagens grupais geram aprendizagem de várias formas aos seus participantes, tanto na vivência pessoal como interpessoal.

Notou-se que o contato e a permuta de vivências entre as gestantes foi relevante, e compartilhar sentimentos e experiências propiciou aprendizado mútuo. Falou-se sobre a similaridade das vivências, facilitando a passagem pelo período gestacional com mais tranquilidade e reduzindo a sensação de medo que afetava as gestantes que vivenciavam a gestação pela primeira vez.

A dificuldade encontrada com relação as atividades grupais está relacionada ao manejo de horários disponíveis para as gestantes, pois dividiam-se entre ocupações

com trabalho, atividades domésticas e familiar.

#### **4 | DISCUSSÃO**

As intervenções visando a educação em saúde para as gestantes foram sendo planejadas ao longo do projeto de extensão, visto que procuravam atender às necessidades e assuntos mais questionáveis sobre o período gestacional. Deste modo, à medida que as dúvidas surgiram, eram elaboradas oficinas, rodas de conversas e apresentações para esclarecer questionamentos e informar sobre determinados assuntos.

As atividades foram executadas sempre na presença da enfermeira responsável pela UBS, com a atribuição de fornecer supervisão e auxílio aos acadêmicos e informações oportunas as mulheres. É importante ressaltar que, durante todas as intervenções, haviam espaços para diálogo por parte do público. A realização das atividades educativas foi pautada no acolhimento humanizado, onde, as diferenças e particularidades de cada grávida foram levadas em consideração.

Visto que a formação desses grupos de gestantes favorece o elo com a unidade, a construção de conhecimento coletivo, a troca de experiências, a inserção social e favorece a prevenção de complicações ou a procura rápida dos serviços de saúde frente as alterações que podem ser apresentadas durante o período gestacional, relacionando-se com o estímulo de ações de autocuidado através de atividades desenvolvidas por estudantes de graduação em enfermagem. Através destas atividades a academia contribuirá através de ações desenvolvidas para o aprendizado das gestantes no que diz respeito a sua saúde e reforçaria o aprendizado do aluno junto à população de gestantes, reforçando o aprendizado conquistado na universidade e contribuindo com a gestação saudável das mulheres da sociedade.

#### **5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A participação de gestantes em grupos educativos torna-se imprescindível por se tratar de espaços em que se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas durante as consultas de pré-natal. Esse método de partilha de experiências, que ocorre entre as mulheres e profissionais da saúde, constitui uma das maneiras de propiciar a compreensão do processo de gestação, bem como possibilita o fortalecimento do vínculo entre a gestante e o serviço de saúde, servindo para fornecer conhecimentos oportunos as futuras mães possibilitando a autonomia das mesmas. Além disso, permite a capacitação de futuros enfermeiros, alunos do curso de graduação em enfermagem, colaborando com a saúde das gestantes, favorecendo a parceria entre a Universidade, gestantes usuárias dos serviços de saúde e os espaços de atenção básica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

MERHY, E.E., Onocko R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Itucitec; 2007.

MUÑOZ, L.A, et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2013; 21(4):913-19.

SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010; 15(5):2539-50.

## VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO DE FRASES NO DIAGNÓSTICO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA ADOLESCENTES GESTANTES

### **Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo**

Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo na Graduação e na Pós Graduação; Professora Livre-Docente. Doutora em Psicologia Clínica (USP). Coordena o Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do IPUSP (APOIAR). Líder do grupo de Pesquisa Manifestações do sofrimento humano: avaliação, compreensão, e formas de intervenção (IP-USP) tardivo@usp.br

São Paulo, SP

### **Dora Mariela Salcedo-Barrientos**

Professora do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (USP). Docente da Pós Graduação da Escola de Enfermagem (USP). Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Coletiva (USP). Terapeuta Familiar e de Casal. Mediadora Familiar no Centro Judicial de Soluções de Conflitos – CEJUSC Santana- TJSP. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPQ. dorabarrientos@usp.br

São Paulo, SP

### **Paula Orchiucci Miura**

Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas. Psicóloga (UEL), mestre em Psicologia Social (PUC-SP), doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP) e pós-doutora em Psicologia Clínica (USP). Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPQ. paula.miura@ip.ufal.br

Maceió, AL

**RESUMO:** Trata-se de um estudo tipo observacional, utilizando a abordagem quantitativa e teve como objetivo a validação do Instrumento Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD) especificamente para as adolescentes grávidas. Participaram deste estudo 61 adolescentes grávidas que frequentaram um Hospital Universitário na cidade de São Paulo e foi aplicado o IFVD. Pôde-se perceber com os dados coletados que, 36 (59%) vivenciaram ou estavam vivenciando situação de violência intrafamiliar sendo a maior incidência a violência psicológica. Conclui-se que o Inventário de Frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes para adolescentes gestantes (IFVD-G) apresenta validade conforme o objetivo proposto para este estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Validação, Adolescentes grávidas; Violência doméstica.

### VALIDATION OF PHRASES INVENTORY IN DOMESTIC VIOLENCE DIAGNOSIS AGAINST PREGNANT TEENAGERS

**ABSTRACT:** This is an observational study using the quantitative approach and aimed to validate the Phrase Inventory Instrument in the Diagnosis of Domestic Violence against Children and Adolescents (IFVD) specifically for

pregnant adolescents. Sixty-one pregnant adolescents attending a University Hospital in the city of São Paulo participated in this study. It can be seen from the data collected that 36 (59%) experienced or were experiencing situations of intrafamily violence, with the highest incidence being psychological violence. It is concluded that the Phrase Inventory in the diagnosis of domestic violence against children and adolescents for pregnant adolescents (IFVD-G) is valid according to the objective proposed for this study.

**KEYWORDS:** Validation, Pregnant Teens; Domestic Violence

## 1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho se insere como parte do Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em um hospital Universitário: Bases para intervenção (SALCEDO-BARRIENTOS, 2013), financiado pelo Cnpq (Processo nº 402512/2010-3), o qual é componente do Grupo de Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq, cujo objetivo central foi diagnosticar os casos de violência, conhecendo sua incidência e a experiência vivenciada diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas que frequentam os serviços públicos de saúde para posteriormente intervir oportunamente, conforme demanda específica de contar com um instrumento sensível para identificar novos casos de violência nesta população vulnerável (SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014)

### 1.1 Construção do Inventário de Frases

O Inventário de frases foi criado por Agosta, Barilari e Colombo (2001), sendo um instrumento qualitativo elaborado a partir das expressões verbais mais utilizadas pelas crianças e adolescentes argentinos vítimas de violência física e/ou sexual e que objetiva avaliar transtornos nas esferas: emocional, cognitiva, social, física e comportamentos observáveis na clínica.

O instrumento parte de duas hipóteses: primeira é a de que toda criança que foi vítima de violência doméstica sofre um dano psíquico, que se expressa por meio de suas representações gráficas e de seu comportamento. A segunda hipótese é a que toda criança que foi vítima de violência doméstica sofre um dano psíquico e, por conseguinte, estruturará seu aparelho psíquico de uma maneira particular que a leva a distorções perceptivas que dificultam o desenvolvimento pessoal adaptado e evolutivo.

O instrumento original é composto por 56 frases e responde ao que a criança e o adolescente percebem de sua realidade, colocando o sujeito frente a situações domésticas que sugerem a experiência de vitimização. Dentre as 56 frases escolhidas, 10 não objetivam avaliar a violência sofrida. São frases inócuas (nulas) visando a distração do sujeito da problemática avaliada, levando-o a pensar em outras

áreas de sua vida cotidiana. Os estudos estatísticos com o inventário de frases na população Argentina concluem que este instrumento permite discriminar as crianças vitimizadas daquelas não vitimizadas, mostrando-se sensível, então, na identificação e diagnóstico de crianças e adolescentes em situação de violência doméstica, bem como os transtornos associados a esta experiência, ou seja, transtornos emocionais, transtornos físicos, transtornos comportamentais, transtornos cognitivos e transtornos sociais (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010).

Echeburúa, Guerricaechevarría e Amor (2002) definem *Transtornos emocionais* como aqueles que se relacionam com as emoções e sentimentos diretamente relacionados com as experiências de vitimização, os sentimentos de insegurança e de ansiedade que os pais lhes provocam, além da baixa autoestima, desenvolvida a partir das mensagens contraditórias, principalmente emitidas pelas figuras parentais, e a necessidade de “anestesia emocional” como mecanismo de defesa contra a exposição crônica a um ambiente violento.

Foi realizado estudo piloto, com tradução retro tradução e adaptação cultural (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010) e em seguida uma ampla pesquisa de validade e de padronização do instrumento no período de 2007 a 2009, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo nº. 06/56308-0 sob responsabilidade de Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo) (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010).

No Brasil chegou-se a 57 frases, que estão relacionadas à experiência de violência doméstica e, portanto, relacionadas a transtornos: cognitivos, comportamentais, emocionais, físicos e sexuais, como apresentados no crivo. Dessa forma, o aplicador deverá marcar 01 ponto de acordo com a resposta da criança e o transtorno a que esta se refere. Assim, algumas frases em que a criança responde afirmativamente recebe 1 ponto (como na frase 1 ou na frase 12) e em outras o sim recebe um ponto. Há no instrumento 10 frases nulas, que recebem zero (0). Tais frases nulas têm a finalidade de auxiliar na aplicação do instrumento levando a certa tranquilização do sujeito durante a aplicação.

Existe um crivo de apuração, onde estão marcados as frases referentes a cada um dos transtornos e as frases nulas. O total possível é assim de 47 pontos. Em anexo estão modelo da folha de respostas, devendo ser usada a que consta do manual bem como cópia do crivo de correção das 57 frases, e os transtornos correspondentes. (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010)

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar a validação do Instrumento Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD) especificamente para as adolescentes grávidas.

## 2 | MÉTODO

O estudo foi do tipo observacional, isto é, não houve intervenção direta sobre

os indivíduos e o interesse era a comparação de características de certos grupos em relação a um desfecho que neste trabalho foi o de ter sido vítima de violência. Para identificar se existiam ou não diferenças significativas de determinadas variáveis para os grupos estudados, foi aplicado o teste Chi-Quadrado, sendo rejeitada a Hipótese Nula (de não diferença entre grupos) quando o p-valor fosse inferior a 0,05. A análise realizada foi do tipo retrospectivo, e os fatores ou variáveis de exposição foram identificados e estudados (ARMITAGE; BERRY; MATTEWS, 2002).

## 2.1 Coleta de dados

O início da coleta de dados da presente pesquisa se deu após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (Parecer nº 1214/12 e Registro SISNEP-CAAE: 0043.0.196.198-11).

Este estudo foi realizado junto a 61 adolescentes grávidas, cadastradas por um Hospital Universitário na cidade de São Paulo e ou que residiam na área de abrangência que compareceram no PA de Obstetrícia em horários equivalentes das 7h às 19h, independentemente de fazer parte do curso de pré-natal ou realizar consultas de pré-natal neste estabelecimento de saúde.

Foi aplicado Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD) (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010) garantindo o anonimato e o sigilo; o respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhes a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejassem, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução 466/12 (CNS, 2012). Todos os responsáveis pelas adolescentes participantes assinaram o Termo de Consentimento e todas as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. Todos os preceitos éticos foram cumpridos.

## 2.2 Teste Piloto

Quanto à pontuação no IFVD (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010), das 10 adolescentes participantes, duas tiveram pontuação igual ou superior a 22, indicando serem vítimas de violência doméstica. Este dado contrapõe com as falas das adolescentes nas entrevistas planejadas com fins de diagnóstico complementar, em que cinco fizeram menção à violência.

Desta forma, percebeu-se uma discrepância nos dados obtidos neste instrumento com as falas das adolescentes, talvez pelo fato de não ser um instrumento específico desta população. Diante disso, é muito importante refletir metodologicamente no produto obtido nos depoimentos durante as entrevistas junto às adolescentes. Sugere-se, então a construção de um novo inventário com frases direcionadas especificamente às adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica que possam representá-las de tal forma que, respondam as necessidades identificadas a partir da Captação da Realidade Objetiva respeitando o próprio contexto no qual se encontram inseridas.

Com isso, foram formuladas 06 novas frases direcionadas especificadamente para esta população e acrescentadas no final do IFVD-G para serem aplicadas junto as adolescentes, que frequentam o Hospital Universitário a saber: Tenho medo de criar o meu bebê sozinha; Penso que meu namorado /marido/companheiro vai me abandonar; Fico preocupada que meu namorado/marido/companheiro chegue bêbado; Às vezes esqueço que estou grávida.; Sonho que esta minha gravidez nunca aconteceu; Quando meu filho nascer eu cuidarei dele. O intuito foi de analisar se as seis frases poderão contribuir com composição da construção deste novo inventário.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 61 adolescentes grávidas que compareceram a um Hospital Universitário na cidade de São Paulo; os dados foram analisados segundo as recomendações da literatura epidemiológica sugeridos por Tardivo e Pinto Junior (2010). Pôde-se perceber com os dados coletados que, 36 (59%) vivenciaram ou estavam vivenciando situação de violência intrafamiliar sendo a maior incidência a violência psicológica.

A seguir serão apresentados os resultados dos testes realizados no grupo controle (grávidas sem indicadores de violência) e experimental (grávidas vítimas de violência)

#### 3.1 Resultados no IFVD – nas adolescentes grávidas comparação entre médias – grupo controle e experimental

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significantes entre os grupos controle e experimental foram comparadas as médias do Total do IFVD e Totais por transtorno por meio do ANOVA de um fator (*One Way Anova*).

Transtornos		Controle N= 25	Experimental N= 36	F	Significância
<b>Cognitivo</b>	Média	3,48	4,31	<b>4,303*</b>	<b>0,042</b>
	DP	1,23	1,70		
<b>Emocional</b>	Média	7,48	8,22	0,529	0,470
	DP	3,85	3,96		
<b>Social</b>	Média	1,36	2,83	<b>16,184**</b>	<b>0,001</b>
	DP	1,07	1,59		
<b>Comportamental</b>	Média	4,20	6,08	<b>8,607**</b>	<b>0,005</b>
	DP	2,18	2,64		
<b>Físico</b>	Média	0,56	1,00	<b>5,588*</b>	<b>0,021</b>
	DP	0,58	0,79		
<b>Total</b>	Média	17,08	22,44	<b>6,553*</b>	<b>0,013</b>
	DP	6,76	8,82		

Tabela 1. Médias, Desvios-Padrão e Valores de *F* para os resultados do IFVD em função do grupo

\*\* Significante a 0,01

\* Significante a 0,05

Foram observadas diferenças estatisticamente significantes em todas as comparações realizadas com exceção do Transtorno Emocional. Em todos os casos as médias do grupo experimental foram maiores do que as do grupo controle. É importante notar que no Total (dado mais relevante nesse Instrumento) há diferenças significativas, sendo 17 pontos a média do grupo controle e mais de 22 no grupo das vítimas de violência.

Pode-se também observar que a gravidez na adolescência possa acarretar problemas emocionais para os dois grupos, sendo um dado que outros instrumentos possam esclarecer. Ainda assim é maior o índice relativo aos Transtornos emocionais, ainda que não seja estatisticamente significativa.

### 3.2 Resultados no ifvd - comparação entre médias nas adolescentes não grávidas e nas adolescentes grávidas - grupo controle e experimental

Para esse estudo, foram usados os dados de um estudo amplo o uso do IFVD, cujos dados foram apresentados ao CNPq. Trata-se da pesquisa intitulada, “O Teste do Desenho da Pessoa na Chuva: Estudos de Validação em Crianças Vítimas de Violência Doméstica no Contexto Brasileiro”, esse projeto foi apoiado pelo CNPq no Edital Apoio a Projetos de Pesquisa / Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES nº 02/2010 – Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas- Processo n. 400867/2010-9 sob a responsabilidade da Profa. Dra. Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, colaboradora da presente pesquisa.

Nesse projeto de pesquisa foi aplicado o IFVD em 1254 participantes de diferentes Estados do Brasil, sendo 692 do sexo feminino (55,2%) e 562 do masculino (44,8%), considerando os participantes naquela pesquisa dos sujeitos do sexo feminino. Sendo 376 pertencentes ao grupo experimental e 316 do grupo controle.

Transtornos		Adolescentes gestantes N= 36	Participantes do sexo feminino N= 376	F	Significância
<b>Cognitivo</b>	Média	4,31	4,52	0,482	0,488
	DP	1,70	1,76		
<b>Emocional</b>	Média	8,22	9,30	2,696	0,101
	DP	3,96	3,72		
<b>Social</b>	Média	2,83	3,05	0,893	0,345
	DP	1,59	1,25		
<b>Comportamental</b>	Média	6,08	5,66	1,081	0,299
	DP	2,64	2,27		
<b>Físico</b>	Média	1,00	0,78	3,751	0,053
	DP	0,79	0,65		
<b>Total</b>	Média	22,44	23,30	0,415	0,520
	DP	8,82	7,49		

Tabela 2. Médias, Desvios-Padrão e Valores de *F* para os resultados do IFVD do grupo experimental

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes na comparação dos dois grupos experimentais. Esse dado é muito relevante, pois mostra que o grupo experimental da presente pesquisa, com 25 participantes (adolescente grávidas vitimas de violência) apresentam dados semelhantes aos da amostra de padronização, 692 participantes). Esse resultado reforça a validade do IFVD como instrumento válido no estudo e identificação da situação de violência doméstica no Brasil (os dados das crianças e adolescentes vitimas de violência doméstica é sempre próxima ao total de 22 pontos, como média).

Transtornos		Adolescentes gestantes N= 25	Participantes do sexo feminino N= 316	F	Significância
<b>Cognitivo</b>	Média	3,48	3,54	0,033	0,856
	DP	1,23	1,65		
<b>Emocional</b>	Média	7,48	6,92	0559	0,455
	DP	3,85	3,56		
<b>Social</b>	Média	1,36	2,43	<b>20,963**</b>	<b>0,001</b>
	DP	1,07	1,13		
<b>Comportamental</b>	Média	4,20	4,43	0,211	0,646
	DP	2,18	2,39		
<b>Físico</b>	Média	0,56	0,44	0,944	0,332
	DP	0,58	0,59		
<b>Total</b>	Média	17,08	17,92	0,323	0,570
	DP	6,76	7,14		

Tabela 3. Médias, Desvios-Padrão e Valores de **F** para os resultados do IFVD do grupo controle

\*\* Significante a 0,01

Os resultados do IFVD no Grupo controle de ambos os estudo também são próximos, exceção para as frases relativas ao Transtorno Social, onde a diferença foi estatisticamente significativa sendo que a média do grupo de padronização foi maior ( $F=20,963$ ;  $p<0,001$ ). Esse dado poderia ser melhor avaliado em outros estudos.

Para as comparações apresentadas nas tabelas 6 e 7 a seguir, foram consideradas as respostas dos sujeitos do sexo feminino com menos de 14 anos da amostra do Processo nº 400867/2010-9 (relatório entregue e aprovado no Cnpq). Assim para o grupo experimental, foram consideradas as respostas de 65 (adolescentes com 14 anos ou mais, vítimas de violência doméstica, e não grávidas).

Transtornos		Adolescentes gestantes N= 36	Participantes do sexo feminino N= 65	F	Significância
<b>Cognitivo</b>	Média	4,31	4,20	0,081	0,777
	DP	1,70	1,83		

<b>Emocional</b>	Média	8,22	8,71	0,408	0,524
	DP	3,96	3,47		
<b>Social</b>	Média	2,83	2,74	0,122	0,728
	DP	1,59	1,12		
<b>Comportamental</b>	Média	6,08	5,74	0,540	0,464
	DP	2,64	2,02		
<b>Físico</b>	Média	1,00	0,68	<b>5,671*</b>	<b>0,019</b>
	DP	0,79	0,56		
<b>Total</b>	Média	22,44	22,06	0,061	0,806
	DP	8,82	6,63		

Tabela 4. Médias, Desvios-Padrão e Valores de *F* para os resultados do IFVD do grupo experimental

Verifica-se o mesmo, ou seja, os dados dos dois grupos vítimas de violência doméstica (das grávidas e das não grávidas da amostra de padronização) no Total de Frases e nos Transtornos Cognitivo, Emocional, Social e Comportamental é próximo, reforçando a validade do IFVD para a finalidade que foi proposto.

Porém quando se consideram somente os participantes com 14 anos ou mais nos dois grupos, observou-se que a diferença entre as médias do total de pontos no Transtorno Físico do grupo de grávidas e não grávidas foi estatisticamente significativa ( $F=5,671$ ;  $p<0,05$ ), indicando que as médias do grupo de grávidas foi maior. Assim possivelmente queixas e problemas físicos seja mesmo maior no grupo das grávidas, derivadas da situação da gestação e não de outras condições.

Transtornos		Adolescentes gestantes N= 25	Participantes do sexo feminino N= 42	<i>F</i>	Significância
<b>Cognitivo</b>	Média	3,48	3,12	0,847	0,361
	DP	1,23	1,71		
<b>Emocional</b>	Média	7,48	6,29	1,463	0,231
	DP	3,85	3,94		
<b>Social</b>	Média	1,36	2,07	<b>6,098*</b>	<b>0,016</b>
	DP	1,07	1,17		
<b>Comportamental</b>	Média	4,20	4,31	0,037	0,848
	DP	2,18	2,30		
<b>Físico</b>	Média	0,56	0,50	0,138	0,712
	DP	0,58	0,67		
<b>Total</b>	Média	17,08	16,12	0,234	0,631
	DP	6,76	8,45		

Tabela 5. Médias, Desvios-Padrão e Valores de *F* para os resultados do IFVD do grupo controle

\* Significante a 0,05

Nesse estudo se repetiu o que se encontrou quando se considerou toda a amostra (692 participantes da amostra de padronização), ou seja, os resultados do IFVD no Grupo controle de ambos os estudos também são próximos, exceção para as frases relativas ao Transtorno Social, onde a diferença foi estatisticamente significativa sendo que a média do grupo de padronização foi maior ( $F=6,098$ ;  $p<0,05$ ).

O presente estudo, como os anteriores, deu origem ao manual do IFVD (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010), esse instrumento se mostrou capaz de favorecer a identificação do fenômeno da violência doméstica. Os dados dos adolescentes vítimas são sempre superiores aos dos grupos controles; ao redor de 22 pontos. Com respeito à validade, podemos afirmar que há evidências de validade de conteúdo nessa pesquisa, como na pesquisa original do IFVD (TARDIVO; PINTO JUNIOR, 2010). Por todas essas considerações, podemos deixar claro mais uma vez que o Inventário de Frases apresenta validade para a finalidade para a qual foi proposto que é identificar a violência doméstica.

Uma observação diz respeito à maior presença aos resultados aproximados no que se refere às frases relativas aos Transtornos Emocionais, entre as adolescentes grávidas vítimas de violência e as que não são (as 61 da presente pesquisa). Torna-se necessário um estudo mais aprofundado dessa situação relacionada com a gravidez na adolescência que sugere possivelmente problemas emocionais para os dois grupos.

Como sugestão, se considera relevante que sejam inseridas frases no Inventário que se refiram às consequências e aos efeitos da situação especial em que se encontram as adolescentes grávidas, em especial no que se refere aos aspectos emocionais, como se pode observar na discussão das entrevistas: sensação de abandono, negligência, busca da mãe, dificuldades com o parceiro.

#### 4 | CONCLUSÃO

O presente estudo, representa uma contribuição científica e social; os dados aqui discutidos permitem afirmar que o Inventário de Frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes para adolescentes gestantes (IFVD-G) apresenta validade conforme o objetivo proposto para este estudo.

Ainda sugere-se empreender um novo estudo para ampliar o Inventário original, com frases advindas das falas das próprias adolescentes grávidas que possam trazer mais elementos sobre as consequências do ponto de vista emocional da gravidez em período tão precoce na vida dessas jovens.

#### REFERÊNCIAS

AGOSTA, B.C.; BARILARI, Z.; COLOMBO, I.R. *Abuso y Maltrato Infantil*: Inventario de Frases. Sainte Claire Editora: Buenos Aires, 2001.

ARMITAGE, P; BERRY, G.; MATTEWS, J.N.S. *Statistical Methods in Medical Research*. Blackwell Science, 2002.

ECHEBURÚA, E.; GUERRICAECHEVARRÍA, C.; AMOR, P.J. Indicações terapêuticas para los menores víctimas de abuso sexual. In: M. Lameiras (dir.), *Abusos sexuales en la infancia: abordaje psicológico y jurídico*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2002. p. 115-137.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; MIURA, P.O.; MACEDO, V.D.; EGRY, E.Y. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?. *Revista Latino-Americana de Enfermagem. USP*. Ribeirão Preto. Impresso, v. 22, p. 448-453, 2014.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M. *Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em um hospital Universitário*: Bases para intervenção. Relatório Final. Curso de obstetrícia. Universidade de São Paulo. 2013.

TARDIVO, L.S.P.C.; PINTO JUNIOR, A.A. *IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Vetor, 2010.

## VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

### Franciele Jaqueline Rieth

Unigran Capital; Curso de Enfermagem – Campo Grande – MS.

### Vânia Paula Stolte Rodrigues

Unigran Capital; Curso de Enfermagem – Campo Grande – MS.

### Bruno do Nascimento Medeiros

Unigran Capital; Curso de Enfermagem – Campo Grande – MS.

**RESUMO:** A violência contra a mulher é um importante problema de saúde pública, resultando em relevante impacto negativo para a comunidade. É necessário ampliar a discussão da temática, sobretudo por meio da divulgação de pesquisas científicas. **Objetivo:** Apresentar o número de casos de violência contra mulheres entre 10 a 60 anos ou mais, que sofreram algum tipo de violência no período de 2009 a 2017 no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com base em dados secundários disponibilizados na Sala de Apoio a Gestão Estratégica -SAGE e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, referentes ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2017. **Resultado e discussão:** A ocorrência de violência contra a mulher chegou a ser 44% maior do que a ocorrência entre o sexo

masculino. O total de casos somados no período foi de 19.423 registros. As agressões ocorreram em todas as faixas etárias, sendo que os índices mais elevados se apresentaram na faixa etária entre 20 e 29 anos. **Considerações finais:** A ocorrência de casos de violência no município de Campo Grande é maior no sexo feminino. Sabe-se que o enfrentamento à violência contra as mulheres é uma tarefa difícil, exigindo a implementação adequada das políticas públicas, ampliação e melhoria da rede de serviços de atenção à mulher. Neste contexto, é fundamental destacar a atuação do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, na identificação e acompanhamento de mulheres em situação de violência na comunidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da mulher. Violência. Violência de gênero.

### VIOLENCE AGAINST WOMEN IN CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

**ABSTRACT:** Violence against women is a major public health problem, resulting in significant negative impact on the community. It is necessary to broaden the discussion of the theme, especially through the dissemination of scientific research. **Objective:** To present the number of cases of violence against women aged 10 to 60 years or older, who suffered any

kind of violence from 2009 to 2017 in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Materials and methods:** This is a descriptive epidemiological study, based on secondary data available in the Strategic Management Support Room - SAGE and the Department of Informatics of the Unified Health System - DATASUS, from January 2009 to December 2017. **Result and discussion:** The occurrence of violence against women was 44% higher than the occurrence among males. The total number of cases added in the period was 19,423 records. The aggressions occurred in all age groups, and the highest rates were in the age group between 20 and 29 years. The aggressions occurred in all age groups, and the highest rates were in the age group between 20 and 29 years. **Final considerations:** The occurrence of violence in the municipality of Campo Grande is higher in females. Coping with violence against women is known to be a difficult task, requiring proper implementation of public policies, expanding and improving the network of women's care services. In this context, it is essential to highlight the role of nurses as part of the multidisciplinary team, especially in Primary Health Care, in identifying and monitoring women in situations of violence in the community. **KEYWORDS:** Women's Health. Violence. Gender Violence.

## 1 | INTRODUÇÃO

Uma das preocupações da sociedade brasileira é a violência doméstica contra a mulher, sendo um problema amplamente discutido. É sabido que esse fenômeno não é unicamente contemporâneo. Porém, a visibilidade política e social desta problemática teve um reconhecimento recente. Prova disto é que apenas nos últimos 50 anos é que tem se destacado a gravidade e a relevância das situações de violências sofridas pelas mulheres, o que está intimamente relacionado ao bem-estar afetivo, psicológico, social e familiar (GIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Há diversos tipos de violência praticados contra mulheres, são classificados em: psicológica (rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes); física (atos violentos, uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir e lesar); patrimonial (implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais); moral (calúnia, difamação ou injúria); e sexual (obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais) (Lei Federal n. 11.340, de 07 de agosto de 2006, art 7º). Esses tipos de violências podem ocorrer de modo simultâneo e desencadear grandes prejuízos à qualidade de vida da mulher.

Violência significa ser agressivo de forma intencional e excessiva para ameaçar ou cometer algum ato que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica contra alguém. Além de uma violação aos direitos humanos, é um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2016).

A violência doméstica ou intrafamiliar ocorre em um contexto familiar, sobretudo entre parceiros íntimos, entre pais e os filhos, contra idosos, crianças e vulneráveis.

Todo e qualquer ato de violência contra a mulher configura-se como violação de seus direitos, sendo necessário esforço da sociedade para garantir a prevenção e seu efetivo enfrentamento (BRASIL, 2016).

Segundo Garcia (2016), é necessário viabilizar mais ações para prevenir a violência doméstica contra a mulher. Uma das maneiras de reduzir a violência é ignorar o silêncio e utilizar as leis e portarias que protegem e acolhem as mulheres vitimadas, de modo acolhedor e integral. A superação e a insistência no enfrentamento desse agravo implicam também na eliminação das condições desiguais da mulher na sociedade.

Nesse sentido, o presente trabalho teve por objetivo descrever o número de casos de violência doméstica contra vítimas do sexo feminino, na faixa etária de 10 anos a 60 anos ou mais, no município de Campo Grande-MS.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com base em dados secundários publicados na Sala de Apoio a Gestão Estratégica -SAGE do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, referentes ao período de janeiro de 2009 a dezembro de 2017. Os dados publicados foram disponibilizados por entidades públicas e privadas que prestaram atendimento às mulheres, em Campo Grande-MS.

A variável estudada foi o número de casos de violência que ocorreram contra mulheres de diversas faixas etárias no município. Esses dados foram comparados ao número de casos de violência no sexo masculino.

Por utilizar dados de domínio público, o presente trabalho não necessitou passar por aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência doméstica vitima mulheres no Brasil e no mundo, de diferentes orientações sexuais, classes sociais, origens, regiões, estado civil, escolaridade, raças e etnias. Constituem sério problema de saúde pública, resultando em expressivos custos econômicos e sociais. Pode gerar graves consequências para a saúde mental e reprodutiva, assim como afetar também as crianças e o ambiente familiar. É considerada também uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina no país (BRASIL, 2016; GARCIA *et. al.*, 2016).

Histórico de violência física, abuso sexual e negligência presenciados ou vividos na infância favorecem atitudes e pensamentos negativos sobre si, sobre os outros e sobre as relações. Esses fatos perpetuam em relacionamentos atuais, sensações e memórias de rejeição, abuso, abandono e privações do passado que são revividas

nas relações atuais. As formas de enfrentamento, comumente, serão reflexo de situações já vivenciadas. Deve-se minimizar os problemas e danos imediatos, e a longo prazo causados na vida da pessoa e de toda família que presenciaram ou sofreram a violência. (PAIM, FALCKE, 2016; FARINHA, SOUZA, 2016).

Algumas ações resultantes de políticas públicas influenciariam um melhor prognóstico a esse tipo de enfrentamento, como melhores condições de vida, acesso a educação como meio de promover a discussão do tema e sua prevenção, transformação da realidade social e meio de superação quanto à discriminação e o preconceito impetrado aos diferentes grupos (FARINHA, SOUZA, 2016).

As leis ocupam papel importante na luta contra a violência. Ao longo dos últimos vinte anos, foram criadas inúmeras leis e portarias com vistas a protegerem e intervirem contra a violência sofrida pela mulher. Exemplo disso são: Delegacias Especiais de Atendimento à mulher (DEAM), (são unidades especializadas da Polícia Civil, que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres), Lei N°11.340/2006 (Lei Maria da Penha. Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher), Lei N°12.845/2013 (Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual), Portaria N° 204/2016 (Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional). Essas legislações resultaram em reflexos positivos no sistema brasileiro, sendo aplicável, sobretudo, no âmbito familiar e social, com objetivo de erradicar esse mal (CABETTE, 2014).

## Ocorrência de casos

O percentual de casos de violência registrados, divididos entre sexo feminino e masculino, mostra que as agressões sofridas pelo sexo feminino aparecem 44% maior do que no sexo masculino, em todos os anos do estudo (Figura 1). Este dado evidencia a necessidade de se investir na melhoria da vigilância, na prevenção e controle das violências, com conseqüente redução da morbimortalidade por esse agravo.



Figura 1. Percentual de casos de violência segundo a variável sexo, município de Campo Grande-MS, período de janeiro de 2009 a dezembro de 2017.

Fonte: SINAN/IBGE NOTAS (1) Dados atualizados em 17/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas.

Os profissionais de saúde geralmente são os primeiros a entrar em contato com as mulheres vítimas da violência. O atendimento prestado pelos profissionais, independentemente do agravo à sua integridade física ou psicológica, é o serviço de saúde que a mulher procura de imediato. Devem atuar de forma articulada com outros serviços que tratam da mesma questão, como as Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM), os Conselhos de Direitos da Mulher, abrigos e outras instituições (BRASIL, 2016).

Existem formas de identificar, nos serviços de saúde, que a mulher está sofrendo violência. Entre esta forma estão os relatos de palpitações, ansiedade, nervosismo, insônia ou perturbações digestivas que podem ser sintomas decorrentes da tensão e da violência. Os profissionais devem sempre procurar conhecer a história de vida da paciente durante suas consultas. A maioria das mulheres, quando questionadas, discutirão as situações de violência que vivenciam. Mesmo que em um primeiro momento elas neguem por não estarem preparadas ou envergonhadas para lidar com o problema, o questionamento pelo profissional de saúde, de maneira cuidadosa, facilitará o início de um diálogo e a possibilidade de ajuda. A visita domiciliar é de grande importância, pois permite a observação mais adequada para identificar, com mais segurança, a situação de violência, buscar formas para se comunicar com a mulher, de acordo com a sua interação (BRASIL, 2016).

As agressões ocorrem em qualquer idade, sendo assustador o número apresentado e disponibilizado pelo DATASUS. Os dados sugerem que, num período de 50 anos ou mais de suas vidas, as mulheres estão sujeitas a sofrer algum tipo de violência, sejam quando, crianças, adolescentes, jovens, adultas e idosas. Os índices mais elevados estão na idade de 20 a 29 anos, ou seja, adultas jovens. Identificamos claramente que há em nosso município um índice muito elevado de violência contra as mulheres, mesmo com os programas de atendimento, das delegacias da mulher e a punição vigente dos agressores, chega ao número de 19.423 casos, de diferentes faixas etárias, no período de nove anos.



Figura 2. Número de casos de violência segundo a faixa etária no município de Campo Grande e no Estado de Mato Grosso do Sul

Fonte: SINAN/IBGE NOTAS (1) Dados atualizados em 17/05/2019 (2) Dados processados pelas áreas técnicas

Quanto ao profissional, cabe a ele garantir a privacidade, confidencialidade,

discrição e sigilo, com os fatos que lhe são declarados. De forma clara e exclusiva, dialogar abertamente com a paciente, dando atenção a conversa, fazendo perguntas diretas, mas que não a intimide. Em consonância com a escuta, o profissional deverá orientar a vítima de acordo com o caso relatado, sobre a importância do registro da ocorrência. Em todos os casos deve ser feito acolhimento com respeito, vontade de ajudar, fazendo a integração da vítima no grupo de apoio, apresentando-a à equipe multiprofissional que ajudará a enfrentar o trauma. É interessante o profissional de saúde da Atenção Básica realizar visita domiciliar para acompanhar como a paciente está reagindo ao processo e se está interagindo e participando do grupo de apoio (BRASIL, 2016).

Para prevenir a violência contra à mulher, a equipe de saúde pode desenvolver programas paraproteção das mulheres, oferecendo espaços de escuta individual e coletiva nas unidades, objetivando identificar situações de risco e tomar medidas preventivas. Ao identificar situações de risco, os profissionais de saúde devem estimular a mulher a participar do trabalho de orientação. O Ministério da Saúde sugere algumas abordagens que podem ser feitas pelos profissionais de saúde durante consultas ou visitas domiciliares, conforme descrito na Tabela 1.

O que fazer?	Como fazer?	Quem fazer?
Atendimento humanizado	<p>→ Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito.</p> <p>→ Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.</p>	Equipe multiprofissional
Vigilância do profissional com relação à sua própria conduta.	<p>→ Garantir postura de não vitimização das mulheres e ter consciência crítica dos sentimentos para lidar com emoções como raiva, medo e impotência que podem surgir durante o atendimento das mulheres.</p> <p>→ Profissionais com dificuldade de abordar o tema devem optar por abordagens indiretas (sem perguntas diretas).</p>	Equipe multiprofissional

Identificação dos motivos de contato.	<p>→Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento da mulher.</p> <p>→Existem mulheres políqueixosas, com sintomas e dores que não têm nome. Nesse caso, o profissional deve atentar para possível situação de violência. Para isso, existem propostas de perguntas:</p> <p>→Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço.</p> <p>-Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?</p> <p>- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?</p> <p>- Você está com problemas no relacionamento familiar?</p> <p>- Já sentiu ou sente medo de alguém?</p> <p>- Você se sente humilhada?</p> <p>- Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?</p> <p>- Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? →Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizem ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento da mulher.</p> <p>→Existem mulheres políqueixosas, com sintomas e dores que não têm nome. Nesse caso, o profissional deve atentar para possível situação de violência. Para isso, existem propostas de perguntas:</p> <p>→Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço.</p> <p>-Está tudo bem em sua casa, com seu(sua) parceiro(a)?</p> <p>- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?</p> <p>- Você está com problemas no relacionamento familiar?</p> <p>- Já sentiu ou sente medo de alguém?</p> <p>- Você se sente humilhada?</p> <p>- Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?</p> <p>- Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?</p>	Equipe multiprofissional
	Informação prévia à paciente.	

Acolhimento com escuta qualificada. Acolhimento com escuta qualificada.	→Organizar grupos de mulheres e propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da autoestima e formas alternativas de resolução de conflitos. →Facilitar o acesso a uma rede de apoio, buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania. →Desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida e apoiada.	Equipe multiprofissional
Sugestões do profissional de saúde. Sugestões do profissional de saúde.	→Sugerir encaminhamento para atendimento de casal ou família, no caso da continuidade da relação, ou quando houver filhos e portanto a necessidade de preservar os vínculos parentais.→Sugerir encaminhamento para atendimento psicológico individual, de acordo com a avaliação do caso. →Manter visitas domiciliares periódicas, para fins de acompanhamento do caso.	Equipe multiprofissional

Tabela 1. Orientações do serviço de saúde para as mulheres que sofrem de violência doméstica

Fonte: Adaptado do Manual técnico violência intrafamiliar, Ministério da Saúde, 2016

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar que o índice de violência contra as mulheres é alto, sobretudo quando comparado ao índice que ocorre no sexo masculino.

Prevenir e combater a violência contra as mulheres é uma tarefa difícil e exige políticas públicas efetivas e uma rede integrada de atenção à mulher com orientações claras e acesso fácil para as vítimas, além de um serviço eficaz de proteção.

A natureza repetitiva da violência doméstica indica a importância da detecção precoce e prevenção de problemas futuros dela decorrentes. Os profissionais devem identificar pacientes com alto risco, os quais devem ser encaminhados a serviços de acompanhamento à saúde mental para melhor lidar com situações de estresse e buscar alternativas não - violentas na resolução de conflitos.

Quanto aos profissionais de saúde, há necessidade de um trabalho interdisciplinar, com intuito evitar revitimização e culpabilização das mulheres de modo que possam acolher, escutar e orientar as vítimas e seus familiares. Também é necessário um trabalho de educação permanente e continuada para capacitar esses profissionais a reconhecerem os possíveis casos para intervenção precoce.

## REFERÊNCIAS

**BRASIL.** Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, 192<sup>o</sup>-da Independência e 125<sup>o</sup>-da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm)>

**BRASIL. Lei Maria da Penha.** Lei Federal n. 11.340, de 07 de agosto de 2006, dispõe sobre a criação

de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.

BRASIL. **Lei nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: SPR, 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm)>.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Manual técnico Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.

BRASIL. **Portaria nº 204**, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2016.

CABETTE, E. L. S. **Violência contra a mulher - legislação nacional e internacional**. 2014. <<https://eduardocabette.jusbrasil.com.br/artigos/121937941/violencia-contra-a-mulher-legislacao-nacional-e-internacional>> Acessado em 25 de mar. de 2017

FARINHA, M. G., Souza, T. M. C. **Plantão psicológico na delegacia da mulher: experiência de atendimento sócio-clínico**. Revista SPAGESP, vol.17, no.1, Ribeirão Preto-SP, 2016.

GARCIA, L. P., DUARTE, E. C., FREITAS, L. R. S., SILVA, G. D. M. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência**. Caderno de Saúde Pública vol.32 no.4 Rio de Janeiro, 2016.

GUIMARÃES, M. C. PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, vol.27, n.2, 2015

PAIM, K. FALCKE, D. **Perfil discriminante de sujeitos com histórico de violência conjugal: O papel dos Esquemas Iniciais Desadaptativos**. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, vol. 28, n. 2, 2016.

SANTINI, P. M. WILLIAMS, L. C. de A. **Efeitos de procedimentos para maximizar o bem-estar e a competência parental em mulheres vitimizadas**. 2016. <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400014>>. Acessado em 20 de mar. de 2017.

## AS COMPETÊNCIAS E OS DESAFIOS DA GESTÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**Leyla Gerlane de Oliveira Adriano**

Faculdade Santo Agostinho, Teresina-Piauí

**Dheyimi Wilma Ramos Silva**

Universidade Estadual do Maranhão, Caxias-  
Maranhão

**Nelciane de Sousa Fernandes**

Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí

**Joyceleyde de Sousa Vasconcelos**

Chritus Faculdade do Piauí,

**Joana Célia ferreira Moura**

Faculdade Maurício de Nassau, Teresina-Piauí

**Raniela Borges Sinimbu**

Universidade Federal do Piauí, Teresina-Piauí

**RESUMO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica que tem como objetivos descrever a literatura sobre a gestão do profissional enfermeiro nos serviços de saúde, dando enfoque as competências e desafios. Pesquisa se configura em um estudo descritivo de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF a partir dos descritores (decs) gestão em saúde, serviços de saúde, enfermagem e competência profissional, resultando em 14 artigos. Os resultados evidenciaram as competências gerenciais como: liderança, relacionamento interpessoal, motivação da equipe, tomada de decisão, educação permanente, gestão financeira e de recursos humanos. A atuação

profissional do enfermeiro apresenta limitações e contradições. Quanto aos desafios identificou insegurança, comunicação ineficaz, resolução de conflitos, dificuldades em organizar o trabalho de outros profissionais, tomada de decisão, falta de experiência, dificuldades em relação às decisões da administração e equipe médica e em assumir de fato o papel de gestor nos sistemas de saúde. Por fim, exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todos engajados no compartilhamento de informações e conhecimentos que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestão em saúde. Serviços de saúde. Enfermagem. Competência profissional.

### THE COMPETENCES AND CHALLENGES OF NURSING MANAGEMENT AGAINST HEALTH SERVICES

**ABSTRACT:** This is a bibliographical review that aims to describe the literature on the management of professional nurses in health services, focusing on skills and challenges. A descriptive study was carried out in a descriptive study with a qualitative approach, using LILACS, SCIELO and BDNF databases from descriptors (decs) in health management, health services, nursing and professional

competence, resulting in 14 articles. The results showed the managerial competences as leadership, interpersonal relationship, team motivation, decision-making, permanent education, financial management and human resources. The professional work of the nurse presents limitations and contradictions. Challenges identified insecurity, ineffective communication, conflict resolution, difficulties in organizing the work of other professionals, decision-making, lack of experience, difficulties in relation to the decisions of the administration and the medical staff, and in fact assuming the role of manager in the health systems. Finally, nurses are required to have educational, care, administrative and political skills, all of them engaged in the sharing of information and knowledge that nurses have with the health management process.

**KEYWORDS:** Health management. Health services. Nursing. Professional competence.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestão pode ser definida como um conjunto de processos utilizados para planejar construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologias (LOPES et al.; 2009). De acordo com Cruz et al. (2016) a gestão é o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar as ações desempenhadas a fim de alcançar os objetivos propostos.

Com as mudanças atuais, tem exigido sofisticadas formas de desempenho dos gestores para atender as demandas organizacionais crescentes e complexas. O campo da saúde também é influenciado por transformações, pois modelos gerenciais originais são exigidos em todas as esferas (público e privado) o que acaba por pressionar os profissionais da saúde pela investigação de atualização e revisão de conceitos administrativos. O enfermeiro vem historicamente se preparando para adquirir responsabilidades administrativas nos estabelecimentos de saúde (ARAGÃO et al.; 2016).

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem- Parecer N° CNE/CES 1.133/2001, há algumas competências específicas da profissão que são caracterizadas como competências gerenciais, são elas: tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

A formação do Enfermeiro tem suas ações direcionadas para a área assistencial, principalmente, porém o enfermeiro tem habilidades e responsabilidades para uma atuação maior na área gerencial exigida nos serviços de saúde. A administração dos serviços de saúde sempre esteve ligada ao profissional enfermeiro e no decorrer da história, o gerenciamento dos serviços de enfermagem foi incorporado à prática da enfermagem, inclusive legalmente como atribuição privativa do enfermeiro. Portanto, o gestor em enfermagem é o responsável por coordenar o serviço de enfermagem e tomar decisões, a fim de garantir uma assistência de qualidade (CAMACHO, 2015).

O enfermeiro frente à gestão da assistência requer conhecimento, habilidades

e atitudes que possibilitará resultados com eficiência. Ainda assim, ele precisa estar apto a enfrentar e solucionar os vários desafios encontrados.

Ao assumir suas atribuições, o gestor se depara com situações e problemas, de diferentes naturezas. Dessa forma, se fez necessário trabalhar este tema para uma melhor compreensão e na expectativa de fornecer subsídios para uma reflexão acerca do enfermeiro gestor nos serviços de saúde. Diante disso, este presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a gestão do profissional Enfermeiro nos serviços de saúde, dando enfoque as competências e desafios.

## 2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa se configura em um estudo descritivo de caráter exploratório através de uma revisão bibliográfica integrativa, com abordagem qualitativa. Segundo Sousa, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa é uma revisão de abordagem metodológica mais ampla referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Ela combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico.

As etapas que conduziram esta pesquisa foram: escolha do tema, levantamento de dados preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório do estudo busca de fontes, leitura do material e organização lógica do assunto e redação do texto. Foram utilizadas como fontes de dados as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), bases de dados de Enfermagem (BDENF) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) a disposição da BVS (Biblioteca virtual em saúde) através da ferramenta *Google acadêmico*.

Para dar início à busca de dados foram cruzados os descritores contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): gestão em saúde, serviços de saúde, enfermagem e competência profissional. A partir da combinação desses descritores foram localizadas 147 publicações e após a leitura sintética do resumo dos artigos, foi empregado os critérios de inclusão: publicações em língua portuguesa, textos na íntegra, aderência temática e obras inerentes a partir do ano de 2000, resultando em 14 artigos.

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, estão relacionados os dados encontrados e organizados no Quadro 1 no qual se pode visualizar as publicações referentes à temática proposta associados as suas respectivas contribuições de estudo.

Autor	Periódico	Estado	Metodologia	Desfecho/Contribuições
MUNARI, DB; BEZERRA, ALQ (2004)	REBEn	BSB	Qualitativa	O aprimoramento da competência interpessoal dos enfermeiros gestores e supervisores, pode facilitar a relação do dia a dia no contexto institucional, tomando suas atitudes mais profissionais e as dificuldades mais viáveis de serem resolvidas.
CUNHA, I. C. K.O; NETO, F. R. G. X. (2006)	Texto Contexto Enferm	FLN	Qualitativa	Apesar de existirem algumas certezas, ainda não consenso sobre todas as competências gerenciais que sejam indispensáveis ao enfermeiro gestor.
FELDMAN, LB; RUTHES, RM; CUNHA, ICKO. (2008)	REBEn	BSB	Qualitativa	A criatividade e a inovação são, portanto elementos-chave para o aprimoramento organizacional e para que, especificamente, a Enfermagem encontre alternativas para solucionar problemas no âmbito profissional.
RUTHES, RM; CUNHA, ICKO (2008)	REBEn	BSB	Qualitativa	O maior percentual do capital humano de uma organização de saúde é responsável pela prática assistencial e gerencial de enfermagem.
LOPES, M.M.B. et al. (2009)	Acta Paul Enferm	SP	Qualitativa	Evidenciou que a atuação do profissional Enfermeiro está baseada em seu domínio técnico, como sustentação moral e ética, é muito pequena e limitada.
MONTEZELI, JH; PERES, AM. (2009)	Cogitare Enferm	PR	Qualitativa	O gerenciamento em enfermagem corresponde a um dos pilares de sustentação para uma assistência convergente com a qualidade exigida pela clientela atendida.
FURUKAWA, PO; CUNHA, ICKO. ( 2010)	REBEn	BSB	Qualitativa	Evidenciou-se que o conceito de competência apresenta grandes resultados quando aplicado na gestão de pessoas, podendo proporcionar no contexto dos serviços de saúde.
MARTA, CB; LACERDA, AC; CARVALHO, AC. et al. (2010)	R. pesq.:cuid. fundam.online	RJ	Qualitativa	Os enfermeiros responsáveis por liderarem a equipe de enfermagem necessitam desenvolver habilidades relativas à comunicação e ao relacionamento interpessoal.
CHAVES, L.D.P; TANAKA, O.Y. (2012)	Res. Esc Enferm USP	SP	Qualitativa	Há possibilidades e premência de o enfermeiro desenvolver e valorizar as competências políticas que favoreçam a prática assistencial e gerencial, com sua inserção no processo de gestão.
SILVA, Y.C; ROQUETE, F.F. (2013)	Revista de administração em Saúde	MG	Qualitativa	Verificou-se das trinta e sete formações profissionais, treze são da área da saúde. Tal fato demonstra que os profissionais da saúde que atuam na parte clínica vem assumindo a função de gestão.
CAMACHO T.S.A. (2015)	-	-	Qualitativa	Aos enfermeiros cabem entre outras, tarefas diretamente relacionadas ao cliente, bem como a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos.

ARAGÃO, O. C. et al. (2016)	Rev. De Saúde Pública	PR	Qualitativa	Falta aos enfermeiros uma visão global da instituição e do seu mercado-alvo; a dificuldade mais pungente é saber lidar com pessoas, gerenciar conflitos e equilibrar os interesses dos liderados e da instituição.
CRUZ, P.L.et al. (2016)	Gestão em foco	MG	Qualitativa	A chave do sucesso para o gerenciamento em enfermagem está ligada a capacidade do enfermeiro, que ocupa a posição de líder, em identificar o nível de maturidade dos liderados e posteriormente adotar o estilo de comportamento adequado.
DAMASCENO, C.K.C.S. et al. (2016)	Rev. Enferm UFPE online	RE	Qualitativa	Os gerentes de enfermagem apesar de não dominarem as teorias administrativas, demonstram conhecimento suficiente sobre administração hospitalar, o que lhes permitem um bom desempenho gerencial.

Quadro 1. Especificação do estado de ênfase dos estudos elegidos

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A partir das obras selecionadas após análise do material, emergiram duas categorias por similaridade de conteúdo agrupando textos de acordo com o principal enfoque dado às competências e desafios do Enfermeiros nos serviços de saúde. A primeira categoria diz respeito às competências gerenciais do Enfermeiro; e a segunda aos desafios enfrentados pelo Enfermeiro no gerenciamento nos serviços de saúde.

### 3.1 As competências gerenciais do Enfermeiro

Durante anos, a atuação do Enfermeiro esteve associada ao modelo da gestão tradicional e baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada com funções rotineiras e centradas no fazer sem uma reflexão crítica da sua propriamente dita (CAMACHO, 2015). O Enfermeiro desempenha um papel importante na construção do sistema de cuidados por ser capaz de interagir amplamente com todos os profissionais da saúde. Desse modo, o enfermeiro gerencia os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente decidindo sobre o cuidado.

Segundo Chaves; Tanaka (2012), o papel reservado ao enfermeiro é predominantemente centrado em aspectos técnicos assistenciais e gerenciais, reforçando uma ação coadjuvante embora seja um profissional presente e atuante nos diferentes serviços de saúde. Uma possibilidade de superar esse quadro é o investimento ou desenvolvimento de competências na área da gestão sob ótica na qual as atividades tenham caráter articulador e integrativo. Se trata de questionar ou colocar em segundo plano a centralidade do cuidado no processo de trabalho

do enfermeiro, ao contrário exatamente por valorizar e priorizar o cuidado faz-se necessária atuação perpassando pelos diferentes serviços de saúde com o objetivo de favorecer as melhores práticas do cuidado.

O conceito de competência sofreu alterações no decorrer do tempo, tendo sido reconceituado e revalorizado em função da situação econômica das transformações nas características do mercado de trabalho, do processo de globalização e de modificação das organizações. Em razão das transformações do tempo, competência tornou-se um termo composto por três eixos básico: o conhecimento, a habilidade e a atitude no qual usualmente apresenta-se como um conjunto de características ou requisitos capazes de produzir efeitos de resultados e/ou solução de problemas (SILVA; ROQUETE, 2013). Na obra de Montezeli; Peres (2009), a competência profissional é a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desenvolvimento eficiente do trabalho.

Nos estudos de Aragão *et al.* (2016); Cunha; Neto (2006) e Ruthes; Cunha (2009), elencaram como habilidades e competências gerenciais do Enfermeiro: liderança, motivação da equipe, comunicação afetiva, gestão financeira e de recursos humanos, tomada de decisões, administração da unidade, gerenciamento de recursos, alinhamento de propósitos, educação permanente, senso de justiça, ética e outros. Damasceno *et al.* (2016) afirma que o enfermeiro, além de gestor, deve ter habilidades para liderança como a flexibilidade, a capacidade de discernir as necessidades das pessoas que supervisiona e, principalmente a motivação dos colaboradores, aproveitar ao máximo as aptidões de cada um, sem explorá-los.

Diante das competências citadas pelos estudos, constitui-se, portanto, um desafio a definir as competências necessárias aos enfermeiros, em como de estabelecer-se mecanismos para seu desenvolvimento dentro e fora das instituições. Destaca-se ainda que entre as funções de administração do enfermeiro está a de garantir que o membro de sua equipe tenha competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas. A divisão do trabalho em enfermagem, desde o advento da profissão, traz o enfermeiro como figura responsável pela atuação administrativa.

Para Chaves; Tanaka (2012), face à formação acadêmica, contempla além de conhecimentos técnicos-científicos relativos à assistência à saúde, aqueles atinentes ao gerenciamento de serviços, o profissional enfermeiro tem potencial para participação diferenciada no âmbito dos sistemas de saúde. Afirma ainda que, nos sistemas de saúde, a gestão assume caráter dinâmico, polêmico e complexo que estimula a reflexão sobre a inserção dos enfermeiros nesse processo. Seguindo a mesma lógica, no estudo de Damasceno *et al.* (2016) apesar de reconhecer as habilidades e competências gerenciais do Enfermeiro no processo de gerenciamento, revela que na formação do enfermeiro se observa pouca atenção em prepará-lo para a área administrativa e gerencial devendo apontar o profissional para os postos de liderança nas atividades de gestão onde ele possa se sobressair no contexto gerencial, com uma visão administrativa fundamental para o gerenciamento. Dentre

as funcionalidades que o enfermeiro gestor precisa realizar no âmbito do seu cargo dentro de uma instituição de saúde, destaca-se a liderança como ferramenta essencial.

Em Aragão *et al.* (2016), o termo “gestor” vem sendo muito utilizado no contexto hospitalar. Em unidades privadas tem sido muito utilizado para definir o enfermeiro responsável por dirigir uma unidade assistencial ou de apoio. No âmbito do SUS, o termo é utilizado para dar maior abrangência à atividade incluindo aspectos estratégicos e de articulação política, ao passo que “gerente” se refere ao administrador de unidade. Montezeli; Peres (2009), refere que os saberes acerca do gerenciamento se originaram a partir da necessidade de organizar os hospitais e foram historicamente incorporados como função do enfermeiro.

### **3.2 Os desafios enfrentados pelo Enfermeiro no gerenciamento nos serviços de saúde**

No estudo de Damasceno *et al.* (2016), evidenciou dificuldades enfrentadas na gerência de enfermagem como insegurança, comunicação ineficaz, resolução de conflitos, dificuldades em organizar o trabalho de outros profissionais, tomada de decisão, falta de experiência, dificuldades em relação às decisões da administração e equipe médica e em assumir de fato o papel de gestor nos sistemas de saúde. Já no artigo de Cruz *et al.* (2016) refere que aspectos como condições e o ambiente das instituições em que os líderes estão inseridos, a filosofia organizacional que impacta no modelo de liderar e os valores que serão os direcionados acabam interferindo na liderança desse profissional.

Lopes *et al.* (2009), também traz esses desafios enfrentados na gestão como a necessidade de se investir na política de recursos humanos tornando as relações de trabalho no SUS mais democráticas, desde a forma de inserção no serviço respeitando-se os direitos dos trabalhadores, garantindo proteção social, melhorando a formação/qualificação profissional e, desta maneira melhorar a formação de prestação da assistência em saúde, tornando humanização no atendimento ao usuário.

Para Chaves; Tanaka (2012), a atuação dos enfermeiros em ações não assistenciais representa um desafio crescente às políticas de formação e inserção no mundo do trabalho e destacam-se, particularmente, questões relativas à gestão e avaliação de políticas que incidem sobre o sistema de saúde e, portanto, sobre o cuidado individual e coletivo.

Ao exercer a prática, muitas situações de divergências de ideias, interesses e expectativas serão superadas com a habilidade no manejo de conflitos e possibilidades, desenvolvidas ao longo do tempo. Por esta razão, o líder deverá criar estratégias com auxílio de comunicação para identificação dos problemas a serem resolvidos, vistas as possíveis causas e consequências e buscar alternativas que concentrem os interesses chegando a uma decisão comum (CRUZ *et al.*; 2016).

Diante dos resultados, é possível afirmar que apesar dos gerentes de enfermagem não dominarem as teorias administrativas, o profissional enfermeiro

detêm de conhecimento suficiente sobre administração hospitalar assim como outros serviços de saúde, o que acaba lhe permitindo desempenho gerencial. Damasceno *et al.* (2016), enfatiza que a maioria dos enfermeiros que ocupa cargos de gerência possui carências quanto aos conhecimentos administrativos e, principalmente, sobre elementos que norteiam o processo de tomada de decisão.

O gestor de serviços de saúde, enquanto líder, necessita saber trabalhar com sua equipe de maneira a expandir os conhecimentos e habilidades do grupo, visando gerar sinergia e desenvolvimento contínuo do mesmo, além da capacidade para saber lidar com as adversidades, os conflitos e as instabilidades no seu cotidiano de trabalho (SILVA; ROQUETE, 2013).

#### 4 | CONCLUSÃO

Por meio do estudo, foi possível revisar as competências e desafios do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde. Os resultados mostram a importância do papel do enfermeiro nas atividades gerenciais, uma vez que ele atua como líder da equipe, é responsável pela unidade e concomitante entre a direção e a equipe de enfermagem. Ainda assim, os resultados evidenciaram que apesar dos gerentes de enfermagem não dominarem teorias administrativas, eles detêm de conhecimento suficiente sobre administração hospitalar, assim como outros serviços de saúde, o que lhe acaba permitindo desempenho gerencial. O aprimoramento da competência interpessoal dos enfermeiros gestores e supervisores pode facilitar as relações do dia a dia no contexto institucional, tomando suas atitudes mais profissionais e as dificuldades mais viáveis de serem resolvidas. Quanto à formação acadêmica, pode-se concluir que a atenção voltada para a área administrativa seja inadequada e insuficiente, deixando a desejar no embasamento teórico.

Por fim, exige-se do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todos engajados no compartilhamento de informações e conhecimentos que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde.

#### REFERÊNCIAS

ARAGÃO, O. C. et al. **Competências do enfermeiro na gestão hospitalar.** *Rev. de saúde pública do Paraná, Londrina*, v.17, n.2, p.66-74, dez., 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/25278/5>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

BRASIL. Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES Nº 1.133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem medicina e nutrição.** Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

CAMACHO T.S.A. **Gestão: um desafio para o enfermeiro.** In: XI Congresso Nacional de Excelência em gestão, 2015. Disponível em: [http://www.inovarse.org/sites/default/files/T\\_15\\_067M.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T_15_067M.pdf). Acesso em: 14 de junho de 2018.

CUNHA, I. C. K.O; NETO, F. R. G. X. **Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?** Rev. Texto contexto Enferm., Floirópolis, v.15, n.3, p.479-82, jul-set., 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 de junho de 2018.

CHAVES, L.D.P; TANAKA, O.Y. **O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde.** Rev. Esc. Enferm. USP, v.46, n.5, p.1274-1278, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

CRUZ, P.L.et al. **Os desafios do Enfermeiro gestor nos serviços de saúde.** Rev. Gestão em foco, 2016. Disponível em: [http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/gestao\\_foco/artigos/ano2016/028\\_desafios\\_enfermeiro\\_gestor\\_servicos\\_saude.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2016/028_desafios_enfermeiro_gestor_servicos_saude.pdf). Acesso em: 14 de junho de 2018.

DAMASCENO, C.K.C.S. et al. **O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais.** Rev. Enferm. UFPE online. Recife, v.10, n.4 p.1216-22, abr., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

FELDMAN, L.B; RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. **Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem.** Rev. Brasileira de Enfermagem, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a15v61n2.pdf> Acesso em: 14 de junho de 2018.

FURUKAWA, P.O; CUNHA, I.C.K.O. **Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/30.pdf> Acesso em: 15 de junho de 2018.

LOPES, M.M.B. et al. **Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem.** Rev. Acta Paul Enferm., v.22, n.6, p.819-27, mar, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a15v22n6.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

MARTA, C.B. et al. **Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro.** Rev. Pesq.: cuid. Fund.online, Rio de Janeiro, v.2, p.604-608, dez, 2010. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1062/pdf\\_228](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1062/pdf_228)  
Acesso em: 15 de junho de 2018.

MONTEZELI, J.H.; PERES, A.M. **Competência gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros.** Cogitare enfermagem, v. 14, n. 3, 2009. Disponível em:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16189/10707> Acesso em: 15 de junho de 2018.

MUNARI, DB; BEZERRA, A.L.Q. **Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor.** Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 457, n.4, p.484-486, jul-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a20.pdf>. Acesso em:15 de junho de 2018.

RUTHES, R.M.; CUNHA, Isabel C.K.O. **Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual.** Rev. Brasileira de Enfermagem, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf> Acesso em: 14 de junho de 2018.

SILVA, Y.C; ROQUETE, F.F. **Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica no período de 2001 a 2011.** Rev. RAS, v.15 n.58, jan-mar.,2013. Disponível em: [http://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=597](http://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=597). Acesso em: 14 de junho de 2018.

SOUSA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Rev. Einstein, v.8, n.1, p.102-6, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf). Acesso em: 15 de junho de 2018.

## **SOBRE OS ORGANIZADORES**

**Samuel Miranda Mattos** - Professor de Educação Física e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. MBA em Gestão de Academias e Negócios em Esporte e Bem-Estar pelo Centro Universitário Farias Brito – FFB. Professor do Curso de Especialização em Preparação Física do Instituto de Capacitação Business School Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq. Foi monitor voluntário da Disciplina de Ginástica Esportiva (2013/2014). Foi Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico- FUNCAP (2014/2015) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq (2015/2016) da Universidade Estadual do Ceará-UECE (2016/2017) e bolsista voluntário do Projeto de Extensão do Centro de Tratamento de Transtornos Alimentares- CETRATA (2012/2014).

**Kellen Alves Freire** - Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2012/2016). Foi monitora da disciplina Anatomia Sistêmica (2013). Pós-graduada em Prescrição de Fitoterápicos e Suplementação Clínica e Esportiva pelo Centro Universitário Estácio do Ceará (2016/2018). Participou do projeto de extensão “Escola saudável: prevenção de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares” (2017/2019). Membro do Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidade e Enfermagem -GRUPECCE-CNPq.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidentes por quedas 125  
Acupuntura 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77  
Anatomia humana 117  
Aprendizado baseado na experiência 98  
Aprendizagem baseada em problema 59  
Artéria renal 116, 117, 118, 119, 120, 121  
Atenção primária à saúde 59, 157, 236, 241  
Atividade física 13, 14, 15, 16, 17, 30, 104, 127, 129, 162  
Auriculoterapia 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77

### C

Classificação internacional de funcionalidade 6, 46, 47, 57, 58  
Cuidado multiprofissional 18, 19, 21  
Cuidados de enfermagem 125  
Cuidados paliativos 135, 136, 137, 138, 139, 142, 144, 145

### D

Diabetes mellitus 39, 44, 105, 157, 158, 159, 167  
Doença renal crônica 40, 44, 70, 71

### E

Educação em saúde 46, 61, 65, 66, 78, 84, 85, 86, 88, 112, 157, 158, 159, 165, 168, 169, 170, 183, 184, 185, 187, 188, 200, 243, 244, 245, 247, 248  
Enfermagem 1, 11, 18, 19, 27, 28, 42, 44, 62, 67, 68, 69, 76, 78, 79, 80, 81, 86, 87, 97, 100, 101, 103, 104, 105, 125, 133, 146, 155, 168, 169, 170, 171, 182, 184, 186, 187, 189, 201, 208, 212, 213, 214, 217, 218, 220, 230, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 258, 259, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277  
Equipe de assistência ao paciente 59  
Equipe multiprofissional 3, 57, 63, 65, 134, 136, 137, 139, 150, 154, 208, 209, 259, 264, 265, 266  
Estomia 98, 102  
Estratégia saúde da família 68, 242  
Extratos vegetais 90

### F

Fisioterapia 43, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 57, 58, 214, 217, 218, 221  
Fitocompostos 90  
Formação continuada 13, 14, 15, 16, 17  
Funcionalidade 46, 47, 48, 54, 56, 57, 58, 131

## **G**

Gestantes 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 159, 206, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 254, 255, 256, 257

## **H**

Hábitos alimentares 82, 83, 84, 95, 96

Hemodiálise 57, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

Humanização da assistência 67

Humanização do cuidado 134, 135, 139, 141, 144, 153

## **I**

Incapacidade e saúde 6, 46, 47, 57, 58

Interdisciplinariedade 106

Intervenção nutricional 95

## **L**

Lazer 13, 14, 15, 16, 17, 41, 166

## **M**

Mulher 83, 84, 86, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 245, 249, 250, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267

## **P**

Políticas públicas de esporte 13, 14, 17

Processo de parturição 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154

Promoção da saúde 30, 78, 79, 80, 87, 88, 104, 130, 157, 165, 167, 169, 170, 172, 179, 185, 190, 210, 237, 243, 245

Proteção antioxidante 90

Puerpério 147, 154, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 245, 246

## **R**

Radicais livres 90

## **S**

Saúde bucal 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

Saúde coletiva 68, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 114, 156, 180

Saúde da mulher 86, 203, 259

Saúde do idoso 125, 132

Saúde mental 3, 10, 38, 110, 111, 112, 115, 171, 201, 203, 208, 210, 212, 261, 266

Serviços de saúde 9, 10, 20, 22, 23, 27, 29, 37, 65, 66, 67, 83, 88, 99, 111, 135, 158, 169, 203, 228, 230, 231, 232, 247, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276

Servidor público 13

Sistema único de saúde 19, 106, 107

Sofrimento psíquico 4, 8, 10, 11, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212  
Suplementação dietética 90

## T

Tecnologia da informação 98  
Tentativas de suicídio 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9  
Teoria e prática 13  
Terapia ocupacional  
Terapias complementares 69, 72, 76

## V

Varição anatômica 117, 119  
Vascularização 117, 118, 122

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-763-5



9 788572 477635