

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)



Prevenção e Promoção de Saúde

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: Natália Sandrini
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. Elio 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 Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Cândido 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 Pietrobon – 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 Gislene 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

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P944 Prevenção e promoção de saúde 1 [recurso eletrônico] / Organizador
Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena
Editora, 2019. – (Prevenção e promoção de saúde; v. 1)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-827-4

DOI 10.22533/at.ed.274190912

1. Política de saúde. 2. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito
Rodrigues da. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná - Brasil

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2019

APRESENTAÇÃO

A coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” é uma obra composta de onze volumes que apresenta de forma multidisciplinar artigos e trabalhos desenvolvidos em todo o território nacional estruturados de forma à oferecer ao leitor conhecimentos nos diversos campos da prevenção como educação, epidemiologia e novas tecnologias, assim como no aspecto da promoção à saúde girando em torno da saúde física e mental, das pesquisas básicas e das áreas fundamentais da promoção tais como a medicina, enfermagem dentre outras.

Iniciamos esta coleção abordando temáticas de ensino, pesquisa e extensão, observando a prevenção e promoção da saúde em seus aspectos fundamentais. Portanto, são reunidos aqui no volume de número 1 trabalhos muito bem fundamentados e contextualizados.

O ensino em saúde tem sido cada vez mais debatido e discutido nas instituições de ensino superior, já que a evolução de alguns conceitos avança juntamente com as novas metodologias ativas de ensino. Deste modo, o conteúdo inicial desta obra auxiliará e ampliará a visão daqueles que atuam ou pretendem atuar na saúde.

Assim, a coleção “Prevenção e Promoção de Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada seja nas revisões, estudos de caso ou nos resultados práticos obtidos pelos pesquisadores, técnicos, docentes e discentes que desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados. Ressaltamos mais uma vez o quanto importante é a divulgação científica para o avanço da educação, e a Atena Editora torna esse processo acessível oferecendo uma plataforma consolidada e confiável para que diversos pesquisadores exponham e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE ESQUISTOSSOMOSE NA COMUNIDADE DO GUAMÁ- BELÉM

Kelem Bianca Costa Barros

Flávia Rodrigues Neiva

Ana Rosa Botelho Pontes

Gal Caroline Alho Lobão

DOI 10.22533/at.ed.2741909121

CAPÍTULO 2 7

A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): UM ELO ENTRE COMUNIDADE, SERVIÇOS DE SAÚDE E ENSINO

Maiza Silva de Sousa

Georgia Helena de Oliveira Sotirakis

Rosiane Pinheiro Rodrigues

Beatriz Stephany Conceição Braga

Thais Scerni Antunes

Ewellyn Natália Assunção Ferreira

Leilane Almeida de Moraes

Ana Caroline Oliveira Almeida

Ricardo Luiz Saldanha da Silva

Laíze Rúbia Silva Corrêa

Stephany Siqueira Braga

Raíssa Pereira Barata

DOI 10.22533/at.ed.2741909122

CAPÍTULO 3 13

AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE À DOENÇA DE CHAGAS NO MUNICÍPIO DE CHÁ GRANDE- PERNAMBUCO, NO ANO DE 2016

Larissa Lima Ribeiro

Katiuscia Araújo de Miranda Lopes

Cintia Michele Gondim de Brito

Laura Esteves Pereira

Gabriela Araújo Tabosa de Vasconcelos

Joane Otávio Farias Barreto

Larissa Lins do Egito Vasconcelos

Letícia Oliveira de Almeida

Maria Gabriela Santa Cruz Albuquerque

Mylena Paulina Malaquias Silva Lemos

Rafaela Almeida Silva

Maria Theresa Camilo de Lima

Maria Beatriz Araújo Silva

DOI 10.22533/at.ed.2741909123

CAPÍTULO 4 20

ADEQUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES EM AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, EM ACORDO ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014

Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho

Cícero Felipe Paes de Araújo Costa

Alice Wanderley Rosa

Caio Cézar Tenório Alves da Silva

Henrique Cézar Tenório Alves da Silva

Emanoela da Silva Gonçalves
Wilson Spinillo Rodrigues dos Santos
Alfredo Aurélio Marinho Rosa

DOI 10.22533/at.ed.2741909124

CAPÍTULO 5 28

ANÁLISE DA SAÚDE NO ÂMBITO SOCIAL: UMA VISÃO DO ALTO DO MANDÚ

Gabriella Feliciano da Silva
Itamar Lages
Raissa Bezerra Barros

DOI 10.22533/at.ed.2741909125

CAPÍTULO 6 32

CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: ARTIGO ORIGINAL

Natália dos Santos Almeida
Willma José de Santana
Yolanda Gomes Duarte
Maria Eduarda Correia dos Santos
Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz
José Leonardo Gomes Coelho
Alberto Malta Junior
Elida Mara Braga Rocha
Suiany Emidia Timóteo da Silva
Steffane Carolyn Sampaio Ribeiro
Arthur Silva Pereira
Cícera Luana Victor da Silva

DOI 10.22533/at.ed.2741909126

CAPÍTULO 7 41

CONHECIMENTO POPULACIONAL ACERCA DAS TIREOIDEOPATIAS NA GESTAÇÃO

Marina de Miranda Rocha
Maria Emilia Feitosa Bandeira de Oliveira
Gustavo Henrique de Góes Cavalcanti
Natália Gomes de Souza
Maria Clara Nogueira Rodrigues
Débora du Bocage Lima
Maria Luíza Braga de Castro Chaves
Anne Vitória Vieira de Medeiros Moura
Oscar Rodolfo de Meira Lins Haack
Luiz Felipe Yuiti Aihara
Amanda de Souza Cavalcanti
Lúcia Helena Oliveira Cordeiro

DOI 10.22533/at.ed.2741909127

CAPÍTULO 8 53

CONVERSA AO PÉ DO LEITO – APROXIMANDO ESTUDANTES DE MEDICINA E PACIENTES

Gerson Gomes da Nóbrega Filho
Ana Luíza de Alencar Viana Melo
Andréa Melo Cavalcanti de Albuquerque
Bruna Gonçalves dos Santos Oliveira
Eclair Aymee Morais Kirniew
Fernanda Paiva da Cunha
Filipe Maia Ferreira Gomes
Giselle de Azevedo Santos Valença
Isabela Cristina Araújo de Macêdo

CAPÍTULO 9	61
DEMANDAS DO OPRIMIDO: NECESSIDADES EDUCATIVAS DE IDOSOS	
Célia Maria Gomes Labegalini	
Poliana Ávila Silva	
Iara Sescon Nogueira	
Marina Bennemann de Moura	
Lígia Carreira	
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera	
DOI 10.22533/at.ed.2741909129	
CAPÍTULO 10	71
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: UMA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE	
Dharah Puck Cordeiro Ferreira Bispo	
Patricia Ivanca de Espindola Gonçalves	
DOI 10.22533/at.ed.27419091210	
CAPÍTULO 11	84
EQUOTERAPIA - PROMOÇÃO À SAÚDE, À (RE) EDUCAÇÃO E À (RE) INSERÇÃO SOCIAL	
Silvia Luci De Almeida Dias	
Gisele Silveira Blanco	
Luana Perdiz Duarte	
DOI 10.22533/at.ed.27419091211	
CAPÍTULO 12	96
EXPERIÊNCIA EM PROJETO DE EXTENSÃO NA ASSOCIAÇÃO DE AGENTES ECOLÓGICOS DE DOURADOS (AGECOLD)	
Daniel Souza Benites	
Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe	
Fabiane Melo Heinen Ganassin	
Vivian Rahmeier Fietz	
Caroline Gonçalves Fernandes Siqueira	
Naíra Suele da Conceição Santos	
DOI 10.22533/at.ed.27419091212	
CAPÍTULO 13	107
GESTÃO DE LEITO: KANBAN UMA FERRAMENTA POTENTE	
Avanilde Paes Miranda	
Ariangela Teixeira Cavalcanti da Fonseca	
Ludmilla Carmen de Sousa Oliveira Carvalho	
Andresa Paula Rodrigues do Nascimento	
Ivone Maria Correia de Lima	
Magna Severina Teixeira Magalhães	
Kelly Cristina Torres Lemes	
Christina Tavares Dantas	
Ana Manoela de Oliveira Leite	
Maria Imaculada Salustiano Soares	
Lenira Roberto do Nascimento Soares	
Berenice Garcês Santos	
DOI 10.22533/at.ed.27419091213	

CAPÍTULO 14 119

GRUPO AMIGUINHO DA SAÚDE: PROMOÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DIRECIONADO PARA CRIANÇAS DE DOIS ANOS COMPLETOS HÁ TRÊS ANOS

Vanesa Nalin Vanassi
Elisangela Argenta Zanatta
Lenita de Cassia Moura Stefani
Cheila Karel Siega
Ingrid Pujol Hansen
Lucimare Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.27419091214

CAPÍTULO 15 125

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR PEDIÁTRICA ATRAVÉS DO PROJETO RISOS DA FISIO: O IMPACTO PARA O PACIENTE E FAMILIAR

David Andrade Borges
Tainan Andrade Santos
Iandra Geovana Dantas dos Santos
Jamily Thais Souza Sena
Aida Carla de Santana Melo Costa

DOI 10.22533/at.ed.27419091215

CAPÍTULO 16 137

INTERSEÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO MUSICAL E A MUSICOTERAPIA

José Henrique Nogueira
DOI 10.22533/at.ed.27419091216

CAPÍTULO 17 144

METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM E O ENSINO DE BIOQUÍMICA E BIOLOGIA MOLECULAR

Kamilla de Faria Santos
Caroline Christine Pincela da Costa
Carlos Antônio Pereira Júnior
Benedito Rodrigues da Silva Neto
Angela Adamski da Silva Reis
Rodrigo da Silva Santos

DOI 10.22533/at.ed.27419091217

CAPÍTULO 18 156

JOGO EDUCATIVO: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS EM ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES

Wládia Silva de Oliveira
Valéria Silva de Lima
Natasha Vasconcelos Albuquerque
Alane Nogueira Bezerra
Isabela Limaverde Gomes
Camila Pinheiro Pereira

DOI 10.22533/at.ed.27419091218

CAPÍTULO 19 163

MEDIDA PSICOMÉTRICA DA EMPATIA E METODOLOGIAS DE ENSINO: RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS FORMADOS EM METODOLOGIAS DE ENSINO ATIVAS E TRADICIONAIS

Ana Clara Patrick Martins
Luiza Meireles de Castro
Thiago Vilela de Freitas

Carlos Renato dos Santos
Erika Kaneta Ferri
Edneia Albino Nunes Cerchiari

DOI 10.22533/at.ed.27419091219

CAPÍTULO 20 173

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PRÉ-NATALE NA MATERNIDADE SOBRE A 'HUMANIZAÇÃO' DA ASSISTÊNCIA À MULHER

Isabele Fernanda Rios de Oliveira
Joice Pereira Ribeiro
Valdina Marins Pereira

DOI 10.22533/at.ed.27419091220

CAPÍTULO 21 185

PERFIL E DISCURSO DOS DISCENTES SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Luana Salvador de Lemos
Joselma Cavalcanti Cordeiro

DOI 10.22533/at.ed.27419091221

CAPÍTULO 22 198

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES BIOÉTICAS

Juliane dos Santos Almeida
Sérgio Donha Yarid
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Edite Lago da Silva Sena

DOI 10.22533/at.ed.27419091222

CAPÍTULO 23 210

PROJETO DE EXTENSÃO PELO DIREITO DE DECIDIR: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Caroline Eloisa da Silva Sousa
Maria Benitta Alves da Silva Spinelli

DOI 10.22533/at.ed.27419091223

CAPÍTULO 24 217

QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Tais Fabiane Mendes Nascimento
Juciara Ramos Pereira
Romeu Espindola Lefundes
Heleno Viriato de Alencar Vilar
Manuella Serra Tanan
Marta Lúcia Silva
Valéria Gomes da Silva
Maiara Norberto de Souza
Claudio da Silva Almeida
Angélica da Silva Calefano
Maria Edna Santos de Novaes Miranda
Lays Santos França

DOI 10.22533/at.ed.27419091224

CAPÍTULO 25 **226**

UMA AVALIAÇÃO COMBINADA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DO PROJETO DE EXTENSÃO ENTRELAÇADOS PALHAÇOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE

Doron Reginatto
Cecília Coelho Moraes de Brito
Osvaldo Carlos Rodrigues Júnior
Thiago de Oliveira Silva
Patrícia Muniz Mendes Freire de Moura

DOI 10.22533/at.ed.27419091225

CAPÍTULO 26 **234**

VASECTOMIA: OPÇÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO COMPLEXO UPE

Lucas Lessa Nunes
Taciana Andrade de Abreu
Priscylla Marinho dos Santos
Bruna Sampaio de Sá
Ralph Ruy Demy da Silva de Souto
Breno Arcanjo Chaves
Jamal Mohamed Salem Junior
Guilherme Tiburtino de Queiroz Sales
Danilo Luiz Brandão Regis
Roberto Aarão Cohen Foinquinos
Tibério Moreno de Siqueira Júnior
Francisco José Cardoso Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.27419091226

CAPÍTULO 27 **236**

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisco Fernandes Abel Mangueira
Gustavo Correia Basto da Silva
Amanda Soares
Joanna Monique Fernandes de Almeida
Rondinele Antunes de Araújo
Osires de Medeiros Melo Neto
Olímpia Maria Teixeira Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.27419091227

SOBRE O ORGANIZADOR..... **243****ÍNDICE REMISSIVO** **244**

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO DE ESQUISTOSSOMOSE NA COMUNIDADE DO GUAMÁ- BELÉM

Kelem Bianca Costa Barros

Graduanda em Enfermagem;

Flávia Rodrigues Neiva

Graduanda em Enfermagem;

Ana Rosa Botelho Pontes

Doutora em Enfermagem.

Gal Caroline Alho Lobão

Especialista em Urgência e Emergência

endêmico da doença, os quais foram criados e intensificados por eventos históricos, como as formas de ocupação rural ineptas e os programas de contenção de esquistossomose focados somente nos sinais e sintomas, desconsiderando os conhecimentos empíricos e as atividades de vida diária dos portadores 1,2,3,6.

Somado a isso, a esquistossomose é uma doença parasitária de caráter agudo e crônico, tem como agente etiológico o helminto *Schistosoma mansoni*, caracterizado com dimorfismo sexual, endoparasita, de infecção a animais vertebrados e de ciclo heteroxênico, tendo o homem como hospedeiro definitivo e o molusco do gênero *Biomphalaria* como hospedeiro intermediário, definindo-se como doença de veiculação hídrica e de componentes socioeconômicos e comportamentais, dado que é considerada uma endemia de caráter rural pelo seu modo de transmissão voltado às questões de higiene e culturais, como o uso de fossa séptica ou o descarte de material orgânico humano em rios ou perto deles e também o banho nesses espaços 2,3,5. Destarte, o processo de êxodo rural devido a mecanização do campo contribui para a crescente urbanização das cidades e

INTRODUÇÃO

A esquistossomose, conhecida também, como xistose, barriga d'água ou doença do caramujo típicas dos continentes das Américas, Ásia e África, chegando ao Brasil, no período da escravidão, o qual é designado o país com maior número de predominância, estimando-se cerca de 1,5 milhão de infecções exclusivamente por *Schistosoma mansoni*, com os maiores índices na região nordeste 1,2. Com a crise do Açúcar e a abolição da escravidão a região tornou-se fonte de mão-de-obra, possibilitando a migração da doença por todo o território brasileiro. Tal patologia é definida como um problema de saúde pública, pois fatores sociais, políticos, culturais e estruturais são aspectos que influenciam diretamente na expansão do quadro

com isso a macrocefalia urbana, resultando no processo de favelização, logo, o surgimento de ambientes propícios a proliferação do parasita, como saneamento básico deficiente, canais expostos e população humana evidenciada 4,6,7.

Dessa forma, o programa especial de controle de esquistossomose (PECE), criado em 1965, deu início a primeira ação pública de contenção da parasitose, pois não tinha critérios de aplicação, realizado em três etapas: Primeira, inquérito coproscópico e malacológico com o intuito de definir o perfil epidemiológico; segunda, medidas de controle, como quimioterapia em massa da população e uso de moluscicida; terceira, vigilância sanitária e tratamento dos novos casos. Posteriormente o programa adquiriu caráter mais amplo, sendo renomeado para Programa de Controle de Esquistossomose (PCE). Mediante os baixos resultados adquiridos, em 1996 foi criado o Sistema de Informação do Programa de Controle de Esquistossomose (SISPCE), com o objetivo de monitorar as ações realizadas pelo PCE e disponibilizando dados referentes a situação epidemiológica dos municípios. Com o processo de descentralização da saúde, definido pela constituição federal de 1988, foi gerado a Programação Pactuada Integrada (PPI), a qual define as programações anuais, dando maior autonomia e certeza de execução as atividades do PCE. A Estratégia Saúde da Família é responsável pela execução das atividades do PCE, mediante a unidade básica de saúde frente à população, no que se atribui o diagnóstico e tratamento 3.

Ademais, o *S. mansoni* possui seis estágios evolutivos, os quais vão sofrer modificações de forma infecciosa específica para cada tipo de hospedeiro: Ovo é identificado pela sua forma oval com a presença de um espiculo lateral voltado para trás presente nas fezes humanas que em contato com a água libera o embrião; Miracídio, forma embrionária e infectante ao molusco; Esporocisto, estrutura em forma de sáculo, o qual vai migrar para as glândulas digestivas e sofrem modificações transformando-se em cercária; Cercária, forma infectante ao hospedeiro definitivo no meio aquático, sobrevivendo até 48 horas no ambiente; Esquistossômulo, alteração para a forma vermiforme, definida como a fase juvenil e o Verme adulto, fase de multiplicação, tendo como habitat as veias mesentéricas. Outrossim, os vetores da patologia são exclusivamente do gênero *Biomphalaria*, identificado pelas conchas de aspecto plano e em espiral, de habitat natural as porções hídricas dulciaquícolas, como rios, lagos e entre outros 2,3.

A transmissão por *S. mansoni* é veiculada pelo contato do homem com água contaminada com fezes humanas, a qual ocorre com a penetração cutânea da forma cercária, produzindo uma reação inflamatória definida por prurido e exantema maculopapular, denominada Dermatite Cercariana. As manifestações clínicas da esquistossomose variam de acordo com a sua fase de desenvolvimento, aguda ou crônica, podendo ser de aspecto sintomático ou assintomático. A princípio, a fase

inicial (forma aguda) é composta pela forma assintomática ou inaparente e a forma sintomática, as quais compõem a fase pré-postural e pós-postural, apresentando dor abdominal, diarreia, anorexia, febre e entre outros; bem como a fase tardia (forma crônica) possui a forma assintomática, hepatointestinal, hepatoesplênica com fibrose periportal, hepatoesplênica com fibrose periportal e esplenomegalia, podendo ser compensada, descompensada ou complicada, tumoral ou pseudoneoplásica, neurológica e ectópica. Tais formas possuem diagnóstico clínico e laboratorial, podendo ser observados pela perspectiva individual ou coletiva. Utiliza-se como forma de tratamento medicamentoso o praziquantel 2,3.

Além do tratamento medicamentoso, a educação é um importante fator de prevenção constituído por um conjunto de saberes e práticas orientadas a promoção de saúde, uma vez que tem como princípios regulamentar, controlar os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos da população. Trata-se de um artifício em que o conhecimento científico atinge a sociedade, oferecendo subsídios para a adoção de novas condutas em saúde, essencial no trabalho do cuidado em enfermagem, estabelecendo-se a partir da participação da população com o compartilhamento de suas vivências, cultura, crenças e necessidades, resultando em um processo de ensino-aprendizagem, em que o educador tem o papel de estimular reflexões dos sujeitos sobre a sua realidade vivencial, realizando medidas corretivas, senso comum, e/ ou educativas 8,9.

Por conseguinte, ações educativas são os meios utilizados para a construção do conhecimento, com troca de conhecimento entre a comunidade e os profissionais, produzindo intervenções de acordo com a realidade da comunidade e sua rotina, melhorando a eficácia das ações de controle. Em virtude disso, para uma melhor implementação deve-se realizar um levantamento preliminar da doença na região a ser trabalhada, por meio de buscas com líderes comunitários e visitas domiciliares com coleta de amostras para análise laboratorial, a partir dos resultados e necessidades, inicia-se a definição dos planos a ser executados. Vale ressaltar a importância do *feedback* da população, a fim de avaliar o nível de aprendizado absorvido, podendo ser empregado jogos interativos ou questionários 2,8,9,.

O presente estudo tem como objetivo ressaltar a educação em saúde como ferramenta de prevenção das parasitoses, em suma a esquistossomose, mediante a construção e a troca de conhecimento entre um grupo de usuários e acadêmicos de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas do curso de Enfermagem na Unidade Municipal de Saúde (UMS)

do Guamá, durante a realização das oficinas decorrentes do projeto de extensão “Promoção de saberes sobre as parasitoses intestinais em idosos com vulnerabilidade socioeconômica”. A ação ocorreu na sala de espera da unidade, com a participação de dezessete (17) usuários, no mês de julho de 2019, utilizando uma tecnologia educativa do tipo leve.

A realização da oficina foi dividida em dois momentos; o primeiro momento foi de apresentação e discussão do tema pelas acadêmicas, abordando o conceito, modo de transmissão, sintomas, tratamento, prevenção e elucidação de dúvidas que ali foram exteriorizadas; o segundo momento sucedeu a implementação da tecnologia chamada bingo da saúde (Figura 1 e 2), a qual ocorreu da seguinte forma: Foram distribuídos para cada usuário uma caneta e uma folha com nove (9) quadrados (Figura 1 e 2), contendo uma palavra ou desenho referente as etapas do assunto apresentado; posteriormente, foram realizadas perguntas as quais eram sorteadas e assim que os usuários identificavam a resposta, como em um bingo tradicional, marcava-se as respostas até completar a cartela.

Definição		Tratamento
Água Potável	Complicações	
	Sintomas	

Figura 1

Barriga d'água		Sintomas
Higiene	Fígado	
		Complicações

Figura 2

RESULTADO E DISCUSSÃO

A oficina contou com a participação de 17 usuários, na faixa etária de 25 a 55 anos e constatou-se que na apresentação inicial 100% dos usuários não tinham conhecimento sobre a definição esquistossomose, porém após mencionar a nomenclatura social “barriga d’água”, cerca de 80% dos usuários conseguiram identificar a doença em estudo. Potencialmente, eram pessoas de baixo nível educacional, verificado pela oratória e de condição socioeconômica vulnerável, em virtude dos discursos de situação de habitação e as atividades diárias. Necessitando para a explicação de adoção de uma linguagem clara e objetiva em todas as etapas da ação para melhor entendimento da atividade.

Foi analisado o nível de aprendizado dos usuários, por meio da aplicação de um bingo, o qual apresentava imagens e palavras referentes aos pontos abordados e a cada pergunta realizada os usuários deveriam marcar a figura ou palavra correspondente. Durante a realização da atividade, apenas um usuário obteve o erro correspondente a duas perguntas. No geral, a atividade teve um rendimento de cerca 98,69% de margem de acertos, presumindo que houve assimilação do conteúdo por parte dos clientes.

A educação em saúde é um processo que busca construir um espaço crucial na disseminação de novos conhecimentos, em prol da melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Com isso, é possível notar a importância de tal processo nas salas de espera das UMS, visto que o mesmo intensifica debates a respeito das atividades cotidianas dos usuários, gerando reflexões em relação às ações destes na construção da sua qualidade de vida. Tais atividades em sala de espera proporcionam uma afinidade entre o serviço de saúde e os usuários, o que potencializa a prevenção e promoção da saúde nessa comunidade¹¹.

Inserido no processo de educação em saúde em salas de espera pode-se encontrar a questão transcultural. Segundo Madeleine M. Leininger, a enfermagem deve enfocar não somente no paciente, mas também em seus familiares, grupos, comunidades e culturas; definiu enfermagem transcultural como a área a qual foca na análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito aos comportamentos relacionados à saúde e doença. Com isso, conciliando os conhecimentos da antropologia com os da enfermagem é possível prestar cuidado humanizado e que condizem com a realidade cultural do indivíduo. Tendo em vista a realidade vivida nas UMS, o exercício da enfermagem transcultural é crucial para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Ao apresentar uma proposta de melhoria na qualidade de vida e prevenção de doenças a um usuário que vive em condições precárias e possui seus costumes e culturas é necessário que o profissional de saúde adeque seu planejamento para que o mesmo consiga seguir

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto acima, pode-se observar que a sala de espera vai muito além da sua função principal, ela proporciona momentos de compartilhamento de conhecimentos e experiências as quais geram mudanças positivas de comportamentos. Este espaço merece ser mais explorado pelos demais profissionais da saúde, potencializando, assim, o letramento em saúde. Dessa forma, a eficácia da atividade é evidente, pois gerou maior esclarecimento e possibilitou a disseminação das informações adquiridas naquele momento pelos usuários a todos do seu convívio social.

REFERÊNCIAS

1. Katz N, Almeida K. Esquistossomose, xistosa, barriga d'água. *Revista Ciência e cultura*. 2003;55(1).
2. Brasil. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em saúde. Educação em saúde para o controle da esquistossomose. Brasília. 2018.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Esquistossomose manejo clínico e epidemiológico na atenção básica. Recife (PE); 2017.
4. Barbosa CS, Silva CB, Barbosa FS. Esquistossomose: reprodução e expansão da endemia no estado de Pernambuco no Brasil. *Revista de Saúde pública Scielo*. 1996;30(6): 609-16.
5. Terra MR, Silva RS, Gonçalves CSF, Pereira JAR, Zanardo J. Levantamento epidemiológico de esquistossomose Mansoni em Londrina-PR. *Revista Uningá*. 2018;55(3): 208-217.
6. Santos PHS, Barros RCS, Gomes KVG, Nery AA, Casotti CA. Prevalência de parasitos intestinais e fatores associados em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontal*. 2017;20(2): 244-254.
7. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Santos RV, Gonçalves LAO. A interdição da doença: uma construção cultural da esquistossomose em área endêmica, Minas Gerais, Brasil. 2002; 18(6): 1629-1638.
8. Guimarães ICS, Neto JT. Transmissão urbana de esquistossomose em criança de um bairro de Salvador, Bahia. 2006; 39(5): 451-455.
9. Barbosa LA, Sampaio ALA, Melo ALA, Macedo APN, Machado MFAS, Loeste et al. A educação em saúde como instrumento na prevenção de parasitoses. *Rev Brasileira em Promoção da saúde*. 2009;22(4): 272-277.
10. Souza LVB, Marques DKA, Freitas FFQ, Silva PE, Lacerda ORM. Educação em saúde e enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança*. 2013;11(1):112-121.
11. Reis FV, Brito JR, Santos JN, Oliveira MG. Educação em saúde na sala de espera – relato de experiência. *Rev Med Minas Gerais* 2014; 24 (Supl 1): S32-S36.
12. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3):[09 telas] mai-jun 2010.

A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS): UM ELO ENTRE COMUNIDADE, SERVIÇOS DE SAÚDE E ENSINO

Maiza Silva de Sousa

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Georgia Helena de Oliveira Sotirakis

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Rosiane Pinheiro Rodrigues

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará

Beatriz Stephany Conceição Braga

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Thais Scerni Antunes

Universidade da Amazônia
Belém – Pará

Ewellyn Natália Assunção Ferreira

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Leilane Almeida de Moraes

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Ana Caroline Oliveira Almeida

Centro Universitário Metropolitano da Amazônia
Belém - Pará

Ricardo Luiz Saldanha da Silva

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Laíze Rúbia Silva Corrêa

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Stephany Siqueira Braga

Universidade do Estado do Pará
Belém – Pará

Raíssa Pereira Barata

Faculdade UNINASSAU
Belém – Pará

RESUMO: A atenção básica é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, desenvolvidos por uma equipe multiprofissional, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) um dos componentes dessa equipe, considerado um mediador entre os serviços. Dessa forma, o presente estudo objetiva descrever a importância do ACS, enquanto componente da equipe multiprofissional de saúde, na integração da comunidade aos serviços da atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre a vivência de uma acadêmica de enfermagem nas práticas de Políticas Públicas em uma Unidade de Saúde da Família em Belém do Pará, durante o acompanhamento das visitas domiciliares de uma ACS. Observou-se a realização do cadastro de uma família; orientações sobre a consulta periódica de um paciente HIPERDIA

e informações sobre a necessidade de ir à unidade. Através do cadastro da família foi descrita a situação de saúde de cada membro, traçando um perfil que permitiu planejar a assistência adequada. A participação enquanto acadêmica possibilitou a aprendizagem e visualização da fundamental importância do ACS como membro da equipe multiprofissional da atenção básica, pois através dele há uma maior aproximação da comunidade ao serviço de saúde, possibilitando uma integração da comunidade e serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Agente Comunitário de Saúde; Ensino; Comunidade.

THE IMPORTANCE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT (CHA): A LINK BETWEEN THE COMMUNITY, HEALTH SERVICES AND EDUCATION

ABSTRACT: Primary care is defined by National Policy of Primary Care as a set of individual and collective health actions, developed by a multiprofessional team, being the Community Health Agent one of the components of this team, considered a mediator between the services. Thus, the present study aims to describe the importance of the Community Health Agent, as a component of the multiprofessional health team, in integrating the community with primary care services. This is a descriptive study of the type of experience report about the experience of a nursing student in the practice of Public Policies in a Family Health Unit in Belém do Pará, during the monitoring of home visits by a Community Health Agent. The registration of a family was observed; guidance on periodic consultation of a HIPERDIA patient and information on the need to go to the unit. Through the family register was described the health situation of each member, outlining a profile that allowed to plan the appropriate care. Participation as an academic enabled the learning and visualization of the fundamental importance of the community health agent as a member of the multiprofessional team of primary care, because through it there is a greater approach of the community to the health service, with a community and service integration.

KEYWORDS: community health worker; education; community.

1 | INTRODUÇÃO

A atenção básica é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, estruturadas por princípios e diretrizes que visam desde a promoção até a vigilância em saúde, desenvolvidos por uma equipe multiprofissional, sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) um dos componentes dessa equipe (BRASIL, 2017). Até agosto de 2018, totalizavam-se 263.756 ACS constituindo as equipes Estratégia Saúde da Família (ESF), presentes em 98% dos municípios. Contribuindo, assim, para a expansão da cobertura e estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) no território brasileiro

(MOROSINI; FONSECA, 2018).

Nesse cenário, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2017), dentre as atribuições do ACS está utilizar os dados coletados, através do cadastramento e acompanhamento dos indivíduos e famílias da sua área adstrita, para a avaliação da situação de saúde, considerando as características demográficas, epidemiológicas, econômicas, sociais e culturais do território, buscando sempre realizar a integração entre a equipe de saúde e os usuários. Dessa forma, destaca-se a importância dessa categoria para o estabelecimento de uma relação satisfatória entre os usuários e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, o ACS atua como mediador entre os serviços na medida em que exerce a organização da dinâmica das consultas médica, de enfermagem e odontológicas, tornando-se um elo entre os serviços da Unidade Básica de Saúde e a comunidade (OLANIRAN *et al.* 2017 *apud* MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 264). Caracterizando o seu trabalho como uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, visto que é considerado membro desse corpo social, dispondo de um envolvimento pessoal com ela. Dessa forma, torna-se peça essencial para o serviço, em razão de estar mais próximo dos problemas que a afetam (BRASIL, 2009).

A vivência acerca de diferentes serviços representa um valor importante na formação acadêmica e profissional, permitindo entender a importância da equipe multiprofissional e suas atribuições. Dessa forma, esse capítulo tem por objetivo descrever a importância do ACS, na integração da comunidade aos serviços da atenção básica, a partir da vivência acadêmica no componente curricular políticas públicas e da saúde no curso de graduação em enfermagem em Belém do Pará.

2 | METODOLOGIA

Este estudo traz o relato de experiência acerca de uma vivência no componente curricular de Políticas Públicas de Saúde, presente no 3º semestre do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Pará, em uma Unidade Saúde da Família em Belém do Pará, no período do segundo semestre de 2017.

A vivência explanada será acerca do acompanhamento nas visitas domiciliares da microárea de atuação de uma ACS, a qual se observou como ocorre a realização do cadastramento de uma nova família no quadro da população atendida pela unidade; orientações sobre a consulta periódica de um paciente que participa do programa HIPERDIA e o trabalho de incentivar os usuários a frequentarem os serviços da unidade, mostrando a necessidade e benefício deles.

3 | RESULTADOS E DICUSSÕES

A visita domiciliar é o meio pelo qual possibilita ao profissional estar próximo das demandas da comunidade, para proporcionar um cuidado mais equânime, de acordo com os problemas encontrados em cada realidade visitada. Nesse sentido, segundo Freitas *et al.* (2014), é através desta estratégia que o profissional é capaz de avaliar as condições ambientais, físicas e familiares da comunidade, tendo como intuito a atenção integral à saúde, conhecimento e investigação. Somado a isso, Drulla e outros (2009), coloca a visita domiciliar como uma oportunidade de ampla visão das condições reais de vida da família e viabilizando a interação entre ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras tanto para o profissional, quanto para o usuário.

A realização do cadastramento das famílias aos serviços da unidade saúde da família, uma das atribuições do ACS, propiciou conhecer a população, suas condições de moradia e possíveis morbidades. Sendo capaz de analisar a comunidade de modo quantitativo e qualitativo, buscando a equidade nos atendimentos e serviços. Para Costa e outros (2013) o cadastro das famílias, realizado durante a visita domiciliar, possibilita real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da saúde da família.

O ACS é o elo entre a comunidade e o serviço, sendo responsável por alertar acerca das consultas periódicas dos usuários inseridos nos programas ofertados na USF, como por exemplo, o HIPERDIA e oferecer orientações básicas sobre seu estado de saúde, alimentação e bons hábitos. Tendo como objetivo reforçar a participação desses usuários no serviço, contribuindo com a manutenção da qualidade de vida e evitando a falta desses nas consultas agendadas. Nesse cenário, Andrade e Cardoso (2017) diz que os usuários concebem como orientação, o questionamento do ACS a respeito do estado de saúde; o aviso de suas consultas agendadas; o esclarecimento de suas dúvidas, geralmente centradas no funcionamento do serviço de saúde; e encaminhamento dos usuários à Unidade de Saúde da Família.

Outro ponto importante evidenciado, foi o desenvolvimento de vínculo entre o ACS e a comunidade e o quanto essa relação é essencial para a figura do profissional ACS. Pois, através do vínculo, o profissional consegue exercer mais influência à família durante as orientações e educações em saúde. Para Santos *et al.* (2008), o vínculo é uma relação entre usuário e trabalhador que permite encontrar as potencialidades de ambos, estabelecendo um convívio mais recíproco, possibilitando a construção de atos terapêuticos pautados na combinação dos saberes técnicos e populares. Somado a isso, a formação de vínculo com a população adscrita garante a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. (BRASIL,

2006)

Dessa forma, a experiência contribuiu para a formação acadêmica, profissional e pessoal de graduandas de enfermagem, enfatizando a importância do ACS na integração entre a comunidade e os serviços de saúde. O trabalho do ACS, na Atenção Básica, é de fundamental importância para a concretização da estratégia saúde da família e efetivação do conceito ampliado de saúde. Costa *et al.* (2013) considera o ACS um elemento nuclear das ações em saúde, pois realiza atividades de prevenção das doenças e agravos, por meio das visitas em domicílios. Enfatizando, o ACS como sujeito articulador, onde tanto orienta a comunidade como informa a equipe de saúde sobre a situação das famílias, principalmente aquelas em situação de risco.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo conclui-se que o Agente Comunitário de Saúde é peça fundamental para a construção de uma atenção básica em saúde integrada com a comunidade. Exercendo o papel de mediador entre o serviço e a população por ela assistida. Garantindo uma assistência primária em saúde integral, tanto no sentido de atender o usuário em toda a sua totalidade, de modo biopsicossocial, quanto à continuidade e logitudinalidade do cuidado composto por ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde.

Contribuindo satisfatoriamente para a formação de futuros profissionais, tornando-os críticos quanto a importância do ACS para a manutenção da integração entre comunidade e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V; CARDOSO, C. **Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários**. Bragança Paulista: Psico-USF. v. 22, n. 1, p. 87-98, jan./ abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria No 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 mar. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde** - Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COSTA, S. et al. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde**. Rio de

Janeiro: Ciênc. saúde coletiva. v.18, n.7, 2013.

DRULLA, A. et al. **Visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar**. Curitiba: Cogitare Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. v. 14, n. 4, p. 667-674, 2009.

FREITAS, T. et al. **Relato de experiência acerca do ensino teóricoprático em atenção básica de saúde**. Revista de Enfermagem. v. 10, n. 10, p. 47-53, 2014

MOROSINI, M; FONSECA, A. **Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios**. Rio de Janeiro: Saúde Debate. v. 42, p. 261-274, 2018.

SANTOS, A. et al. **Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família**. Rev Saúde Pública. v. 42, n. 3, 464-470, 2008.

AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE À DOENÇA DE CHAGAS NO MUNICÍPIO DE CHÁ GRANDE- PERNAMBUCO, NO ANO DE 2016

Larissa Lima Ribeiro

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Katiúscia Araújo de Miranda Lopes

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Cintia Michele Gondim de Brito

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Recife – Pernambuco.

Laura Esteves Pereira

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Gabriela Araújo Tabosa de Vasconcelos

Universidade Católica de Pernambuco. Recife – Pernambuco.

Joane Otávio Farias Barreto

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Larissa Lins do Egito Vasconcelos

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Letícia Oliveira de Almeida

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Maria Gabriela Santa Cruz Albuquerque

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Mylena Paulina Malaquias Silva Lemos

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Rafaela Almeida Silva

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das

Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Maria Theresa Camilo de Lima

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

Maria Beatriz Araújo Silva

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Recife – Pernambuco.

RESUMO: A doença de Chagas, de curso crônico e potencialmente fatal, é um grave problema de saúde pública na América Latina. Em Pernambuco, região originalmente de risco para a transmissão do vetor, a média do índice de infestação vetorial (IV) foi de 7,6% nos anos de 2010 a 2014. Trata-se de um projeto de extensão que objetivou desenvolver ações de educação em saúde sobre a doença de Chagas nas escolas do Ensino Fundamental I e II de instituições públicas do município de Chá Grande no ano de 2016. A operacionalização das ações ocorreu nas seguintes etapas: a) apresentação formal do grupo envolvido aos docentes e gestores escolares; b) conhecimento da localização das escolas envolvidas; c) elaboração junto aos gestores de calendário das visitas escolares; d) divulgação do calendário nas escolas; e) reunião dos alunos para orientações e esclarecimentos sobre a doença de chagas; f) desenvolvimento

de arte com alunos sobre o tema; g) exposição dos vetores em caixa entomológica. Participaram da ação 38 alunos e 4 professores de uma escola na zona urbana do município de Chã Grande. Conclui-se que ações de educação em saúde permitem que os alunos de enfermagem vivenciem a atenção básica ao desenvolver essas atividades que promovem a qualidade de vida da população. A realização do projeto proporcionou contato direto com as crianças, problematizando a realidade vivenciada por elas e distribuiu troca de experiências de noções sobre a doença de Chagas.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Chagas; Educação em saúde; Prevenção.

HEALTH EDUCATION ACTION IN COMBATING CHAGAS DISEASE IN CHÃ GRANDE-PERNAMBUCO, 2016

ABSTRACT: Chronic and potentially fatal, Chagas disease is a serious public health problem in Latin America. In Pernambuco, region originally at risk for vector transmission, the average vector infestation rate (IV) was 7.6% in the years 2010-2014. It was an extension project that aimed developing health education actions on Chagas disease in elementary schools I and II of public institutions in the municipality of Chã Grande in 2016. The actions were implemented in the following stages: a) formal presentation of the group involved to the teachers and school managers; b) knowledge of the location of the schools involved c) elaboration of visit schedules with school managers; d) dissemination of the calendar in schools; e) students meeting for guidance and clarification on Chagas disease; f) art development with students on the subject; g) exposition of vectors in entomological box. 38 students and 4 teachers from a school in the urban area of Chã Grande were the participants. As a conclusion we have that health education actions allow nursing students to experience primary care by developing these actions that promote the population's quality of life. The fulfillment of the project provided direct contact with the children, problematizing the reality experienced by them and enabled exchange of experiences and consciousness about Chagas disease.

KEYWORDS: Chagas disease; Health education; Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC), também conhecida como tripanossomíase americana, foi descoberta em 1909 pelo pesquisador brasileiro Carlos Chagas. Essa doença, de curso crônico e potencialmente fatal, ainda é um grave problema de saúde pública na América Latina, onde, de acordo com estimativas da Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, cerca de 20% de sua população (109 milhões de pessoas) vive em áreas de risco de transmissão e, aproximadamente 7,7 milhões de pessoas foram infectadas em 2005, sendo 1,9 milhões no Brasil (SILVA et al.,

2012).

O agente causador da doença é o protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T.cruzi*) e sua transmissão ocorre principalmente através das fezes de insetos triatomíneos, popularmente conhecidos como “barbeiros”. Além da transmissão através dos vetores, o *T. cruzi*, pode ser transmitido ao homem por mecanismos alternativos, dentre eles por transfusão sanguínea, via placentária, accidental (laboratório) ou até mesmo pelo leite materno, sendo as duas últimas formas de pouca significância epidemiológica (WHO, 2014).

Em sua fase inicial, este agravo pode não apresentar sinais e sintomas específicos, o que gera dificuldade de diagnóstico nesse período. Porém, com o passar dos anos, a doença evolui para sua fase crônica, podendo provocar comprometimento cardíaco ou patologias digestivas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 7 a 8 milhões de pessoas no mundo estão sob o risco de contrair esta infecção (WHO, 2014).

Embora a obtenção da doença, por grande parte dos pacientes no Brasil, ter se dado pelo contato com o vetor em zonas rurais, estima-se que 60% dos indivíduos infectados vivam em área urbana. A DC está, dentre as patologias parasitárias, como uma das mais associadas ao padrão socioeconômico da população. Por esse motivo, a enfermidade entrou para a lista das doenças negligenciadas, que se refere ao grupo de afecções causadas por agentes infecciosos e parasitários que afetam principalmente as pessoas mais pobres no mundo (CARVALHO et al., 2013).

O estado de Pernambuco tornou como ação prioritária do seu governo o enfrentamento às essas doenças negligenciadas. Para esse fim, através do Programa SANAR (Programa de Enfrentamento às doenças Negligenciadas), foram organizadas diversas intervenções para a promoção, prevenção e controle dessas doenças nos municípios prioritários, aqueles que possuem a maior carga das doenças (PERNAMBUCO, 2015).

As ações dos Programas SANAR são direcionadas em quatro eixos principais, sendo eles: gestão; vigilância em saúde; assistência à saúde; e educação em saúde. Para o enfrentamento da Doença de Chagas suas ações foram desenvolvidas em 31 municípios e tiveram como prioridade as de vigilância e controle dos insetos triatomíneos nas áreas de maior risco. Tal decisão é justificada pelo fato do estado de Pernambuco ser uma região originalmente de risco para a transmissão do vetor, com uma média do índice de infestação vetorial (IV) de 7,6% nos anos de 2010 a 2014 (PERNAMBUCO, 2015).

Apesar dos esforços no controle da doença, grande parte da população permanece desinformada. Atrelado a isso, a degradação do meio ambiente e a situação sócio-econômica da população criam circunstâncias que deixam o ser humano mais vulnerável ao contato com o vetor transmissor da DC (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a educação em saúde, principalmente com escolares, é uma estratégia essencial, visto que é nessa faixa etária que há o contato direto com o vetor durante momentos de diversão, além das crianças compartilharem o aprendizado da escola com seus familiares.

Assim, o estudo teve como objetivo desenvolver ações de educação em saúde sobre a doença de Chagas nas escolas do Ensino Fundamental I e II de instituições públicas de ensino do município de Chã Grande no período de 2016.

2 | MÉTODO

A ação de educação em saúde fez parte de um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (UPE) com carga horária efetiva de 12 horas semanais distribuídas entre palestras educativas que foram realizadas em salas de aulas ou pátio das escolas; reuniões de grupo; discussões bibliográficas; preparação de materiais na cidade de Chã Grande, Pernambuco.

O Estado de Pernambuco está geograficamente situado na região Nordeste do Brasil e de acordo com o IBGE (2010), encontra-se dividido em 185 municípios agrupados operacionalmente em 12 Regionais de Saúde. O município de Chã Grande encontra-se situado na I Região que concentra vestígio de Mata Atlântica (SILVA et al., 2019). Por se tratar de um município onde a presença dos triatomíneos é assinalada e pelas crianças cultuarem hábitos de brincar ou manusear o inseto vetor da doença de Chagas, pretendeu-se contribuir para a transformação social dessas crianças, tanto nas condições individuais como ambientais.

As bases do projeto foram às ações educativas a respeito da doença de Chagas. A operacionalização das ações ocorreu nas seguintes etapas: a) apresentação formal do grupo envolvido ao corpo docente e gestores escolares; b) conhecimento da localização das escolas envolvidas c) elaboração junto aos gestores de calendário das visitas escolares; d) divulgação do calendário nas escolas; e) reunião dos alunos para momento de orientações e esclarecimentos sobre a doença de chagas; f) desenvolvimento de arte com alunos sobre o tema; g) exposição dos vetores em caixa entomológica; h) visualização do protozoário em microscópio; i) Entrega de cartilha aos gestores;

O público-alvo foi estudantes do ensino fundamental I e II de instituições públicas de ensino do município de Chã Grande. Determinou-se como critério de inclusão a presença das crianças e gestores de educação na escola onde ocorreu a ação mediante cumprimento de cronograma estabelecido pelos integrantes do projeto e gestores. E, considerou-se como critério de exclusão a recusa em participar das orientações.

Este projeto foi aprovado no Edital PIAEXT 2016 da Universidade de Pernambuco e não ofereceu risco aos ouvintes de maneira geral, por ser de cunho educativo. Foi direcionado ao aprendizado, qualificação, conscientização trazendo esclarecimentos, com retorno imediato, por gerar conhecimento instantâneo a respeito do tema. Os benefícios foram esclarecer as dúvidas a respeito da Doença de Chagas e mobilizar os profissionais de educação que trabalham nas escolas em relação à doença, o papel e a importância da participação deles no combate a endemia.

3 | RESULTADO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A ação de educação em saúde contou com um público de 38 crianças de uma escola na zona urbana do município de Chã Grande. Além das crianças, que faziam parte de duas turmas de 5^a série (6^º ano), com faixa etária entre 11 a 17 anos, também estavam presentes quatro profissionais da área da educação.

A operacionalização da ação ocorreu em quatro momentos, sendo iniciada com uma palestra sobre a Doença de Chagas com auxílio de multimídia, após a explicação, foi reproduzido um vídeocontendo informações sobre a doença, em seguida foi realizado um exercício lúdico com os alunos em que eles deveriam expor no papel, tudo o que aprenderam a respeito do tema. Por fim, os vetores da doença, os insetos triatomíneos, foram expostos aos estudantes enquanto as dúvidas dos mesmos foram esclarecidas.



Figura 1 - Atividade de educação em saúde no município de Chã Grande, Pernambuco no ano de 2016.

Fonte: autoria própria.

O projeto de extensão propiciou aos acadêmicos de enfermagem a oportunidade de se inserir no contexto atual da saúde pública, que tem a Atenção Básica como

principal porta de entrada e fator fundamental para o desenvolvimento das ações em saúde que promovem a qualidade de vida da população. Esta atividade extramuros apresentou resultados expressivos e positivos de operacionalização entre o curso de Enfermagem e as ações de educação em saúde no âmbito da Saúde Pública.

4 | CONCLUSÃO

A formação universitária ideal ocorre mediante uma proposta baseada no desenvolvimento de ensino, pesquisa e extensão. A educação em saúde é fundamental e está inserida nessa proposta, se fazendo presente no momento em que o estudante universitário se desloca da academia para compartilhar e transmitir conhecimentos.

As ações de educação em saúde permitem que os alunos do curso de enfermagem vivenciem a atenção básica ao desenvolver ações que promovem a qualidade de vida da população. Com as atividades de extensão, os alunos e docentes desenvolvem ações de ensino, proporcionando a troca dos conhecimentos adquiridos através da elaboração do material didático e do contato com público-alvo.

A realização da ação na escola proporcionou o contato direto com os estudantes, o que levou a problematização da realidade vivenciada por eles e possibilitou a troca de experiências e de noções sobre a doença de Chagas. Além disso, mobilizou todos os participantes quanto à importância do seu papel no combate à doença.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: zoonoses** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/caderno_22_aten_basica_zoonoses.pdf. Acesso em 29 ago. 2019
- CARVALHO, R.B. et al. **Perfil biosocial dos indivíduos portadores de doença de chagas atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Couto Maia, Salvador, Bahia.** Revista Baiana de Saúde Pública. v. 37, Suplemento 1, p.133-143 jan/mar 2013. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl_1/a3430.pdf. Acesso: 19 mar. 2014.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Ações para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR – 2015 - 2018** / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. – Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015. 46p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- SILVA, M.B.A. et al. **Synanthropic triatomines (Hemiptera, Reduviidae) in the state of Pernambuco, Brazil: geographical distribution and natural Trypanosoma infection rates between 2006 and 2007.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 45(1):60-65, jan-fev, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822012000100012. Acesso em 29 ago. 2019

SILVA, M.B.A. et al. **Triatomíneos Sinantrópicos de Pernambuco. Biogeografia, técnicas laboratoriais e controle da qualidade.** Recife: EDUPE, 2019. p 190: II. Ebook: PDF. Disponível em: <http://www.edupe.com.br>. Acesso em 02 set. 2019.

WHO. World Health Organization. **Chagas disease (American trypanosomiasis).** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>. Acesso em: 22 mar 2014.

ADEQUAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO TIRADENTES EM AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, EM ACORDO ÀS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE 2014

Alfredo Aurélio Marinho Rosa Filho

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Cícero Felipe Paes de Araujo Costa

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Alice Wanderley Rosa

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Caio Cézar Tenório Alves da Silva

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Henrique Cézar Tenório Alves da Silva

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Emanoela da Silva Gonçalves

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió – Alagoas

Wilson Spinillo Rodrigues dos Santos

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Alfredo Aurélio Marinho Rosa

Centro Universitário Tiradentes - Unit
Maceió - Alagoas

Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a atenção básica como cenário principal de aprendizagem, prezando por um enfoque de uma formação voltada no usuário, formando um egresso voltado a formação geral, humanista, reflexiva, crítica e ética. Isto em total consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para os cursos de Medicina. Trata-se de um estudo descritivo longitudinal do tipo relato de experiência, inserido no contexto da disciplina IESC do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior, em uma unidade de Saúde da Família de Maceió, do primeiro ao oitavo semestre, entre os anos de 2014 a 2018. A inserção dos alunos representa aprendizado singular, pela possibilidade de desenvolver competências necessárias a formação médica: comunicação, linguagem, sensibilidade e busca de soluções para as necessidades, permitindo uma reflexão crítica das necessidades da comunidade. Revelou-se a oportunidade de dinâmicas com potencial social e reflexivo, que nos permitiram um olhar diferenciado, mobilizador e direto, além de uma escuta cuidadosa e afetuosa acerca das situações vividas. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina elencam um modelo de processo ensino-aprendizagem que tenta resgatar a medicina hipocrática, mais

RESUMO: A disciplina de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) visa priorizar a introdução precoce dos acadêmicos na atenção à saúde no âmbito da rede de serviços do

humana. Os estudantes da UNIT estão tendo esta oportunidade, de conhecer e ser agente ativo na Atenção à Saúde desta comunidade, contribuindo socialmente para a promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde, Medicina Comunitária

ADEQUACY OF MEDICAL STUDENTS AT THE TIRADENTES UNIVERSITY CENTER IN HEALTH PROMOTION ACTIONS, IN LINE WITH THE 2014 NATIONAL CURRICULUM GUIDELINES

ABSTRACT: The discipline Teaching-Service-Community Integration (TSCI) aims to prioritize the early introduction of academics in health care within the Unified Health System (SUS) service network, valuing primary care as the main learning scenario, a focus of a formation oriented to the user, forming a training focused on the general formation, humanist, reflexive, critical and ethical. This is fully in line with National Curriculum Guidelines (NCG) of 2014 for medical courses. This is a longitudinal descriptive study of the type of related experience, inserted in the context of the TSCI discipline of the Medicine course of a Higher Education Institution, in a health unit of the family of Maceió, from the first to the eighth semester, between the years from 2014 to 2018. The insertion of students represents a unique learning, by the possibility of developing specific skills to train: communication, language, sensitivity and search for solutions to the needs, allowing a critical reflection on the communities. Reveal an opportunity for dynamics with social and reflexive potential, which allow a differentiated, mobilizing and direct look, as well as a careful and affecting assessment of the lived situations. The new National Curriculum Guidelines for medical courses list a model of the teaching-learning process that attempts to rescue a more humane, hippocratic medicine. UNIT students are having this opportunity to meet and be an active agent in Health Care in this community, contributing socially to health promotion.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Education, Community Medicine.

1 | INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde deve ser orientada de acordo com as exigências do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às transformações constantes ocorridas na sociedade contemporânea. O desenvolvimento de uma visão biopsicossocial do indivíduo e a ampliação do conceito de cuidado são fatores fundamentais para a construção de um perfil profissional consonante com uma perspectiva ética, política e social da saúde. (NUNES, 2019).

A educação médica no Brasil é alvo de constantes discussões e críticas mediante insatisfação no atendimento das necessidades da população e à

necessidade de sua reformulação. Inúmeros fatores contribuíram para a atual conjuntura do ensino médico, destaca-se o modelo de ensino-aprendizagem das escolas médicas, baseado em organizações curriculares antigas, priorização de ensinamentos teóricos, estímulo à especialização precoce, além do processo saúde-doença limitado às variantes biológicas. (OLIVEIRA, 2008; VIEIRA, 2018).

A aprendizagem baseada em problemas (ABP), expressão derivada do inglês Problem Based Learning (PBL), é uma metodologia de aprendizagem ativa introduzida no Brasil em cursos de Medicina no final do século XX. Desde então, o número de instituições que têm adotado a ABP é crescente, com grande destaque no processo ensino-aprendizagem. Em função dos debates e discussões, a ABP tem gerado novas propostas, pois dispõe de potencial crítico e reflexivo na relação de sujeito e objeto. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina preconizam o uso de metodologias ativas de aprendizagem. (TORRES, 2019; GOMES, 2011).

Através do estabelecimento da ABP como metodologia na medicina, percebe-se o movimento em prol da renovação do currículo médico, com ênfase nessas metodologias. Tais metodologias ativas constituem uma estratégia de ensino-aprendizagem baseada na problematização com o objetivo de alcançar e motivar o discente, o qual diante de um problema, analisa, reflete e decide sobre determinada situação, apresentando envolvimento ativo no seu processo de formação. (TORRES, 2019).

Ao considerar-se o perfil dos profissionais de saúde, construído pelas DCN de 2014 para os cursos de graduação em Medicina, é preciso atentar ao processo de formação destes profissionais, além das metodologias empregadas, pois o uso de novas técnicas de ensino aprendizagem e os cenários para o seu desenvolvimento precisam ser abordados de modo amplo. (COLARES, 2018).

Nesse contexto, a disciplina de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) visa priorizar a introdução precoce dos acadêmicos na atenção à saúde no âmbito da rede de serviços do SUS, valorizando a atenção básica como cenário principal para aprendizagem, prezando por uma estrutura voltada ao usuário, além de contribuir para criação de um egresso voltado à formação geral, humanista, reflexiva, crítica e ética. Características que estão de acordo com as DCNs para os cursos de graduação em Medicina. (BRASIL, 2014).

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE, 2008)

Diante disso, no contexto de inserção em um curso com metodologia ativa de

ensino, os alunos estão constantemente associando experiências às competências práticas e fundamentações teóricas adquiridas ao longo do curso, com ênfase para a situação e eixo temático atual. (VASCONCELOS, 2016).

2 | OBJETIVO

O presente estudo busca relatar a experiência dos alunos do curso de Medicina do Centro Universitário Tiradentes diante das circunstâncias da disciplina Integração Ensino, Serviço e Comunidade sobre a competência da inserção na atenção básica para o desenvolvimento de ações relacionados à promoção e prevenção da saúde.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal do tipo relato de experiência, inserido no contexto da disciplina IESC do curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior, em uma unidade de Saúde da Família de Maceió, do primeiro ao oitavo semestre, entre os anos de 2014 a 2018. A disciplina é composta por atividades teóricas e práticas. Durante oito semestres, os alunos acompanharam a rotina de uma unidade de saúde da família semanalmente, pautada nos três eixos que caracterizam a disciplina: território, processo de trabalho e atenção integral.

A vivência de campo foi registrada por meio da confecção de portfólios e acompanhada cotidianamente por discussão das experiências ao final de cada encontro.

No decorrer da disciplina o grupo de discentes e profissionais da unidade realizaram inúmeras ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, em consonância as DCNs. Ao longo do percurso foram realizadas visitas externas aos centros de referências e órgãos reguladores da saúde, consultas clínicas, visitas domiciliares, atividades em sala de espera, puericultura, teorizações, simulações de situações da atenção primária, dinâmicas de grupo, uso de recursos audiovisuais, atividades de educação em saúde continuada e realização semestral da Semana Científica da IESC. Este trabalho baseia-se nas informações do grupo contidas nos portfólios reflexivos ao longo de 4 anos. Para produção do mesmo também realizou-se revisão bibliográfica acerca do tema, fundamental para o embasamento teórico a fim de contemplar a temática de modo relevante.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante oito semestres, os alunos do curso da graduação em medicina acompanharam a rotina de uma Unidade de Saúde de Família, no município de

Maceió, como aprendizado na disciplina de IESC, uma vez que as DCNs garantem maior enfoque na atenção primária e prezam pelo remodelamento do ensino médico atual ao estimularem as metodologias ativas de conhecimento. (BRASIL, 2014).

O município de Maceió, localizado no estado de Alagoas, possui uma área territorial total de 509,552 km². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é o mais populoso de Alagoas representando aproximadamente, 29,94% da população do Estado, com uma densidade demográfica de 1.989,57 hab/km². Integra com outros doze municípios alagoanos a região metropolitana de Alagoas. O Município tem sua área dividida em 51 bairros, sendo estes subdivididos em oito distritos sanitários, de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS, para facilitar a promoção das ações e serviços de saúde à população. (MACEIÓ, 2017).

A cidade registra ainda uma cobertura de aproximadamente 31% da população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Todavia, dados recentes apontam que mais de 86% da população alagoana depende exclusivamente dos serviços do SUS, demonstrando que esse percentual está abaixo das reais necessidades da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; IBGE, 2015). A inserção precoce do estudante nessa problemática, estimula o desenvolvimento crítico do aluno sobre as reais necessidades da população local.

No processo de aprendizagem, os três eixos que caracterizam a disciplina foram explorados, quais sejam, o território, o processo de trabalho e a atenção integral à saúde. A cada encontro com a comunidade, além de realizar ações de saúde como verificação de dados antropométricos, identificamos as necessidades da comunidade quanto a sua saúde. (FARIA, 2008).

São realizadas conversas sobre a prevenção de doenças e cuidados higieno dietéticos. Estas vivências foram registradas em portfólios e acompanhadas de discussões com os professores. O desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde permitiu ao grupo compreender outra dimensão do cuidado, muitas vezes negligenciada na formação médica, garantindo assim a autonomia do usuário ante a sua própria saúde. (COTTA, 2013).

Durante as vivências, sendo desenvolvida nos diferentes espaços da unidade como nas pré-consultas, visitas domiciliares, consultas médicas, permitiu-se ultrapassar os limites de atividades com grupos específicos. A promoção se faz a cada encontro com o usuário e a cada nova informação, oferecendo a aprendizagem a partir do confronto com as situações reais no contexto de vida em sociedade.

A inserção dos alunos representa aprendizado singular, pela possibilidade de desenvolver competências necessárias a formação médica: comunicação, linguagem, sensibilidade e busca de soluções para as necessidades, facilitando uma reflexão crítica das necessidades da comunidade. Revelou-se a oportunidade

de dinâmicas com potencial social e reflexivo, que permitiu aos participantes um olhar diferenciado, mobilizador e direto, além de uma escuta cuidadosa e afetuosa acerca das situações vividas, aspectos tanto fundamentais como renegados no processo de formação em saúde. (VIEIRA, 2018; FERREIRA 2019).

Com este tipo de modelo de aprendizagem, entendemos nosso papel na responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, de saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em nossa prática, sempre, a determinação social do processo saúde-doença. (BRASIL, 2014; FERREIRA 2019).

No eixo atenção à saúde, os estudantes consideram as diversidades biológica, étnico-racial, de gênero, socioeconômica, política, ambiental, cultural e ética, aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que caracterizam cada pessoa ou cada grupo social. (BRASIL, 2014).

Passamos a entender a necessidade de acesso universal e equidade, universalidade e humanização no cuidado, preservação da biodiversidade com sustentabilidade, segurança na realização de processos e procedimentos, ética profissional pautada nos princípios da ética e da bioética e promoção da saúde. (FRANCO, 2019; BRASIL 2014; FERREIRA, 2019).

O conhecimento adquirido com as experiências vividas permitiu uma contemplação da realidade dinâmica acerca da gestão e utilização de recurso do SUS para e pela comunidade. Estas experiências desde o início do curso fomentam profissionais de saúde mais completos. (ALBUQUERQUE, 2008).

5 | CONCLUSÃO

O grande desafio da aprendizagem é a formação de médicos egressos capazes de atuar na atenção primária, guiando-se através do propósito de oferecer a aprendizagem a partir do confronto com as situações reais no contexto de vida em sociedade. A inserção de estudantes de Medicina em tais situações favorece a formação de profissionais direcionados ao entendimento das necessidades de saúde da comunidade e a possibilidade de intervir nestes indivíduos.

Com isso, evidenciou-se a relevância de unir a teorização à prática, facilitando nos estudantes o desenvolvimento de um olhar crítico para a saúde, fortalecimento da relevância das políticas públicas, relação próxima e verdadeira com os pacientes, estabelecimento de vínculos e o cuidado integral à saúde da população, refletindo-se na formação de profissionais médicos com perfil para atuar no SUS, como recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais.

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina elencam um modelo de processo ensino-aprendizagem que tenta resgatar a medicina

hipocrática, mais humana. Os estudantes do Centro Universitário Tiradentes (UNIT) estão tendo esta oportunidade, de conhecer e ser agente ativo na Atenção à Saúde das comunidades em que estão inseridos, contribuindo socialmente para a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque VS. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** *Rev. bras. educ. med. [online]*. 2008, vol.32, n.3 [cited 2009-12-17], pp. 356-362. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-44352008000300005>.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11.
- COLARES, Karla Taísa Pereira; OLIVEIRA, Wellington de. **Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão.** Revista SUSTINERE, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p.300-320, jul. 2018. Disponível em: . Acesso em: 08 maio 2019.
- Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. **Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências.** Cienc Saude Colet. 2013; 18(6):1847-56.
- Faria H et al. **Processo de trabalho na atenção básica à saúde.** Belo Horizonte: UFMG, NESCON; 2008.
- FERREIRA, Marcelo José Monteiro et al. **New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 23, n. 1, p.1-15, 16 maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170920>.
- FRANCO, Santino Carvalho et al. **Análises pelos discentes de uma escola médica das atividades de integração ensino-serviço na graduação.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, [s.l.], n. 33, p.1-8, 31 ago. 2019. Revista Eletrônica Acervo Saúde. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e921.2019>.
- Gomes AP, Rego S. **Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem?** Revista brasileira de educação médica. 2011; 35(4):557-566.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências.** IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/ Coordenação Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021.** SMS/DGPS/ CGP. Maceió. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia Saúde da Família.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 28 de outubro de 2018.
- NUNES, Waleska de Brito. **VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE: IMPLICAÇÕES DE UM INTERNATO LONGITUDINAL NA FORMAÇÃO MÉDICA.** 2019. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/27524/1/Viv%C3%AAnciaintegradacomunidade_Nunes_2019.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

TORRES, Vânia; SAMPAIO, Cristina Andrade; CALDEIRA, Antônio Prates. **Ingressantes de cursos médicos e a percepção sobre a transição para uma aprendizagem ativa.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 23, p.1-16, 21 jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170471>.

VASCONCELOS ACF et al. **An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out.** Interface (Botucatu). 20 (56);147 - 58. 2016

VIEIRA, Swheelen de Paula et al. **A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 1, p.189-207, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s113>.

ANÁLISE DA SAÚDE NO ÂMBITO SOCIAL: UMA VISÃO DO ALTO DO MANDÚ

Gabriella Feliciano da Silva

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Recife – Pernambuco

Itamar Lages

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Recife – Pernambuco

Raissa Bezerra Barros

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
Recife – Pernambuco

ético. Isso torna reflexo de um sintoma da crise civilizacional relacionado ao descaso da coisa pública, são questões sobre infraestrutura e mobilidade, que necessitam da organização das práticas envolvidas. Conclusão: Sabe-se que para melhorar as situações persistentes, seja no Alto do Mandú ou em outras comunidades, é necessária a conscientização e participação dos moradores, pois, além de procurarem seus direitos também irão exercer seus deveres.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética, cultura e humanismo.

SOCIAL HEALTH ANALYSIS: A VISION FROM THE TOP OF MANDÚ

ABSTRACT: Objectives: To address the importance of comprehensive care in order to achieve collective health well-being and to associate with the social reality of the community. Methodology: Study conducted through a literature review. Results: Comprehensive care is a tool that should be present in the health scenario, which reflects actions aimed at the human being and encompasses concepts about the effect of care on society. In general, caring means preserving, keeping, helping others, and all this is present in the human being. It is easy to identify carelessness in various areas of society,

RESUMO: Objetivos: Abordar a importância da integralidade do cuidado a fim de obter o bem-estar de saúde coletivo e associar com a realidade social da comunidade. Metodologia: Estudo realizado por meio de uma revisão bibliográfica. Resultados: A integralidade do cuidado é uma ferramenta que deve estar presente no cenário da saúde, o qual reflete ações voltadas ao ser humano e engloba conceitos sobre o efeito do cuidado na sociedade. De maneira geral, o ato de cuidar significa preservar, guardar, ajudar aos outros, e tudo isso está presente no ser humano. É fácil identificar a falta de cuidado em várias áreas da sociedade, por exemplo, no Alto do Mandú e associar o contexto local a situações do dilema

for example in Top of Mandú and to associate the local context with situations of ethical dilemma. This reflects a symptom of the civilizational crisis related to the neglect of public affairs, questions about infrastructure and mobility, which need the organization of the practices involved. Conclusion: It is known that to improve persistent situations, whether in Top of Mandú or other communities, it is necessary to raise awareness and participation of residents, because, in addition to seeking their rights will also exercise their duties.

KEYWORDS: Bioethics, culture and humanism

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado se entende como toda ação e representação social desenvolvida para obtenção do bem-estar de saúde coletivo. Esse cenário é reflexo de ações voltadas ao ser humano e engloba alguns conceitos sobre o efeito do cuidado na sociedade (BOFF, 1999).

Oferecer políticas pobres para os pobres são insuficientes, é preciso ter uma política específica para a mudança do quadro vivenciado (BOFF, 1999). A integralidade do cuidado é uma ferramenta que deve estar presente no cenário da saúde (MATTOS, 2006).

Partindo desse pressuposto, é possível notar que a boa prática de saúde é um dos fatores indispensáveis para ter a ação integral refletindo diretamente na melhoria da qualidade de vida. Dessa maneira, se percebe que o âmbito das situações persistentes se aplica aos diversos fatores presentes no cotidiano da população (GARRAFA, 1999).

A sociedade apresenta diversas reflexões sobre sua contextualização através da bioética da vida cotidiana. A presença de ações transformadoras como elementos sociais, revela a necessidade da existência da integralidade em saúde. Para que se tenha uma sociedade crítica e revolucionária é fundamental a convivência em harmonia, aplicando a solidariedade, a justiça e os ideários do cenário bioético (GARRAFA, 1999).

2 | OBJETIVOS

Abordar a importância da integralidade do cuidado a fim de obter o bem-estar de saúde coletivo e associar com a realidade social da comunidade.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo realizado por meio de uma revisão bibliográfica. Para a

abordagem do tema foram utilizados três livros.

4 | RESULTADOS

A integralidade do cuidado é uma ferramenta que deve estar presente no cenário da saúde, o qual reflete ações voltadas ao ser humano e engloba alguns conceitos sobre o efeito do cuidado na sociedade. De maneira geral, o ato de cuidar significa preservar, guardar, ajudar aos outros, e tudo isso está presente no ser humano.

É fácil identificar a falta de cuidado em várias áreas da sociedade, por exemplo, no Alto do Mandú, em Recife – Pernambuco há a presença de grandes quantidades de lixo nas ruas, dificuldade de mobilidade da população, alta densidade domiciliar e falta de saneamento básico, podendo-se associar o contexto local a situações do dilema ético. Essa realidade observada no bairro do Alto do Mandu pode ser associada com as situações persistentes citadas por Garrafa (GARRAFA, 1999) definidas como situações cotidianas, por exemplo, a desigualdade, fome e racismo. Isso torna reflexo de um sintoma da crise civilizacional relacionado ao descaso da coisa pública, são questões sobre infraestrutura e mobilidade, que com a organização das práticas envolvidas pode-se mudar esse panorama.

O ser humano limita muitas vezes o cuidado às pessoas próximas e esquece ou não tem consciência dos aspectos socioambientais que necessitam de atenção, pois tem uma forte influência na qualidade de vida e consequentemente no processo saúde/doença. Isso é visível através do SUS, que busca a integralidade de algumas práticas como promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse contexto está presente no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que visa promover essa realidade para os moradores do Alto do Mandú, onde existe grande participação dos mesmos com os agentes comunitários de saúde em busca de melhorias para a comunidade.

Os agentes comunitários sabem das necessidades de suas microáreas e por meio do diálogo com a população, procuram sugestões para melhorar a situação. Eles realizam palestras e alertam a população sobre doenças como a dengue. Outro fato é que a população é incentivada a reivindicar seus direitos, participando de reuniões em busca de melhorias para área. Os profissionais de saúde da área procuram assim, promover um atendimento de qualidade e integral para os moradores.

5 | CONCLUSÃO

Sabe-se que para melhorar as situações persistentes, seja no Alto do Mandú ou em outras comunidades, é necessária a conscientização e participação dos moradores, pois, além de procurarem seus direitos também irão exercer seus deveres.

REFERÊNCIAS

- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: 1999, 199 p.
- GARRAFA, Volnei. **Bioética e saúde**. Revista O mundo da saúde. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 1999, a. 23, v. 25, n. 5, p. 263-269.
- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIROS, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 41-66.

CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: ARTIGO ORIGINAL

Natália dos Santos Almeida

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9552374185961267>

Willma José de Santana

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1216100259890790>

Yolanda Gomes Duarte

Centro Universitário Leão Sampaio

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5093020480499533>

Maria Eduarda Correia dos Santos

Centro Universitário Leão Sampaio

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5502864423686108>

Dayse Christina Rodrigues Pereira Luz

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0704841932344140>

José Leonardo Gomes Coelho

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7121989996008478>

Alberto Malta Junior

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4972227606397037>

Elida Mara Braga Rocha

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1182062240709662>

Suiany Emidia Timóteo da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9675271667205225>

Steffane Caroliny Sampaio Ribeiro

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte- Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5050737028803657>

Arthur Silva Pereira

Faculdade de juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4962884576078484>

Cícera Luana Victor da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte

Juazeiro do Norte, Ceará

RESUMO: O objetivo deste artigo foi descrever o conhecimento sobre o aleitamento materno, segundo a opinião das nutrizes usuárias da atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 20 gestantes no período do terceiro trimestre gestacional, de quatro unidades básicas de saúde do município De uma região do cariri, a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada cujo os dados foram submetidos a uma análise temática.

Os resultados mostraram que as gestantes conhecem a importância do aleitamento materno para nutrição e crescimento do bebê, promoção da imunidade. No entanto, apresentam dificuldades na compreensão sobre a exclusividade do aleitamento até os seis primeiros meses, pega correta, posição do bebê, e cuidado com a mama durante o aleitamento. É fundamental a presença dos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, com a presença de estratégias que permitam o acolhimento integral a gestante, bem como orientação e apoio efetivos.

PALAVRAS – CHAVE: Gravidez. Amamentação. Acolhimento.

KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ABOUT BREASTFEEDING: IMPORTANCE OF WELCOMING

ABSTRACT: The objective of this article was to describe the knowledge about breastfeeding, according to the opinion of the nursing users of primary care. This is a descriptive study with a qualitative approach, conducted with 20 pregnant women in the period of the third trimester of gestation, from four basic health units in the municipality of the Cariri region, from the application of a semi-structured interview whose The data were subjected to a thematic analysis. The results showed that pregnant women know the importance of breastfeeding for nutrition and baby growth, promoting immunity. However, they present difficulties in understanding the exclusivity of breastfeeding until the first six months, the correct grip, the baby's position, and the breast care during breastfeeding. The presence of health professionals, especially nurses, is fundamental, with the presence of strategies that allow the full acceptance of pregnant women, as well as effective guidance and support.

KEYWORDS: Pregnancy. Breastfeeding. Host.

INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e é caracterizado pelo recebimento somente do leite materno até os seis primeiros meses de vida do recém-nascido e de forma complementar até os dois anos de vida (WENZEL; SOUZA, 2014; CONDE; et al, 2017).

Sendo essencial para a saúde materno-infantil, o aleitamento materno é o alimento mais adequado desde o nascimento aos primeiros anos de vida. Todavia, o aleitamento é um dos fatores que mais previne a morbimortalidade infantil, promovendo um melhor desenvolvimento biopsicossocial para o binômio mãe e filho (SAÚDE, 2015; WENZEL; SOUZA, 2014).

Na criança, a amamentação promove a prevenção de doenças autoimunes

e crônicas, infecções gastrintestinais, respiratórias, cardiovasculares e alérgicas, assim como o melhor desenvolvimento neuropsicomotor. Já nas mães, o aleitamento promove uma diminuição da incidência de câncer de ovário e mama, auxilia no combate à osteoporose, contribui com períodos mais longos de amenorreia, o que ajuda como um contraceptivo natural, além de perda de peso mais rápida e favorecimento do vínculo entre o binômio mãe e filho (FERREIRA; et al, 2018; OLIVEIRA; et al, 2016; MARANHÃO; et al, 2015). No entanto, há uma baixa adesão das mães a prática do aleitamento segundo a literatura, ocasionada principalmente pelo desmame precoce (OLIVEIRA; et al, 2015).

Nesse sentido, o desmame precoce é o termo utilizado para a interrupção parcial ou total do aleitamento materno antes dos seis primeiros meses de vida da criança (WILHEM; et al, 2015). Especialmente em populações socioeconomicamente mais baixas, o desmame precoce provoca interferências negativas no crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como o aumento da morbimortalidade (FIALHO; et al, 2014).

Durante a gestação, e principalmente no período puerperal, surgem dúvidas, medos, inseguranças, dificuldades e modificações emocionais oscilativas. Logo, é nesse período que a nutriz precisa de orientação, assistência e apoio de profissionais capacitados. Para isso, as ações da equipe de saúde, devem haver a escuta sensível e valorização das particularidades das demandas maternas (ANDRADE; et al, 2015).

Portanto, a pesquisa sobre o conhecimento das gestantes sobre o aleitamento materno e como a saúde mental influencia neste período, é relevante, pois é fundamental dar mais ênfase no processo do cuidar dos profissionais de saúde para a paciente no pré natal e puerpério, com a presença de metodologias ativas que permitam maior entendimento da nutriz sobre o que está passando em sua dimensão biopsicossocial, escuta ativa, bem como as práticas corretas sobre o aleitamento materno. O objetivo deste estudo foi descrever a importância do conhecimento materno sobre o aleitamento.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que a partir da percepção das usuárias sobre o aleitamento materno e sua relação com a saúde mental, permite uma análise crítica e interpretativa.

As participantes da pesquisa foram 20 gestantes de quatro unidades básicas de saúde do município de Juazeiro do Norte-CE, que se apresentavam no último trimestre de gestação, com a faixa etária entre 15 e 45 anos de idade, frequentavam

as unidades básicas de saúde do estudo e residiam no município durante o período gestacional. A coleta dos dados foi realizada nos meses de dezembro de 2018 à junho de 2019.

No que se refere aos aspectos éticos a presente pesquisa foi aprovada Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e em conformidade com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário semiestruturado face a face, que tinha como objetivo a busca de informações relevantes sobre os objetivos do estudo, a partir da formulação de questões objetivas e subjetivas, construídas com base na revisão de literatura (MINAYO, 2014).

Foi utilizada a análise temática de dados que aborda pontos de vista sobre a temática pesquisada com três fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014). Na pré-análise, foi feita uma leitura rápida e a organização do material. Para isso, as entrevistas foram escritas na íntegra e o sua junção formou o corpus da análise. Na segunda etapa, de exploração do material, o material foi categorizado a partir da esquematização de palavras e frases importantes e resumo das respostas dos participantes. Por fim, na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, e em seguida, a discussão desses achados.

As participantes foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, participação opcional e saída da pesquisa em qualquer momento. Para garantia do anonimato e confidencialidade, o nome dos participantes foi alterado para códigos alfanuméricos (de G1 ao G20), sendo iniciado logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), para as gestantes menores de 18 anos de idade.

RESUTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 20 nutrizes durante a coleta de dados, com idade entre 17 e 30 anos. A tabela a seguir apresenta dados sobre a ocupação, escolaridade.

Variável	n
Ocupação	
Dona de casa	5
Diarista	3
Vendedoura	2
Comerciária	4
Estudante	2
Professora	1
Outros	3

Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino fundamental completo	3
Ensino médio incompleto	3
Ensino médio completo	10
Ensino superior incompleto	2
Ensino superior completo	1

Tabela 1: caracterização das usuárias entrevistadas, 2019.

Alguns estudos tem mostrado a influência de alguns fatores com a duração do aleitamento materno. O nível de escolaridade, idade materna, assim como condições socioeconômicas podem interferir de maneira negativa no período de duração do aleitamento materno. Esta relação pode estar relacionada ao fato de que estes elementos estão associadas a uma maior estabilidade e segurança das mães (BRITTO, 2013).

Em um estudo realizado em 2006, observou-se que das mães que realizavam o aleitamento materno exclusivo, 10,6% apresentavam escolaridade menor que quatro anos, 81,3% tinham idade igual ou superior a 20 anos e 85,2 compareceram a seis ou mais consultas de pré-natais (CALDEIRA; FAGUNDES; AGUIAR, 2008). No entanto, para Raimundi et al. (2015), não foi observado no estudo uma relação entre idade e escolaridade e amamentar ou não.

As gestantes que participaram do estudo, revelaram em sua maioria, aspectos positivos do aleitamento materno mais voltados para o bebê, com ênfase na promoção da nutrição adequada, crescimento do bebê e prevenção de doenças.

Quanto a nutrição do bebê, 15 nutrizes acreditam que é um grande benefício, visto que para elas, o leite materno fornece todos os nutrientes que a criança precisa, sendo o melhor e mais completo alimento para o bebê.

“É o alimento que ele precisa, tem coisas boas pra ele ficar forte e saudável” (G.3)

“O bebê só precisa de leite, porque da sustento e não gasta nada.” (G.12)

“O leite é completo, tem tudo que meu bebê vai precisar.” (G.5)

O fornecimento da imunidade e prevenção de patologias para o bebê foi abordado por 18 gestantes, caracterizando as vantagens mais citadas como benefícios do aleitamento, pois atua como vacina, além de trazer imunidade e prevenção de infecções, como abordaram a seguir:

“O leite é muito importante, porque é como se fosse uma vacina que eu passo para a criança.” (G.18)

“Pra trazer imunidade e não deixar que a criança pegue doença fácil.” (G.1)

“Deixa a criança forte e ainda faz não ter infecção ou outro problema. É tipo uma vacina natural.” (G.20)

Esta pesquisa corrobora com estudo realizado no município de Teixeiras (MG), com lactentes cadastradas no Programa de Saúde da Família, pois revelou que a maioria delas (39%) acreditava que o maior benefício do leite materno estava relacionado com a imunização da criança (AZEREDO; et al, 2008).

Ainda sobre as vantagens abordadas sobre a importância do aleitamento, 16 gestantes acreditam que o leite materno é muito importante para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, ganho de peso adequado, conforme é evidenciado nas falas a seguir:

“É bom pra pegar peso, a criança crescer com saúde e forte.” (G.12)

“Acho que pra ele se desenvolver bem, ajuda a ele crescer e aumentar o peso do jeito que ele precisa.” (G.20)

Mesmo com a compreensão de alguns pontos positivos sobre o aleitamento, ao longo da entrevista as gestantes mencionavam dúvidas quanto aos cuidados e posicionamento das mamas para amamentar.

No que se refere ao tempo de aleitamento materno exclusivo, 15 gestantes afirmaram que deve ser feito até os seis meses de forma exclusiva. Entretanto, 5 nutrizes não sabiam o tempo recomendado, mostrando incertezas com as falas, como pode ser verificado nas respostas a seguir:

“Só com o leite? Eu acho que até um ano mais ou menos.” (G.16)

“Até um ano e pouco, mas pode ser mais tempo.” (G.3)

“Não sei direto, mas acho que até o primeiro ou segundo ano, mas vai até quanto ele quiser.” (G.4)

Ao longo da entrevista, 09 gestantes apresentaram dúvidas quanto a pega correta, apresentando insegurança e medo de que o leite fosse fraco e insuficiente. Há uma forte influencia cultural relacionada ao leite fraco, e esta crença errada, está associada a falta de conhecimento das mulheres sobre como o leite é produzido e quanto a sua riqueza (ROCCI, 2014).

Segundo Rea (2004), apesar de o aleitamento promover muitos benefícios relevantes para a saúde materna, ainda são desconhecidos pelas mulheres, e a divulgação pelos profissionais da saúde é muito rara. Isto se confirma com a pesquisa, pois constatou-se que nenhuma gestante demonstrou conhecimento a cerca dos pontos positivos do aleitamento materno para a própria mulher.

Contudo, em relação a importância da orientação profissional, as gestantes enfatizaram que durante o pré natal, mesmo com o alguns esclarecimento sobre o aleitamento, muitas dúvidas ainda estavam presentes, e seis (06) sentiam falta de

consultas com aulas práticas, para que elas pudessem aprender e cuidar da melhor forma possível da criança, como configurado nas falas a seguir:

“A consulta é rápida muitas vezes, e mesmo a gente sabendo de algumas coisas que a gente pergunta, acho que devia ter um atendimento melhor ” (G.16)

“O atendimento é bom, mas devia ter pelo menos umas vezes uns bonecos com simulação pra gente aprender mais.” (G.18)

Destaca-se que mesmo as mães recebendo orientações sobre o aleitamento, posição e pega correta, quando se deparam com estas situações na prática em casa, a inexperiência e impaciência geram uma maior susceptibilidade ao desmame precoce (GIUGLIANI; LAMOUNIER, 2004). Toda via, verifica-se uma deficiência no processo de ensino aprendizagem do profissional de saúde com essas práticas.

Portanto, os profissionais de saúde devem possuir o embasamento teórico e clínico, bem como aptidão para comunicação, para que possam atuar no processo de acolhimento da gestante de forma integral, sendo fundamental a presença de ações educativas, apoio a nutriz desde a orientação as dificuldades que possam surgir tanto no pré natal, quanto no puerperal (AMARAL; et al, 2015).

Tendo em vista o exposto neste trabalho, a pesquisa mostra a compreensão das nutrizes sobre o aleitamento materno. Observa-se que é de fundamental importância a inserção de ações de promoção e apoio ao aleitamento materno de maneira prática e efetiva, para um melhor cuidado em saúde e qualidade de vida materno infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo percebeu-se que a maioria das gestantes demonstrou ter conhecimento sobre as principais vantagens do aleitamento materno para o bebê. No entanto, há um deficit de compreensão sobre aleitamento até os seis primeiros meses, pega correta, posição do bebê, e cuidado com a mama durante o aleitamento, bem como não reconhecimento sobre os benefícios do aleitamento para a mulher.

Por tanto, é necessário a presença de ações assistenciais baseadas em estratégias práticas e dialógicas, bem como a escuta ativa, fazendo com que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, possa reconhecer as dúvidas maternas, promovendo a orientação e apoio efetivos.

Políticas públicas devem ser implementadas para elucidar a importância do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R.D, et al. **Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health.** Esc Anna Nery Rev Enferm. 19(1):181-6. 2015.
- AMARAL, L.J.X., et al. **Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers.** Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(spe):127-34.
- AZEREDO, C.M, et al. **Percepção de mães e profissionais de saúde sobre o aleitamento materno: encontros e desencontros.** Rev Paul Pediatr. 26(4):336-44. 2008.
- BRITTO, L.F. **Orientação e incentivo ao aleitamento materno na assistência pré-natal e puerperal: uma revisão de literatura.** Rev Saúde Públ. v.6,n.1. 66-80. 2013.
- CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. **Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1027-1033, dez. 2008.
- CONDE, R.G, et al. **Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.** Acta Paul Enferm. 30(4):383-9. 2017.
- FERREIRA, H.L.O.C., et al. **Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo.** Ciênc. saúde colet. 23 (3). 2018.
- FIALHO, F.A, et al. **Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno.** Rev cuid. 2014.
- GIUGLIANI, E.R.J., LAMOUNIER, J.A. **Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde.** J Pediatr (Rio J). 2004;80(5 Supl):S117-S118.
- MARANHÃO, T.A, et al. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes.** Cad. Saúde Colet. 23(2): 132-139. 2015.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio doconhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- OLIVEIRA, A.C, et al. **Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes.** Rev enferm UFPE on line. 10(4):1256-63. 2016.
- OLIVEIRA, C.S, et al. **Breastfeeding and complications that contribute to early weaning.** Rev gaúch enferm [Internet]. 2015.
- RAIMUNDI, D.M., et al. **Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá.** Saúde (Santa Maria), Santa Maria, v. 41, n. 2. p. 225-232, 2015.
- REA, M.F. **Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher.** Jornal de Pediatria. v. 80, n. 5. 2004.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. **Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014 .
- SAÚDE, M. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- WILHEM, L.A, et al. **A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a**

enfermagem. Rev enferm UFSM. 2015.

WENZEL, D., SOUZA, S.B. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes Regiões do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 14(3): 241-9. 2014.

CONHECIMENTO POPULACIONAL ACERCA DAS TIREOIDEOPATIAS NA GESTAÇÃO

Marina de Miranda Rocha

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Maria Emília Feitosa Bandeira de Oliveira

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Gustavo Henrique de Góes Cavalcanti

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Natália Gomes de Souza

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Maria Clara Nogueira Rodrigues

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Débora du Bocage Lima

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Maria Luíza Braga de Castro Chaves

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Anne Vitória Vieira de Medeiros Moura

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Oscar Rodolfo de Meira Lins Haack

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Luiz Felipe Yuti Aihara

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Amanda de Souza Cavalcanti

Faculdade Maurício de Nassau
Recife- Pernambuco

Lúcia Helena Oliveira Cordeiro

Universidade Federal de Pernambuco
Recife- Pernambuco

RESUMO: Introdução: A tireoide é uma glândula localizada na parte anterior do pescoço que tem como principal função produzir os hormônios: triiodotironina e tiroxina. Esses dois hormônios têm a sua produção aumentada durante o período gestacional visando suprir as necessidades fetais. Durante a gestação, podem ocorrer distúrbios imunológicos da tireoide ou deficiência da ingestão do iodo (se apresentando como hipertireoidismo ou hipotireoidismo) e assim a glândula não cumprirá seu objetivo de forma efetiva, o que acarretam diversas complicações maternas e fetais.

Métodos: O estudo visa testar o conhecimento da população acerca das tireoidopatias, para alertar a população a sobre as complicações do mal manejo dessa doença durante a gestação. Os dados foram reunidos através de um questionário que contém perguntas sobre o tema proposto pelo artigo, e assim obtendo os dados necessários. **Resultados:** A partir desses

dados, notamos que a maioria população possuía conhecimento sobre a tireoide e sabia que o não tratamento das tireoidopatias poderia trazer algum prejuízo, mas a maioria não conhecia por completo quais as complicações causadas pelas alterações na glândula. Menos da metade sabia da necessidade do teste da função tireoidiana no pré-natal em pessoas com doença tireoidiana, já que ele não é preconizado pelo Ministério da Saúde. **Conclusão:** Diante dos resultados, evidencia-se a importância da informação sobre as tireoidopatias durante a gestação para alertar sobre a quantidade de problemas causados pela disfunção da glândula, e assim diminuir as repercussões causadas pelas tireoidopatias para o feto e para a mãe, que em são, em geral, desconhecidas.

PALAVRAS-CHAVE: Tireoidopatias. Gestação. Repercussão Fetal. Repercussão Materna.

POPULATIONAL KNOWLEDGE ABOUT THYROIDOPATHIES IN PREGNANCY

ABSTRACT: **Introduction:** The thyroid is a gland located in the anterior part of the neck whose main function is to produce the hormones triiodothyronine and thyroxine. These two hormones have their production increased during the gestational period to meet fetal needs. During pregnancy, thyroid immune disorders or iodine deficiency may occur (presenting as hyperthyroidism or hypothyroidism) and thus the gland will not effectively meet its goal, leading to various maternal and fetal complications. **Methods:** The study aims to test the knowledge of the population about thyroid diseases, to alert the population about the complications of mismanagement of this disease during pregnancy. The data were gathered through a questionnaire containing questions about the theme proposed by the article, thus obtaining the necessary data. **Results:** From these data, we noticed that the majority of the population had knowledge about the thyroid and knew that the non-treatment of thyroid diseases could cause some damage, but most did not fully know the complications caused by changes in the gland. Less than half knew of the need for prenatal thyroid function testing in people with thyroid disease, as it is not recommended by the Ministry of Health. **Conclusion:** Given the results, the importance of information on thyroid disease during pregnancy to warn about the amount of problems caused by gland dysfunction, and thus diminish the repercussions caused by thyroidopathies to the fetus and mother, which in general are unknown.

KEYWORDS: Thyroid Diseases. Gestation. Fetal Repercussion. Maternal Repercussion.

1 | INTRODUÇÃO

A principal função da tireoide é produzir quantidades adequadas de hormônios tireoidianos para atender às demandas periféricas. Os dois principais HT são a tri-

iodotironina ou T3 e a tetraiodotironina, tiroxina ou T4. Esses hormônios têm a sua secreção aumentada em mulheres durante o período gestacional. [2,3]

Desde o início da gestação ocorre o aumento da produção dos hormônios tireoidianos visando suprir as necessidades fetais, pois durante a fase crítica do desenvolvimento neurológico, a glândula tireoide do feto ainda está imatura, sendo incapaz de garantir um ambiente hormonal adequado nesse período do primeiro trimestre gestacional. [1,3]

Quando as alterações fisiológicas da gestação não são acompanhadas pelo aumento da secreção hormonal de T3 e T4 devido a distúrbios imunológicos da tireoide ou pela deficiência da ingestão de iodo, ocorrem repercussões negativas maternas e fetais, entre elas a restrição do crescimento intra-uterino, aborto, morte perinatal, pré-eclâmpsia e descolamento de placenta. [1]

As disfunções tireoidianas acometem cerca de 2 a 3% das gravidezes. Dentre as causas encontradas 10% são de etiologia autoimune, mesmo em pacientes eutireoideas anteriormente. Hipertireoidismo ocorre em até 1% de todas as gestações e pode complicar em até 0,25% dessas gravidezes sendo a doença de Graves, a principal responsável por esse fenômeno. Outras causas menos frequentes, mas potencialmente importantes, como o hipotireoidismo transitório gestacional ou a fase de tireotoxicose da tireoidite destrutiva autoimune, podem ocorrer até 1 ano após a gestação, independente de parto ou aborto e que deve ser levado em consideração para uma perspectiva de futura gravidez. [2]

Devido à deficiência de iodo em nível endêmico em todo o mundo, é factível afirmar que ela é a maior responsável pela deficiência tireoidiana materna em nível mundial. Apesar de sintomas clássicos das síndromes hipotireoideas serem de auxílio ao diagnóstico do hipotireoidismo na gravidez, segundo Vilar et al. 70 a 80% das mulheres com hipotireoidismo tanto na sua forma clínica quanto na sua forma subclínica não apresentam as manifestações características como calafrios, constipação, pele fria, cabelos quebradiços, etc.[2] Fazendo de fundamental importância a dosagem do TSH e do T4-Livre para diagnóstico e o manejo correto dessas gestantes.

Todas as gestantes devem ser acompanhadas no pré-natal, no qual importantes exames laboratoriais são realizados de acordo com as indicações do ministério da saúde. No entanto, é importante destacar que apesar das alterações na tireoide estarem entre os distúrbios endócrinos de maior prevalência e os efeitos adversos tanto para a mãe quanto para o feto poderem ser prevenidos com a terapia adequada, a dosagem do TSH não é solicitado na rotina do pré-natal.

Diante da importância do diagnóstico precoce e o manejo correto da disfunção da tireoide na gravidez para evitar complicações maternas e fetais adversas, faz-se necessário avaliar o grau de conhecimento da população acerca do assunto para

que se possa buscar atitudes preventivas de cunho informativo e intervencionista.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo Prospectivo e descritivo, com dados oriundos de amostra aleatória e indivíduos maiores de 18 anos, que transitavam por espaço comercial de uso público na cidade do Recife, Pernambuco. Informações colhidas através da aplicação de questionário, composto por perguntas objetivas acerca das tireoidopatias na gestação.

Compilação das informações através da construção de um banco de dados, com as variáveis quantitativas, construído com os softwares Epi-Info versão 3.5.2 adaptado para Windows e o Open Epi versão 3.01, ambos de domínio público. Análise descritiva, com valores absolutos e relativos das frequências, as medidas centrais e de dispersão para determinar as prevalências.

3 | RESULTADOS

Sobre a população estudada, a maioria das respostas foram dadas por mulheres, 67,3%, com média de idade, teve média de 42,72 anos, variando de 18 a 74 anos desvio padrão igual a 15,78 anos e mediana igual a 43 anos (tabela 1). A faixa etária mais prevalente foi: 40 a 59 anos (36,5%). A maioria, (51,9%) era da raça/cor branca seguido de 33,2% que tinham raça/cor parda. Quanto a escolaridade 46,6% dos participantes tinham 2º grau completo.

Variável	n	%
Total	208	100,0
Sexo		
Masculino	68	32,7
Feminino	140	67,3
Faixa etária		
18 a 29	59	28,4
30 a 39	30	14,4
40 a 59	76	36,5
60 ou mais	39	18,8
Não informado	4	1,9
Raça		
Branca	108	51,9
Negra	17	8,2

Amarela	6	2,9
Parda	69	33,2
Indígena	1	0,5
Não informado	7	3,4
Escolaridade		
Fundamental	13	6,3
Ensino Médio	44	21,2
Superior incompleto	52	25,0
Superior completo	55	26,4
Pós Graduação	42	20,2
Não sabe	2	1,0
Renda familiar (em salários mínimos)		
Até 2	45	21,6
Mais de 2 a 6	40	19,2
7 a 10	22	10,6
Acima de 10	37	17,8
Não informado	64	30,8

Tabela 1 – Característica da amostra

Com relação ao conhecimento da população entrevistada, a maioria afirmou ter o conhecimento sobre a glândula tireoide (66,3%), e que os hormônios produzidos por ela podem intervir na gestação (74,5%). 95% dos entrevistados responderam ser importante que mulheres com disfunção tireoidiana comuniquem ao médico que pretendem engravidar e 94,7% concordaram ser importante comunicar ao especialista, o médico endocrinologista. Em relação ao hormônio tireoidiano (HT), quase a metade dos entrevistados (40,4%) responderam não conhecer o HT, embora 22,1% responderam que a reposição do HT pode fazer mal para a gestante. (tabela 2). A maioria da população afirmou achar seguro realizar a reposição na gravidez e na amamentação. A maioria dos entrevistados, 76,4% acredita que a deficiência dos HT possa trazer alguma consequência para a mãe e 36,1% acreditam trazer alguma consequência para o feto. Assim como a maioria (69,7%) acredita que o excesso dos HT também possa trazer consequências para o binômio mãe/feto. (tabelas 3 e 4).

Variável	n	%
Total	208	100,0
Conhecimento sobre a glândula tireóide		
Sim	138	66,3

Talvez	19	9,1
Não	45	21,6
Não sabe	6	2,9

Acredita que os hormônios produzidos pela glândula tireóide podem interferir na gestação?

Sim	155	74,5
Talvez	5	2,4
Não	17	8,2
Não sabe	31	14,9

Se uma mulher tem problemas na tireoide, acha importante, antes da gestação, comunicar ao médico que pretende engravidar?

Sim	198	95,2
Talvez	1	0,5
Não	8	3,8
Não sabe	1	0,5

Se uma mulher tem problemas na tireoide, acha importante comunicar ao endocrinologista que pretende engravidar?

Sim	197	94,7
Talvez	4	1,9
Não	5	2,4
Não sabe	2	1,0

Conhece o hormônio levotiroxina?

Sim	124	59,6
Não	84	40,4

Acha que a reposição do hormônio levotiroxina-t4 pode fazer mal para a gestante?

Sim	18	8,7
Talvez	24	11,5
Não	46	22,1
Não sabe	36	17,3
Não conhece o hormônio levotiroxina	84	40,4

Acha que a mãe que faz reposição do hormônio tireoidiano levotiroxina-t4 pode amamentar?

Sim	71	34,1
Talvez	7	3,4
Não	10	4,8
Não sabe	36	17,3
Não conhece o hormônio levotiroxina	84	40,4

Se uma mulher tem problemas na tireoide e faz reposição do hormônio, é esperado que o médico faça algum ajuste na dose do seu remédio?

Sim	96	46,2
Talvez	8	3,8
Não	6	2,9

Não sabe	14	6,7
Não conhece o hormônio levotiroxina	84	40,4

Tabela 2 – Avaliação sobre o conhecimento da glândula tireóide e o hormônio levotiroxina

Variável	n	%
Total	208	100,0
A deficiência do hormônio tireoidiano pode trazer alguma consequência para a mãe durante a gestação?		
Sim	159	76,4
Talvez	16	7,7
Não	6	2,9
Não sabe	27	13,0
Quais consequências?		
Hipertensão		
Sim	41	19,7
Não	66	31,7
Não sabe	68	32,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	33	15,9
Eclampsia e pré-eclâmpsia		
Sim	39	18,8
Não	68	32,7
Não sabe	68	32,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	33	15,9
Aborto espontâneo		
Sim	60	28,8
Não	47	22,6
Não sabe	68	32,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	33	15,9
Parto prematuro		
Sim	55	26,4
Não	52	25,0
Não sabe	68	32,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	33	15,9
Anemia		
Sim	45	21,6
Não	62	29,8
Não sabe	68	32,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	33	15,9

A deficiência do hormônio tireoidiano pode trazer alguma consequência para o feto?

Sim	129	62,0
Talvez	16	7,7
Não	26	12,5
Não sei	37	17,8

Se sim, quais consequências para o feto?

Problemas no desenvolvimento fetal

Sim	75	36,1
Não	27	13,0
Não sabe	43	20,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	63	30,3

Baixo peso ao nascer

Sim	63	30,3
Não	39	18,8
Não sabe	43	20,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	63	30,3

Dificuldade na amamentação

Sim	51	24,5
Não	51	24,5
Não sabe	43	20,7
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	63	30,3

Tabela 3 – Avaliação da deficiência do hormônio tireoidiano e suas consequências para a mãe e para o feto durante a gestação

Variável	N	%
----------	---	---

Total	208	100,0
-------	-----	-------

O excesso do hormônio tireoidiano pode trazer alguma consequência para a mãe durante a

gestação?

Sim	173	83,2
Talvez	8	3,8
Não	3	1,4
Não sei	24	11,5

Se sim, quais as consequências?

Hipertensão

Sim	71	34,1
Não	59	28,4
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	27	13,0

Eclampsia e pré-eclâmpsia

Sim	49	23,6
Não	81	38,9

Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	27	13,0
Aborto espontâneo		
Sim	53	25,5
Não	77	37,0
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	27	13,0
Parto prematuro		
Sim	53	25,5
Não	77	37,0
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	27	13,0
Piora do hipertireoidismo?		
Sim	79	38,0
Não	51	24,5
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	27	13,0
O excesso do hormônio tireoidiano pode trazer alguma consequência para o feto durante a gestação?		
Sim	145	69,7
Talvez	11	5,3
Não	17	8,2
Não sei	35	16,8
Se sim, quais consequências?		
Ritmo cardíaco acelerado		
Sim	62	29,8
Não	43	20,7
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	52	25,0
Insuficiência cardíaca		
Sim	37	17,8
Não	68	32,7
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	52	25,0
Fechamento precoce da fontanela		
Sim	32	15,4
Não	73	35,1
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	52	25,0

Tabela 4 – Avaliação da consequência que excesso do hormônio tireoidiano pode trazer para a mãe e para o feto durante a gestação

Variável	n	%
Total	208	100,0
Se sim, quais consequências?		
Lento ganho de peso		
Sim	56	26,9
Não	49	23,6
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	52	25,0
Irritabilidade		
Sim	54	26,0
Não	51	24,5
Não sabe	51	24,5
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	52	25,0

Tabela 5 – Avaliação do exame que testa a função tireoidiana é recomendado para o pré-natal da gestante com doença tireoidiana pelo Ministério da Saúde e se já ouviu falar em nódulo tireoidiano e se os sabe se os nódulos tireoidianos devem ser investigados durante a gestação?

Variável	n	%
Total	208	100,0
O exame que testa a função tireoidiana é recomendado para o pré-natal da gestante com doença tireoidiana pelo Ministério da Saúde?		
Sim	99	47,6
Talvez	5	2,4
Não	39	18,8
Não sei	65	31,3
O exame que testa a função tireoidiana é recomendado para o pré-natal da gestante sem problemas na tireoide pelo Ministério da Saúde?		
Sim	78	37,5
Talvez	5	2,4
Não	68	32,7
Não sei	57	27,4
Já ouviu falar em nódulo tireoidiano?		
Sim	162	77,9
Talvez	1	0,5
Não	44	21,2
Não sei	1	0,5
Sabe se os nódulos tireoidianos devem ser investigados durante a gestação?		
Sim	124	59,6
Talvez	7	3,4
Não	13	6,3

Não sabe	19	9,1
Respondeu não ou não sabe na questão anterior na questão anterior	45	21,6

Tabela 4 – Avaliação da consequência que excesso do hormônio tireoidiano pode trazer para o feto durante a gestação

4 | DISCUSSÃO

A percepção e o conhecimento da população geral acerca das doenças tireoidianas é de fundamental importância para a saúde gestacional, tanto materna como fetal. Na nossa pesquisa realizada em uma população com faixa etária média de 42 anos, e, portanto, idade fértil, com boa escolaridade o conhecimento de que os hormônios tireoidianos interferem na gestação é bem compreendido. Embora o conhecimento geral a cerca das consequências do mesmo não seja amplamente conhecido. Durante as primeiras semanas de gestação, a necessidade do T4 materno pelo embrião é crescente até o final do primeiro trimestre, quando a glândula tireoidiana do feto está formada, tornando essa necessidade estável até o parto [2,3]. Essa nova demanda fisiológica exige que a mulher mantenha esse nível hormonal dentro do adequado, através de uma suficiente ingestão diária de iodo para um desenvolvimento adequado do embrião. Durante a gestação, alterações tireoidianas podem ocorrer. O hipotireoidismo é mais frequente embora o hipertireoidismo aconteça em menor escala, ocasionando riscos para a mãe e para o feto, caso não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Mulheres grávidas com hipotireoidismo podem ter pré-eclâmpsia, abortos espontâneos, prematuridade, restrição de crescimento para o feto, descolamento de placenta, além do feto correr o risco de ter o seu desenvolvimento neurológico prejudicado [1,2]. O conhecimento das anormalidades da tiroide na gestação também é incerto entre os próprios médicos. Segundo as Diretrizes da Associação Americana de Tireoide, mulheres com hipotireoidismo prévio tratadas, devem aumentar a dose da levotiroxina em torno de 25-30% assim que a gravidez for diagnosticada [1]. Porém, em um estudo realizado com médicos na América Latina, somente 6,7% aumentariam a dose da levotiroxina de imediato.

5 | CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto que os dados indicam que a população estudada tem conhecimento sobre a existência da tireoide, mas não no que diz respeito aos problemas causados por sua disfunção durante gravidez. Apesar de afirmarem que alguns problemas podem surgir com a negligência das tireoidopatias nesse período, as pessoas não sabem quais seriam exatamente as repercussões. Diante desse

fato, fica evidente a importância da informação sobre as tireoidopatias durante a gestação, na tentativa prevenir, os problemas causados pela disfunção da glândula.

REFERÊNCIAS

Delitala. A P et al. **Thyroid function and thyroid disorders during pregnancy: a review and care pathway.** Arch Gynecol Obstet. 2019 Feb;299(2):327-338. doi: 10.1007/s00404-018-5018-8. Epub 2018 Dec 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30569344>

VILAR, L. (2016). **Endocrinologia clínica** (6a. ed.). 6th ed. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, pp.cap.22 – 36.

Zanine, L M ET AL. **Tireóide e gravidez.** Arq Bras Endocrinol Metab vol.52 no.7 SãoPaulo Oct. 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-

CONVERSA AO PÉ DO LEITO – APROXIMANDO ESTUDANTES DE MEDICINA E PACIENTES

Gerson Gomes da Nóbrega Filho

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco.

Ana Luíza de Alencar Viana Melo

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Andréa Melo Cavalcanti de Albuquerque

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco.

Bruna Gonçalves dos Santos Oliveira

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Eclair Aymee Moraes Kirniew

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco.

Fernanda Paiva da Cunha

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Filipe Maia Ferreira Gomes

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Giselle de Azevedo Santos Valença

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Isabela Cristina Araújo de Macêdo

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

Tânia Maria Lago Falcão

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas.
Recife - Pernambuco

RESUMO: O Projeto Conversa ao Pé do Leito, idealizado e realizado na Universidade de Pernambuco por acadêmicos de medicina, baseia-se na interação dialógica dos alunos com os pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz – HUOC e tem como objetivo ampliar o acolhimento no ambiente de enfermaria. Além disso, proporciona ao paciente um momento de interação social e bem estar, fazendo com que os estudantes vivenciem o contato médico-paciente desde o início da graduação, além de servir como instrumento de humanização na área de saúde. A metodologia construtivista teórica e prática foi aplicada por um grupo de 12 alunos. Inicialmente, foi estudada bibliografia sobre habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista médica e humanização em saúde, além de terem recebido orientação acerca do desenvolvimento do diálogo, o qual deveria ser voltado para o ser social e não

para a doença. Posteriormente, os alunos se dividiram em duplas e se dedicaram, semanalmente, 30 a 40 minutos para conversar com os pacientes. Foi percebido que o presente projeto, apesar de não ter anseio terapêutico primário, proporcionou uma melhor vivência e acolhimento no ambiente hospitalar, visto que ofereceu momentos lúdicos aos pacientes, nos difíceis períodos de internação. Aliado a isso, o projeto também forneceu aos estudantes momentos de descontração em conjunto com o paciente, gerando, ademais, reflexões sobre a importância da medicina centrada na pessoa e permitindo a ampliação de habilidades de comunicação pelos docentes na entrevista médica.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação; Humanização; Medicina; Social.

CONVERSATION PROJECT – APPROACHING MEDICAL STUDENTS AND PATIENTS BY THE DIALOGUE

ABSTRACT: The project was designed by medical students from the University of Pernambuco, where it took place. It was based on the dialogical interaction between the students and the patients of the Oswaldo Cruz University Hospital - OCUH. In addition, the project increases the patient's accommodation in the hospital environment and provides a moment of social interaction and well being. It also allowed the students to experience the doctor-patient relationship since the beginning of the graduation, working as an instrument of humanization in the health area. The theoretical and practical constructivist methodology was applied by a group formed by 12 students, which studied a bibliography concerning not only health humanization, but also, the ability of the medical student in the practice of the medical interviewing. The students were also mentored on how to develop the dialogue, focusing in the person and not in the disease. Subsequently, were divided into pairs and spent 30 to 40 minutes every week, talking with these patients. It was noticed that the project, despite not having primary therapeutic objective, provided a better experience in the hospital environment, since it offered ludic moments to patients throughout a difficult hospitalization period. The project also provided students great moments with the patient, creating a reflection about the importance of the medicine centered on the person and allowing to increase communication skills in the medical interview.

KEYWORDS: Communication, Humanization, Medicine, Social.

1 | INTRODUÇÃO

“A comunicação é parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes é o próprio remédio”. (REBECCA BEBB).

Durante a formação médica, o aluno constrói comportamentos e atitudes na condução das consultas. A capacitação para a identificação de doenças, a análise

de exames laboratoriais e a programação terapêutica de doenças afastam o aluno do doente e de sua subjetividade. Ele aprende a atuar com base no paradigma biomédico, no qual a assistência é centrada na doença (BALLESTER et al., 2010).

Diante desse panorama, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de medicina dispõem sobre a necessidade de a medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente. A formação de profissionais de saúde, hoje, requer uma visão da clínica ampliada, centrada no doente, sendo a escuta um elemento fundamental no processo.

O projeto de extensão Conversa ao pé do leito nasceu na Universidade de Pernambuco - UPE e parte dessa abordagem diferencial do tratamento complementar de pacientes, baseado na interação dialógica, a fim de ampliar o acolhimento no ambiente de enfermaria e proporcionar ao paciente um momento de interação e bem estar. O Conversa ao pé do leito apresenta-se como uma oportunidade para os estudantes vivenciarem a relação médico-paciente centrada no ser social e não apenas no objeto de estudo, consolidando a medicina como um compromisso social. Dessa forma, o objetivo principal do projeto é fornecer aos pacientes e aos discentes um instrumento de humanização da área da saúde, encorajando o paciente ao enfrentamento de sua doença por meio de reflexão conjunta e observação cooperativa da experiência. Ademais, os objetivos secundários visam proporcionar ao paciente uma oportunidade de melhoria na qualidade de vida dentro de contexto hospitalar, muitas vezes triste e solitário; promover aproximação entre estudantes e usuários do hospital universitário, criando vínculos e experiências diversas por meio do diálogo descontraído e ausente de julgamentos; atestar os efeitos da comunicação interativa no ambiente hospitalar, bem como na autoestima e no quadro clínico do paciente.

2 | OBJETIVOS

O projeto tem como objetivo promover a saúde e humanização dos cuidados a pacientes hospitalizados, visando estimular a habilidade do estudante no saber ouvir, bem como seu próprio papel no acolhimento e no cuidado como base da assistência prestada no hospital, além de oferecer aos pacientes momentos de conversa descontraída, não centrada em suas patologias, mas interessada no ser humano que ele é, bem como inserir os estudantes em atividade de extensão desenvolvida em âmbito hospitalar, onde sua atenção seja voltada para uma visão holística do paciente, o vendo para além da doença que porta.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto se fundamenta em uma metodologia construtivista tanto teórica, quanto prática. Ele foi realizado por estudantes de medicina da Universidade de Pernambuco nas enfermarias do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), localizado em Recife-PE, nos anos de 2017 e 2018. Os pacientes selecionados foram os que estavam internados por um longo período, mas sem suportes de ventilação mecânica, que estavam, preferencialmente, sem acompanhantes no leito e dispostos ao diálogo. Os estudantes, no total de doze, submeteram-se a encontros semanais para o estudo e discussão de textos sobre habilidades do estudante de medicina na prática da entrevista médica, humanização em saúde, além de orientações de não focar apenas na doença e nos tratamentos estipulados, mas sim nos interesses pessoais e anseios do ser social, em forma de uma conversa informal, descontraída, sobre temas como família, trabalho, ambiente hospitalar, cidade natal. Após os encontros de estudos, duplas de alunos dedicaram de 30-40 minutos semanais nas visitas para diálogo com tais pacientes. A experiência foi relatada em encontros subsequentes em sala de aula como prazerosa e gratificante para os discentes, e permitiram aos mesmos praticar a comunicação e gerar uma nova percepção sobre o contexto do paciente internado, o qual é visto, em outros momentos, como objeto de estudo, sem o tempo necessário e o interesse para aprofundar na relação estudante-médico- paciente. Tal contato, portanto, permitiu ao aluno refletir acerca da necessidade da ação humanizada na medicina, além de permitir a sensação de gratidão e plenitude diante do impacto que os momentos de conversa puderam suscitar nos pacientes.

4 | DISCUSSÃO

A palavra “diálogo” advém do grego e significa fala entre duas ou mais pessoas na busca do entendimento de alguma ideia para solucionar problemas. É a essência da comunicação humana, sempre com um locutor, que apresenta um tema discursivo, e um interlocutor, que percebe, reage, responde e constrói sentidos com o discurso emitido (MATRACA; WIMMER; ARAÚJO-JORGE, 2011).

No entanto, na anamnese, predominam perguntas fechadas e orientações prescritivas, em detrimento da confrontação, reflexão e compartilhamento de decisões. A origem desse problema recai sobre a capacitação no modelo médico para a obtenção de histórias centradas nas doenças, quando comparada à capacitação no modelo centrado no paciente e em habilidades de comunicação. A discussão da abordagem e da inclusão da perspectiva do paciente durante a consulta é, geralmente, negligenciada nos cursos de graduação médica.

A conversa e o diálogo são capazes de promover melhoria da comunicação, pelas experiências compartilhadas e produção de percepções e novas ideias. Segundo Paulo Freire, o diálogo não impõe, não maneja e não doméstica (FREIRE, 1987). Através do diálogo cria-se uma importante ferramenta de vínculo, fluxos, sentidos e informações necessárias que colaboram nas ações de promoção da saúde. É um dever que não cabe somente ao Estado e as instituições de saúde, é dever de todo profissional desse campo, estando ele inserido na atenção primária, secundária ou terciária. Nesse sentido, a geração de encontros facilita a construção compartilhada de conhecimentos no trabalho em saúde.

Uma relação médico-paciente adequada tem efeitos benéficos na satisfação dos usuários, na qualidade dos serviços de saúde e também no estado de saúde dos pacientes (CAPRARÁ; RODRIGUES, 2004). No estudo de Fallowfield, a incidência de ansiedade e depressão 12 meses após o diagnóstico de câncer de mama foi menor entre os pacientes que tiveram acesso a uma boa informação, em comparação ao grupo mal informado. (FALLOWFIELD et al., 1990). O sucesso do tratamento atrelado a uma boa relação médico-paciente também é salientado por Dixon e Sweeny:

A importância da relação terapêutica explica por que a adesão ao processo terapêutico depende mais do médico do que das características pessoais do paciente, em particular, o paciente é muito mais inclinado a atender a prescrição se ele pensa que conhece bem o médico que está prescrevendo (DIXON; SWEENEY, 2000).

Já em 1986, a Carta de Ottawa (CARTA DE OTTAWA, 1986) firmou-se como um marco na construção do conceito de Promoção da Saúde. Neste documento, saúde é entendida como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver. É o que propõe o Conversa ao Pé do Leito. Para o doente: um alívio durante os longos períodos de internamento em hospitais, longe de amigos, família e da sociedade, onde a solidão é um fator que pode implicar num agravante para sua situação de sofrimento e dor. Já para o estudante, torna-se uma oportunidade para vivenciar a relação médico paciente centrada no ser social e não no objeto - doença, consolidando a medicina como um compromisso social. Nesse sentido, o diálogo se torna uma atividade de reflexão e observação da experiência vivida. Mariotti ressalta que para a prática dialógica é essencial: ouvir para aprender algo de novo e não para conferir com crenças prévias; respeitar as diferenças e a diversidade; refletir sem julgar; ter sempre em mente que o objetivo é criar e aprender, e não “ter razão” e sair vencedor. O diálogo é uma metodologia de reflexão conjunta, que visa melhorar a produção de novas ideias e compartilhar significados (MARIOTTI, 2001).

O diálogo ajuda a contrapor a ideia de saúde como simples ausência de

enfermidade ou uma sensação de bem-estar, defendida inicialmente como conceito universal da saúde pela OMS desde 1946. Desta forma, a Promoção da Saúde para Lefevre (LEFEVRE, 2004), é uma reação “positiva” (positivo de positividade e não de positivismo), que conduz para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde com ambiente, educação, pessoas, estilo e qualidade de vida, dentre outros.

Saber escutar constitui uma estratégia comunicativa eficaz que pode potencializar a construção do vínculo entre os profissionais de saúde e o paciente, assim como, pode também auxiliar na melhoria do estado físico e emocional em que o paciente se encontra. Estimular que conte sua história social, fale da família e dos amigos, da saudade de casa, dos espaços sociais que frequentava, dos seus medos, entre outros assuntos, possibilitará uma diminuição da ansiedade, da solidão e dos medos que foram integrados ao cotidiano desde sua hospitalização. O Conversa ao Pé do Leito busca resgatar a relação paciente – médico tanto na prática profissional, quanto como elemento fundamental na formação do médico.

Neste sentido, a criação de mecanismos de diálogo e encontros favorece a mediação de saberes entre agentes de promoção da saúde e a população. Trabalhados em diálogos coletivos, os saberes científicos e populares sobre saúde e doença se hibridizam e poderão embasar a construção de políticas públicas comprometidas com os direitos sociais e humanos (MATRACA; WIMMER; ARAÚJO-JORGE, 2011).

5 | CONCLUSÃO

A qualidade da assistência que se presta ao paciente pode ser diretamente influenciada pela habilidade de nos comunicarmos. Segundo estudos de Donabedian, a partir da década de 70, percebe-se a relevância da relação estabelecida entre médico e paciente, exercendo influência majoritária na percepção sobre a qualidade do serviço de saúde por parte dos pacientes (CAPRARÁ; RODRIGUES, 2004).

Conforme afirma Spinsanti, é imprescindível respeitar os valores subjetivos do paciente, promover autonomia e a tutela das diversidades culturais, assim, o profissional deve oferecer atenção e acolhimento, escutando o paciente, suas histórias, desejos, queixas, entendendo o seu comportamento, uma vez que essa interpretação auxiliará a intervir junto ao paciente, facilitando o processo de aceitação e enfrentamento positivo da doença, repercutindo tanto na saúde mental quanto em questões como a melhor adesão ao tratamento (CAPRARÁ; RODRIGUES, 2004).

Sendo assim, quando o que se objetiva é uma melhora da qualidade do serviço de saúde, uma interação adequada entre médico e paciente é a chave para a medicina humanizada. Dada a necessidade de propagar a maior qualidade das relações

médico-paciente, iniciar pelo microambiente do nosso Hospital Universitário com futuros médicos, foi a ideia para enraizar tais conceitos na construção do médico em formação, além de beneficiar a sociedade atendida pelo Complexo Hospitalar, abarcada pelo projeto. As experiências vividas com a execução do “Conversa ao pé do leito” são de imensa satisfação, portanto, planeja-se envolvê-lo em pesquisas científicas para obtenção de elementos sólidos sobre o poder do diálogo no processo de cura dos pacientes internados, bem como ajudar e incentivar outras centros de graduação médica a adotarem tal experiência.

6 | AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que nos ajudaram na realização do projeto; à nossa coordenadora a Prof.^a Dr.^a Tânia Maria Lago Falcão e à Universidade de Pernambuco pela oportunidade e incentivo aos projetos de extensão como uma contribuição acadêmica para sociedade.

REFERÊNCIAS

- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença.** In: O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2005. ISBN 8573797436.
- BALLESTER, D. et al. **A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico.** Rev Bras Educ Med, v. 34, n. 4, p. 598–606, 2010.
- BRANDT, J. A. **Grupos balint: suas especificidades e seus potenciais para uma clínica das relações do trabalho.** Revista da SPAGESP, v. 10, n. 1, p. 40–45, 2009.
- CAPRARAS, A.; RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Ciência & saúde coletiva, SciELO Public Health, v. 9, p. 139–146, 2004.
- Carta de Ottawa.** I Conf Intern sobre Promoção da Saúde, Ottawa, nov 1986.
- DIXON, M; SWEENEY, K. **The human effect in medicine: theory, research and practice.** Oxford: Radcliffe Medical Press, 2000.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17a. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 3, p. 36, 1987.
- Lefevre F. **Promoção da Saúde, ou, A negação.** Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.
- MARIOTTI, H. **Diálogo: um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência.** Revista Thot, v. 76, p. 6–22, 2001.
- MATRACA, M. V. C.; WIMMER, G.; ARAÚJO-JORGE, T. C. d. **Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria.** Ciência & Saúde Coletiva, SciELO Public Health, v. 16, p. 4127–4138, 2011.
- PENDLETON, D. et al. **A nova consulta: desenvolvendo a comunicação entre médico e**

paciente. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SANDOVAL, J. Pensar a Comunicação para a Promoção da Saúde a partir de Práticas Profissionais, Bahia: Jequié, 2001.

DEMANDAS DO OPRIMIDO: NECESSIDADES EDUCATIVAS DE IDOSOS

Célia Maria Gomes Labegalini

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

Poliana Ávila Silva

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

Iara Sescon Nogueira

Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

Marina Bennemann de Moura

Enfermeira. Mestra em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

Lígia Carreira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR.

RESUMO: Objetivou-se desvelar as demandas educativas dos idosos. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo de caráter qualitativo, realizado com os idosos residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pinheiros, localizada no município de Maringá/PR. Os dados foram coletados durante os meses de janeiro a março de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se como instrumento um roteiro elaborado pelas pesquisadoras. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, a fim de respeitar a fidedignidade dos discursos. Foram entrevistados 40 idosos dos quais 16 eram homens e 24 mulheres. As demandas educativas apresentadas por esses idosos foram diversas, e dentre elas houve a predominância de dois assuntos: Hipertensão Arterial e Acidente Vascular Cerebral, sendo sugeridos por três indivíduos cada um desses assuntos. Deparou-se também com 25 idosos que não souberam expressar nenhuma demanda educativa. Assim, concluiu-se que existem demandas educativas distintas sinalizando a necessidade de práticas educativas na Atenção Primária com temas variados que sejam de interesse da população.

PALAVRAS CHAVE: Demandas Educativas; Idosos; Enfermagem.

ABSTRACT: The objective was to unveil the educational demands of the elderly. This is an exploratory and descriptive study of qualitative character, conducted with the elderly residents in the area covered by the Family Health Strategy of the Pinheiros Basic Health Unit, located in Maringá/PR. Data were collected from January to March 2016, through semi-structured interviews, using as a tool a script prepared by the researchers. The statements were recorded and fully transcribed in order to respect the reliability of the speeches. Forty elderly people were interviewed, of which 16 were men and 24 women. The educational demands presented by these elderly were diverse, and among them there was the predominance of two subjects: Arterial Hypertension and Stroke, being suggested by three individuals each of these subjects. There were also 25 elderly people who could not express any educational demand. Thus, it was concluded that there are distinct educational demands signaling the need for educational practices in Primary Care with varied themes that are of interest to the population.

KEYWORDS: Educational Demands; Elderly; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato marcante do século XXI e foi possível devido à evolução, no século XX, no ramo científico, tecnológico e social. Essas mudanças permitiram o aumento na expectativa de vida e o envelhecimento da população mundial, sendo, atualmente, um grande desafio para os setores sociais e influenciando a sua dinâmica (MALLMANN et. al, 2015; PEREIRA et. al, 2019).

Atualmente, é perceptível o aumento da população idosa brasileira, e isto vem ocorrendo rapidamente. De acordo com a síntese de indicadores sociais produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a expectativa de vida no Brasil cresceu 3,3 anos de 1998 a 2008. No sexo feminino, a expectativa de vida aumentou 73,6 para 76,8 anos e no sexo masculino, de 65,9 para 69,3 anos, chegando à média de 73 anos. Uma das características que acompanha o processo de envelhecimento é a feminilização populacional, e em média, maior expectativa de vida quando comparada a idosos do sexo masculino (SILVA et. al, 2018).

O envelhecer traz novas demandas de cuidado e exige organização dos serviços de saúde para melhor atendê-las. Conhecer as necessidades de saúde dos idosos é necessário para a gestão e para o cuidado, e visando manter esses idosos saudáveis e promover sua saúde, as práticas educativas integram-se aos cuidados de enfermagem, em busca de construir em conjunto saberes relativos ao processo saúde-doença-cuidado. Por meio da elaboração e do fortalecimento da cumplicidade, a educação assegura aos indivíduos, o direito de decidir quais estratégias são mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

(FARIAS; MARTIN; CRISTO 2015; MALLMANN *et al.*, 2015).

Pautada no diálogo e na troca de saberes, a prática educativa valoriza o conhecimento popular, o estímulo e o respeito à autonomia dos participantes no cuidado de sua própria saúde e incentiva a participação ativa no controle social, contribuindo para a melhoria das condições de vida e de saúde da população (FARIAS; MARTIN; CRISTO 2015; MALLMANN *et al.*, 2015). Daí a relevância dessa abordagem no contexto do envelhecimento.

Afirma-se que as práticas educativas dialógicas concretizam-se por meio do levantamento de temas educativos de acordo com a consciência do mundo vivido dos envolvidos, e mediante a percepção e evidenciação dos problemas vivenciados pelos sujeitos que os enfrentam e os descobrem cotidianamente, encontram-se maneiras de superá-los (FREIRE, 2018).

Desta forma, as atividades educativas dialógicas tornam-se significativas e precursoras de um verdadeiro processo de construção de mudança, proporcionando autonomia e ‘empoderamento’ (FREIRE, 2018). Assim, quanto aos idosos, infere-se que essas práticas educativas possam melhorar e promover efetivamente sua saúde.

Diante disso, a forma de abordagem em grupo é uma das principais estratégias educativas e representa espaço privilegiado de atuação, especialmente para a população idosa, pois os grupos possibilitam ampliar a atenção individual centrada no controle das doenças crônicas e potencializam a abordagem mais abrangente da saúde, mediante o exercício da criação de vínculos que fortalecem a rede de apoio social e mobilizam as pessoas na busca de autonomia (SOUZA; ASSIS, 2012).

Dada a relevância das práticas educativas, essa pesquisa centrou-se na seguinte questão de estudo: quais são as demandas educativas dos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS)? Assim, objetivou-se desvelar as demandas educativas dos idosos residentes na área de abrangência da UBS Pinheiros.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo-exploratório descritivo de caráter qualitativo, realizado com idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Maringá/PR.

Os participantes do estudo foram escolhidos aleatoriamente na sala de espera da referida unidade de saúde, e foram abordados com o intuito de identificar suas demandas educativas sobre temáticas da área da saúde. A sala de espera é o lugar onde os clientes aguardam o atendimento dos profissionais de saúde, comum de se encontrar em UBSs, mas também pode ser encontrado em outros espaços

de atenção em saúde, como nos hospitais públicos e privados. É um ambiente dinâmico, onde podemos encontrar diferenciados tipos de pessoas a espera de um atendimento de saúde. Assim, as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e se expressam, ou seja, ocorre interação das mesmas possibilitando a troca de pluralidades por meio da linguagem (DANTAS, et al., 2016).

Os critérios de inclusão para participar foram: ter 60 anos ou mais, o que o caracteriza como idoso, e aceitar participar da pesquisa.

Os dados foram coletados durante os meses de janeiro a março de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando-se como instrumento um roteiro elaborado pelas pesquisadoras, dividido em duas partes: a primeira para coletar dados referentes à caracterização sociodemográfica e a segunda com questões abertas referentes às demandas educativas dos idosos. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra, a fim de respeitar a fidedignidade dos discursos, e o anonimato dos idosos se deu ao substituirmos seus nomes por letras em ordem alfabética.

Para tratamento dos dados foi utilizado a análise de conteúdo do tipo temática de acordo com os pressupostos de Bardin (2011), a qual se desenvolve em cinco etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados com a sua organização sistemática em unidades temáticas; e construção de inferências e interpretação das categorias significativas.

A análise temática é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, e consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição possa significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011).

Foram utilizados trechos das falas dos participantes para ilustrar os resultados obtidos, conforme a transcrição integral do registro oral, mantendo a informalidade da língua falada, sem preocupação com as correções referentes a modalidade escrita padrão da língua portuguesa.

O início da coleta de dados ocorreu após autorização da Secretaria Municipal de Saúde do município e aprovação deste projeto pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos sob parecer número 875.081(COPEP/UEM).

Foram respeitados todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e esclarecido foi explicado a todos os participantes do estudo, com destaque para a solicitação de autorização de gravação em áudio das entrevistas, sendo garantido o direito de desistência a qualquer momento, sigilo quanto às informações prestadas e anonimato dos participantes. A entrevista foi condicionada a assinatura pelos indivíduos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em duas

vias, permanecendo uma com o pesquisador e outra com o participante do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 40 idosos, sendo 16 homens e 24 mulheres. A média de idade foi de 72 anos. Em relação ao nível de escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto (n=15). A maioria dos idosos eram casados (n=25) e consequentemente moravam com seus companheiros e mais um familiar seja ele neto(a) ou filho(a).

Quanto as demandas educativas, muitos idosos não souberam expressar alguma demanda educativa de seu interesse, o que totalizou na maior parte dos entrevistados (n=25). Os demais entrevistados (n=15) referiram demandas educativas e a partir de suas respostas foram elencadas duas categorias temáticas que desvelam as demandas educativas: 3.1 Conhecer as doenças; 3.2 Maneiras de melhorar a saúde

3.1 Conhecer as doenças

Nesta categoria as demandas apresentadas estavam associadas às doenças crônicas vivenciadas pelo próprio idoso ou algum familiar, tais como: etilismo, sendo mencionado por um idoso, *Diabetes mellitus* por dois idosos, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), por três idosos, havendo predominância dessas duas doenças, e aquelas endêmicas como Chikungunya que foi mencionada por dois idosos:

“ele (marido) está bebendo demais, bebe direto, ele não vai nem pro hospital e nem aqui. [...] Gostaria de saber as consequências do álcool no organismo”. (A)

“Eu tenho diabete, mas eu pesquiso direto na internet. O que é diabete, o que posso comer, porquê que deu a diabete, porquê que não deu, então eu fico direto pesquisando. Além desse assunto não há mais nenhum outro”. (B)

“Sobre diabetes, eu gostaria de saber sobre isso”. (C)

“Eu gostaria de saber assim, por causa desse AVC que eu tive, que eu não posso andar, tem as pernas mole”. (D)

“ [...] também tenho pressão alta, mas é controlada com os remédios”. (E)

“Creio que só essa Chikungunya que está aparecendo agora. Essa dai precisa esclarecer mais, né”. (F)

“Saber mais sobre as doenças novas que vem surgindo na atualidade”. (G)

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003), as doenças crônicas são responsáveis por 59,0% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e por

45,9% do total de enfermidades, e cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de *Diabetes mellitus* (DM) no mundo e este índice deverá dobrar até 2030. O aumento da incidência do diabetes nos países em desenvolvimento é particularmente preocupante, visto que esta patologia é o principal fator de risco para cardiopatias e doenças cérebrovasculares e, frequentemente, ocorre associada à HAS, que desencadeia outros importantes problemas crônicos, porém, de acordo com os resultados dessa pesquisa ainda é notado a necessidade de abordagem dessas temáticas por parte dos profissionais para com a população, e que dessa forma, pode ser realizado promoção e prevenção a saúde desses idosos, a fim de minimizar os efeitos dessas patologias (PEREIRA *et. al.*, 2019).

Sabemos que o DM e HAS são temas trabalhados frequentemente em Unidades de Saúde, pois são doenças que acometem grande parte da população. As políticas de capacitação da equipe da Atenção Primária empregam estratégias nacionais para a educação dos usuários, cuja finalidade é despertar os profissionais de saúde para os novos saberes e práticas educativas. Em Minas Gerais, temos um exemplo de atividade educativa com indivíduos com DM utilizando oficinas educativas e metodologia problematizadoras para a construção de conhecimentos e a modificação das atitudes frente à doença, favorecendo a mudança de comportamento e consequentemente, a melhora da qualidade de vida dos participantes (AMARAL *et al.*, 2014).

O AVE é uma doença encefalovascular causada por interrupção do suprimento sanguíneo no cérebro, responsável por 10% dos óbitos em todo o mundo. O AVE pode causar sequelas motoras e sensoriais e prejudicar a independência funcional, trazendo impacto negativo na qualidade de vida. Diante desses dados, sendo mencionada por três participantes, identificou-se a necessidade do surgimento de programas de fortalecimento e condicionamento físico por parte da unidade de saúde, pois estudos apontam resultados positivos no que diz respeito aos ganhos de força, marcha, mobilidade e função em pacientes pós AVE (SANTOS; OLIVEIRA; PIEMONTE, 2012).

Contudo, fica explícito que no âmbito da promoção da saúde, o tratamento para a população com doenças crônicas, em específico as que citamos anteriormente, não se limita no consultório, precisa se estender para além dos limites clínicos e permear o ambiente domiciliar, e um dos caminhos para o desenvolvimento do cuidado gerontológico é a abordagem do idoso enquanto cidadão e protagonista do seu cuidado e/ou tratamento. O cuidado de si evidencia-se de forma relacional, sendo que um depende do outro para realizar o cuidado. Nesta vertente, o conhecimento e acesso a informações é imprescindível para a tomada de decisão, e nisto incluem-se as práticas educativas, que podem atender à estratégia básica para a promoção da saúde, considerada como tecnologia educacional inovadora (PEREIRA *et. al.*,

2019).

3.2 Maneiras de melhorar a saúde

Nesta categoria, identificamos demandas educativas voltadas para melhorias para a saúde do próprio idoso e seus familiares, tais como a alimentação, que foi mencionada por um idoso, e a saúde do homem, pontuado por dois idosos. Utilizamos também trechos das falas dos participantes para exemplificar, citadas abaixo:

“Ah eu gostaria de aprender mais de saber mais sobre alimentação né, porque eu mesmo estou com problema direto”. (H)

“Saúde do homem, precisa ser mais esclarecido”. (I)

“Eu vou fazer um tratamento da próstata, e eu queria saber se eu vou ficar internado, se eu vou pro HC, e eu vou consultar pra saber”. (J)

Notou-se nos trechos citados que a população idosa necessita de diálogo com os profissionais de saúde, e que este contato deve atuar para além de espaços destinados a questionamentos cotidianos básicos, pois carecem ser promotores de troca de saberes (OLIVEIRA et al.; 2018) na intenção de fomentar o conhecimento e compreensão de aspectos associados a saúde.

Quando se trata de saúde do homem, é um assunto complicado devido a vulnerabilidade e resistência em que os homens apresentam, quando comparado as mulheres, e que muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem com regularidade medidas de prevenção primária. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco. A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade (DANTAS; COUTO, 2018), dificultando assim a realização da educação em saúde com esse público.

Além das demandas educativas, os participantes também foram investigados quanto a melhor forma de abordagem dessas demandas em atividades educativas. Destes, 20 idosos relataram que a melhor forma de abordagem seria em grupo, 11 idosos por consulta médica, cinco disseram que seria melhor se fossem realizada visita domiciliar para os idosos e quatro idosos não informaram nenhum tipo de abordagem. Abaixo seguem trechos das falas para melhor exemplificação:

“Eu acho que por vídeo e por meio de grupo, quando a gente está em grupo a gente aprende muito mais, sempre alguém tem uma ideia nova que às vezes a gente desconhece, né”. (K)

“Só com o médico está bom [...].(L)

“Além da internet eu gostaria que fosse feito algum grupo. Quanto mais aprofundar melhor é, né. Pode ser pelo médico, por grupos, reuniões, se quiser ir na minha casa pode ir também”. (M)

“Pode ser uma reunião né é melhor, pode ser também, igual eles fala pra gente: hoje a reunião vai ser na casa do Rafael, e amanhã vai ser na casa do vizinho, e assim, junta umas três ou quatro ruas e faz as reuniões na casa de cada um, ai outro dia faz no posto, outro dia faz em outra rua com mais três quadras, e assim vai, ai quem não pode vim no posto ai vai na casa dele né”. (N)

“Eu acho que por vídeo e por meio de grupo, quando a gente está em grupo a gente aprende muito mais, sempre alguém tem uma ideia nova que às vezes a gente desconhece, né”. (O)

“Pra mim é bom um grupo, ir na minha casa também, as vezes a gente não pode vir direto, por causa da idade, e aparecer em casa seria bom”. (P)

É possível perceber nos trechos citados acima, que o usuário possui uma necessidade de interação e diálogo com os profissionais da UBS, e que por meio das práticas educativas isso pode ser possível facilitando o vínculo. Entretanto, em experiências com práticas educativas, percebe-se que o usuário apenas faz perguntas para o profissional, destacando uma passividade durante as práticas educativas, e um diálogo apenas entre cada usuário e o profissional. Não há uma dinâmica que permita que os participantes troquem seus saberes entre si mediados pelo profissional. Todos estão lá para aprender o que o profissional deve ensinar, deixando de lado todo o potencial que uma troca grupal poderia proporcionar para a construção do aprendizado (BRITO; COSTA, 2015).

Cabe destacar que apesar da importância das atividades educativas para empoderamento dos saberes e consequente reflexo desse conhecimento de maneira a contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida, quando os participantes foram questionados sobre como a UBS poderia contribuir para sua saúde, apenas um participante relatou atividades educativas em grupos como forma de contribuição para sua saúde, os demais referiram para isso há necessidade de agilidade em consultas, exames e encaminhamentos.

“Reunião com certeza, porque aqui a gente é área descoberta né, que é uma vergonha pra gente, não tem atendimento médico, nem de enfermeiro, nem de nada. Então tinha que ter essas reunião mesmo pra melhorar o atendimento”. (O)

“O que pode ajudar é que precisa ser mais rápido nos exames encaminhamentos que a pessoa precisa, porque demora demais”. (P)

“Ter mais recurso, né. Não está mais tendo tanto recurso igual o povo precisa”.

(Q)

"Eles poderiam deixar a gente marcar a consulta durante o dia, não precisava vir tão cedo no postinho, enfrentar uma fila e às vezes não conseguir". (R)

"A gente tem consulta marcada a não sei quanto tempo, já vai pra quase um ano que eu estou esperando o endocrinologista e não chama". (S)

Em relação a falta de médicos, como pode ser analisado de acordo com os exemplos das falas dos participantes, é uma queixa muito frequente dos clientes que utilizam os serviços de saúde, e mesmo com todos os avanços alcançados para melhorias ainda nos deparamos com este cenário, devido a vários fatores que ocasionam esta situação como: falta de profissionais; falta de condições de trabalho nas unidades de saúde; baixo salário para categoria, entre outros. Com isso a população é acometida pela falta de assistência médica, dificultando assim a solubilidade dos problemas elencados por esta população.

Quando são pontuados falta de recursos para o Sistema Único de Saúde, é algo bastante criterioso para se discutir, pois esta não é uma realidade exclusiva do Brasil, o que envolve vários aspectos para ser questionados e analisados a fim de se obter uma conclusão precisa sobre o assunto.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que as demandas educativas apresentadas por esses idosos foram diversas, sendo que houve predominância das temáticas de HAS e AVE, sendo sugeridos por três indivíduos cada uma desses assuntos. Evidenciou-se que existem demandas educativas distintas sinalizando a necessidade de desenvolver práticas educativas na atenção primária com temas variados que sejam de interesse da população.

Além da importância na escolha das temáticas a serem abordadas com os idosos é importante que a metodologia utilizada para abordagem dos conteúdos também estejam adequadas para esse público. Acreditamos que metodologias ativas e participativas, proporcionem um excelente resultado.

REFERÊNCIAS

AMARAL, M. A. A. et al. Oficinas educativas na atenção primária de saúde para promoção do autocuidado em Diabetes mellitus. **Revista de APS.** v. 17, n. 1, p. 58 -64, 2014.

BRITO, P. P.; COSTA, M. P. Forma de participação dos usuários nas práticas educativas de uma equipe de saúde da família como meio de transformação. **Revista de APS.** v. 18, n. 4, p. 463-469, 2015.

DANTAS, M. N. L. et al. Ações Educativas para idosos em sala de espera: promovendo a qualidade de vida. **Anais da IV Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte**. Disponível em: <<http://www.fjn.edu.br/iniciacaocientifica/DVD/PDF/EN0000001354.pdf>>. Acesso em 26 abr. 2016.

DANTAS, S.M.V.; COUTO, M.T. Sexualidade e reprodução na Política Nacional de Saúde do Homem: reflexões a partir da perspectiva de gênero. **Sex., Salud Soc.**, n. 30, p. 99-118, 2018.

FARIAS, P.A.M.; MARTIN, A.L.A.R.; CRISTO, C.S.. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 1, p. 143-150, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra; 2018.

MALLMANN, D.G.; GALINDO NETO, N.S.; SOUSA, J.S.; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p.1763-1772, 2015.

OLIVEIRA, F.A.; SOUZA, F.S.; CAVALCANTE, S.L.; COUTO, A.R.M.;

ALMEIDA, A.N.S.; BRANCO, M.S.C.C. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde, **Rev. Eletr. de Extensão**, Florianópolis, v. 15, n. 28, p. 137-150, 2018. doi: 10.5007/1807-0221.2018v15n28p137

PEREIRA, E.L.C.; SANGUINO, G.Z.; RONCHI, T.S.; PREVIATO, G.F.; JAQUES. A.E.; BALDISSERA, V.D.A. Tecnologias Educativas Gerontogeriátricas nas Diferentes Temáticas de Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.9. s/n, p. e2768, 2019.

SANTOS, A. M. B.; OLIVEIRA, T. P.; PIEMONTE, M. E. P. Elaboração de um manual ilustrado de exercícios domiciliares para pacientes com hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Fisioterapia e Pesquisa**. v. 19, n. 1, 2012.

SILVA, P.A.B.; SANTOS, F.C.; SOARES, S.M.; SILVA, L.B. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Rev Fund Care**, 10(1), 97- 105. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018>.

SOUZA, L. M.; ASSIS, M.; Educação popular em saúde e grupos de idosos: revisão sobre princípios teórico-metodológicos das ações educativas em promoção da saúde Popular. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 15, n. 4, p. 443-453, 2012.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: UMA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Dharah Puck Cordeiro Ferreira Bispo

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

Patricia Ivanca de Espindola Gonçalves

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

RESUMO: Objetivo: identificar a área de atuação da Estratégia Saúde da Família Flores o município de Garanhuns/PE, e como objetivo específico: planejar uma matriz de intervenção baseado nas necessidades observadas através do diagnóstico de área. Método: trata-se de uma pesquisa documental, que foi realizado na Estratégia Saúde da Família Flores localizada em Garanhuns/PE. A coleta de dados foi realizada em abril a junho de 2013 através tabulação de dados contidos na Ficha A e SSA2, bem como conversas com funcionários e observação de campo. Resultados: a Estratégia Saúde da Família Flores atende a 1301 famílias na cidade de Garanhuns/PE, este número foi dividido em sete microáreas. Com base nisso, foi possível analisar as informações relacionadas à Estratégia Saúde da Família Flores, seus indicadores sociais, dados sócio-demográficos e matriz de intervenção. Conclusão: o diagnóstico situacional é imprescindível para conhecer

a Estratégia Saúde da Família e fomentar políticas públicas de saúde, contribuindo para que os serviços de saúde sigam as normas/orientações estabelecidas previamente, comparando o modelo ideal com a realidade a fim de melhorar a saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Modelos de Assistência à Saúde.

SITUATIONAL DIAGNOSIS: A HEALTH ASSESSMENT TOOL

ABSTRACT: Objective: to identify the area of performance of the Flores Family Health Strategy in the municipality of Garanhuns/PE, and as a specific objective: to plan an intervention matrix based on the needs observed through the area diagnosis. Method: this is a documentary research, which was conducted in the Flores Family Health Strategy located in Garanhuns/PE. Data collection was performed from April to June 2013 through tabulation of data contained in Form A and SSA2, as well as conversations with staff and field observation. Results: the Flores Family Health Strategy serves 1301 families in the city of Garanhuns/PE, this number was divided into seven micro areas. Based on this, it was possible to analyze the information

related to the Flores Family Health Strategy, its social indicators, socio-demographic data and intervention matrix. Conclusion: the situational diagnosis is essential to know the Family Health Strategy and to promote public health policies, contributing to the health services follow the previously established norms/guidelines, comparing the ideal model with reality in order to improve the health of the population.

KEYWORDS: Health Evaluation. Family Health Strategy. Healthcare models.

1 | INTRODUÇÃO

Com o avanço da área médica ocorreu um retrocesso na saúde pública, pois cada vez mais os profissionais de saúde buscam as especializações. Diante disso, a presença constante de profissionais especialistas resulta na assistência de saúde ao indivíduo de forma fragmentada, o que é totalmente diferente do que tem sido preconizado, que é a visualização de um ser humano integral. Logo, os profissionais de saúde têm se afastado cada vez mais da população, ficando em sua maioria restritos aos grandes centros, deixando grande parte da população desassistida no interior do Brasil. Fato esse que perdurou durante décadas, resultando numa assistência básica de saúde da população precária, não vislumbrada como fundamental para a manutenção do bem-estar (NEGRI, 2000).

Diante disso, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, que em seguida foi denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS”, logo diminuir as lacunas deixadas por esse avanço, sendo uma forma de aproximar os profissionais da família brasileira, avaliando suas necessidades, atuando na promoção da saúde e prevenção de doenças, tentando se afastar do modelo curativista e biomédico hegemônico, criando compromissos e co-responsabilização entre os profissionais e a população (BRASIL, 1994; 2001).

Logo, a ESF tem o foco da assistência direcionada para a família, esta passa a ser o objeto de atenção, compreendida a partir do ambiente onde vive. Isso colabora para a percepção ampliada do processo saúde-doença e, dessa forma, da necessidade de intervenções condizentes com a realidade, gerando maior impacto social (BRASIL, 1997).

Há uma necessidade eminente e constante de conhecer o interior e cada área assistida pela ESF, com o intuito de melhorar a abrangência da assistência de saúde a população, para isto a proposta de realizar um diagnóstico de uma ESF é imprescindível para conhecer melhor a rotina da ESF e a relação profissional-

sujeito-comunidade a fim de pensar em estratégias que respondam a necessidades específicas da população.

Neste contexto, questiona-se: conhecer a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família através da realização de um diagnóstico de área é necessário para traçar estratégias e uma matriz de intervenção? Para responder a este questionamento elaborou-se como objetivo geral do estudo: identificar a área de atuação da ESF Flores o município de Garanhuns/PE. E como objetivo específico: planejar uma matriz de intervenção baseado nas necessidades observadas através do diagnóstico de área.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, que segundo Gil (1999; 2007), diz respeito à análise de materiais que não receberam nenhum tratamento analítico. A pesquisa de campo é um tipo de estudo que possui um grupo alvo definido para realização do estudo e consiste no estudo profundo e exaustivo de um objeto, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

Este estudo foi realizado na ESF Flores localizada no município de Garanhuns/PE. Vale salientar, que com o intuito de garantir o anonimato foi escolhido o nome Flores para a ESF supracitada.

A coleta de dados foi realizada em abril a junho de 2013 nas instalações da ESF e em sua área de abrangência, através tabulação de dados contidos na Ficha A e SSA2, bem como conversas com funcionários e observação de campo nas microáreas. A obtenção dos dados ocorreu durante o rodízio da atenção básica do programa de residência, no qual as autoras fizeram parte.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Diagnóstico da esf flores

3.1.1 *Descrição da área*

O nome Garanhuns é de origem Tupi e significa: terra ou campo de guarás e anuns. Existia nesta região um pássaro avermelhado chamado guará e duas tribos indígenas a Guiranhú e Unhanhú, cujo nome tem o mesmo significado da cidade. No final do século XVII, chegou a Garanhuns Domingos Jorge Velho, a convite do governador da capitania de Pernambuco. Para ajudar a combater os quilombos revoltosos, além dos quilombolas vários índios foram mortos. Com sua vitória ganhou uma sesmaria de seis léguas. Entregando assim suas terras a seu

filho Miguel Coelho Gomes (LIMA, 2009).

A filha de Miguel Coelho Neto com uma índia Cariri, Simôa Gomes (1693), doou uma parte da terra que havia recebido com a morte de seu marido para a Irmandade das Almas. Essa terra foi aos poucos se povoando até tornar-se Garanhuns. Não tendo data de fundação, foi surgindo gradativamente. Emancipada no século XIX em 4 de fevereiro de 1879. Neste ano em visita a vila de Garanhuns o deputado provincial Silvino Guilherme Barros ficou encantado com as potencialidades da vila e ao retornar ao Recife, apresentou um Projeto de Lei nº 1309, elevando a vila à categoria de cidade (LIMA, 2009).

Localizada a sudeste do estado de Pernambuco, agreste meridional, está situada num vale elevado do planalto da Borborema com 930 metros de altitude e seu ponto mais alto é de 1030 metros. Cravada entre sete colinas, possui uma reserva hidromineral de enorme potencial. Conta com 61 estabelecimentos de saúde nas diversas áreas, especialidades e níveis. De acordo com os dados obtidos pelo Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 a população do município de Garanhuns/PE corresponde a 129.408, estima-se que em 2012 este número aumente para 131.69 (IBGE, 2010).

3.2 ESF Flores

Do total da população do município de Garanhuns/PE a ESF Flores, atende a 1301 famílias, este número foi dividido em sete microáreas, conforme abaixo no gráfico 1. Estas áreas abrangem diferentes delimitações geográficas, sendo assim, são compostas por ruas específicas.

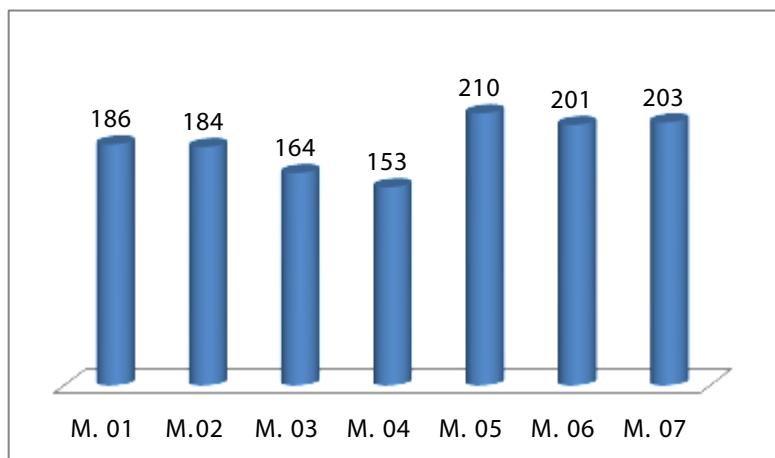


Gráfico 1 – Usuários cadastrados por microárea na ESF Flores. Garanhuns/PE, Brasil, 2013.

Fonte: Elaboração própria.

Segundo relato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no início da

implantação da ESF as ruas não eram asfaltadas, dessa forma os esgotos ficavam a céu aberto. Atualmente, a maioria das ruas são calçadas ou asfaltadas, fato que melhorou as condições de saúde da população dessa área.

Destarte, a microárea 05 e 07 fazem parte de uma invasão, o terreno era desabitado onde existiam mato e lixo, diante dessa realidade um grupo de sem teto começaram a construir casas. Assim, hoje é considerada uma grande comunidade, que é organizada por uma associação de moradores. Já a microárea 04 começou em um terreno onde existia um lixão em torno de uma voçoroca, hoje a maioria das casas ainda são de alvenaria e sem saneamento básico.

Quanto às áreas de risco, na microárea 01 existe uma voçoroca, onde as crianças brincam, e ainda há a presença de terrenos com grande quantidade de lixo, sistema de esgoto entupido e casos de violência doméstica. Em ruas próximas a USB, pertencente a microárea 02, ocorre venda e consumo de drogas ilícitas. As microáreas 03, 04, 05, 06 e 07 apresentam como área de risco os lugares onde não há o saneamento básico.

A ESF supracitada conta com a presença de uma equipe multiprofissional, composta por 14 profissionais de diferentes áreas.

Diante do exposto, é possível observar como a ESF Flores está dentro dos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde (MS) para que seja implantada a unidade, pois é preconizado a existência de uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e entre 4 a 6 Agente Comunitário de Saúde - ACS (BRASIL, 2007).

Dessa forma, ocorrem atendimentos médico, de enfermagem e odontológico, onde cada dia o atendimento é direcionado a um público específico, de um modo geral não existe espaço para demanda espontânea. Porém, todos os dias os/as usuários/as podem buscar a unidade para a realização de vacinas e curativos, além dos procedimentos comuns, como a verificação dos sinais vitais e entrega de medicamentos mediante prescrição médica.

Esse fato pode ser confirmado por meio da visualização do gráfico 2, durante os meses de abril a junho de 2013, que apresentam as consultas realizadas na ESF Flores de acordo com as seguintes demandas:

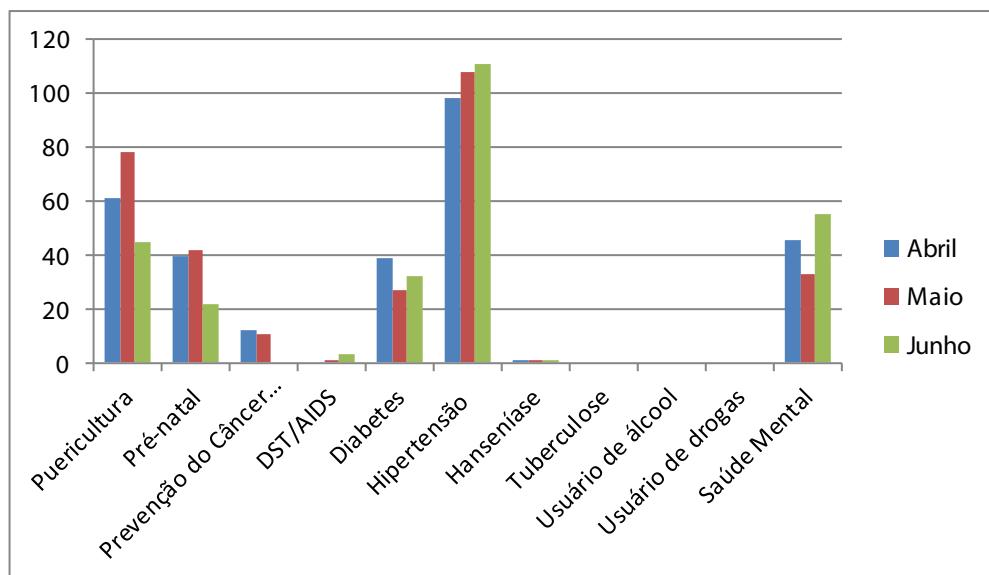


GRÁFICO 2 – Número de consultas realizadas na ESF Flores, Garanhuns/PE, abr-jun, Brasil, 2013.

Fonte: Elaboração própria.

3.3 Indicadores sociais

3.3.1 Homens e mulheres

O surgimento de uma estratégia de governo, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa atender a todas as faixas etárias existentes na população brasileira, aparece arraigado a diversos valores preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim a universalidade, equidade e integralidade corroboram para a promoção da saúde e prevenção de doença, estimulando tanto na população quanto em profissionais de saúde o desejo de busca por uma mudança da realidade, onde o modelo curativista e biomédico, hegemônico, seja substituído por algo mais humano, que vise práticas de educação e saúde efetivas (PEDROSA, 2003).

Dessa forma, na ESF Flores durante os meses de abril a junho de 2013, o número de usuárias foi de 1885 e de usuários 1762, conforme o descrito por microárea no gráfico 3. Vale salientar, que no município de Garanhuns, de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010), a população de mulheres era de 68.432 e de homens 60.976.

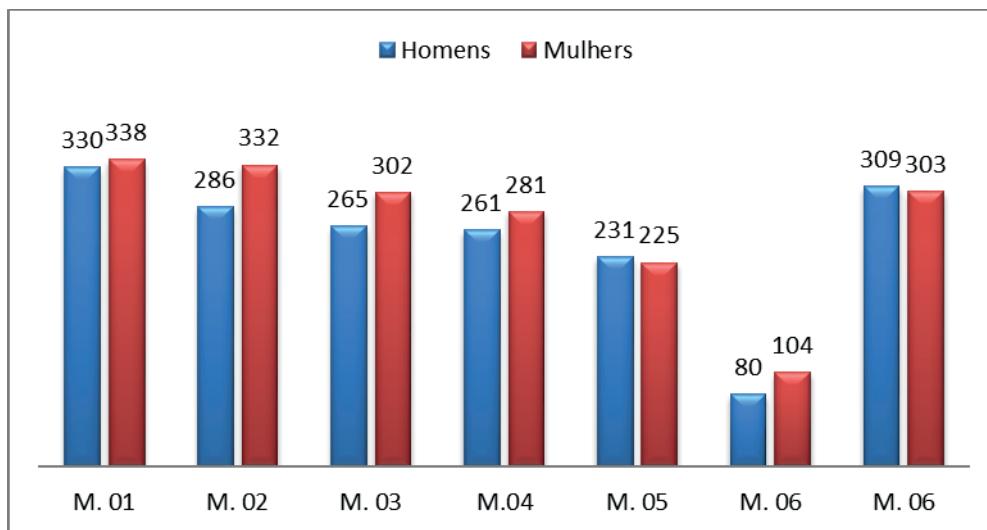


GRÁFICO 3 – Quantidade de homens e mulheres cadastrados na Estratégia Saúde da Família Flores. Garanhuns/PE, abr-jun, Brasil, 2013.

Fonte: Elaboração própria.

3.3.2 Crianças de 0 a 9 anos de idade

Pensar nessa população específica se faz necessário, pois as doenças prevalentes na infância sempre foram preocupantes para os gestores da saúde. Diante dessa realidade o Estado de Pernambuco em conjunto com o do Pará, Ceará e Sergipe iniciou em 1996 a implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em municípios com taxas de mortalidade infantil acima de 40/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2000; FELISBERTO et al., 2000).

Com isso, a estratégia da AIDPI, traz um ponto de vista moderno na abordagem à saúde da criança na Atenção Primária em Saúde, avaliando de forma sistemática os principais fatores que afetam a saúde das crianças, para que haja a introdução do conceito de integralidade, além da inserção de práticas curativas por meio de ações de promoção e prevenção (BENGUIGUI et al., 1997).

Logo, é possível observar a importância da capacitação dos profissionais de saúde nessas áreas a fim de diminuir as barreiras existentes pela falta de acesso a saúde e educação, pois no que se refere ao número de crianças entre 0 a 9 anos de idade, durante os meses de abril a junho de 2013, existia uma quantidade considerável de indivíduos nessa faixa etária, sendo descrita pela seguinte número de usuárias: 301 e de usuários: 437, conforme o observado no gráfico 4 abaixo, onde esses valores são mostrados por meio da divisão dos dados nas sete microáreas que compõe a ESF.

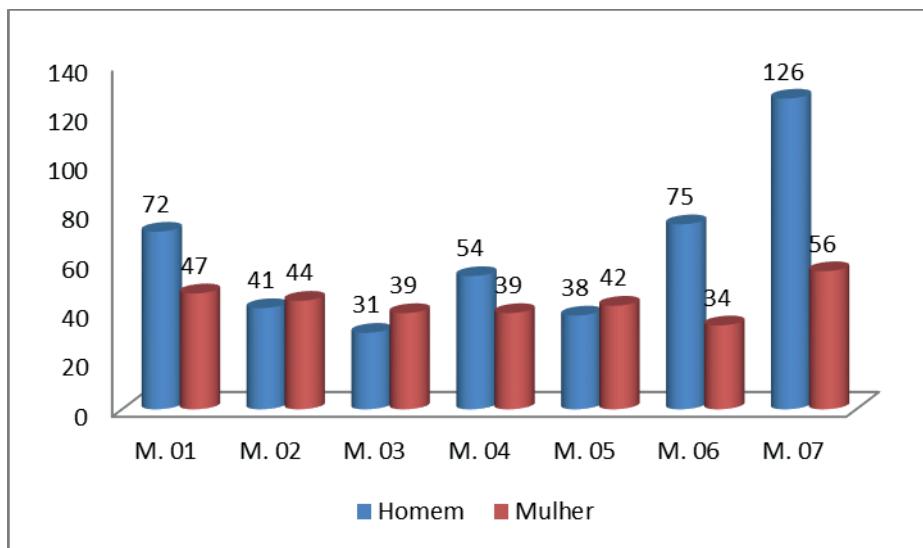


GRÁFICO 4 – Homens e mulheres de 0 a 9 anos de idade cadastrado na Estratégia Saúde da Família Flores, Garanhuns/PE, abr-jun, Brasil, 2013.

Fonte: Elaboração própria.

3.3.3 Adolescentes de 10 a 19 anos de idade

As políticas públicas avançaram no Brasil, dentre elas a voltada para a saúde do adolescente, que foi criada e regulamentada na década de 80. Porém, ainda é preciso que ocorram diversos avanços nessa área, pois o adolescente, geralmente, passa despercebido na ESF, onde é preciso enxergá-lo como um ser integral, que é complexo e com várias nuances.

Durante os meses de abril a junho de 2013, a ESF Flores tinha 500 usuárias e 539 usuários cadastrados, entre a faixa etária de 10 a 19 anos de idade.

3.3.4 Adultos de 20 a 59 anos de idade

Na fase produtiva, a população inserida nesta etapa necessita de ações específicas, focadas para a promoção de sua saúde, onde a saúde do trabalhador é enfatizada nas diversas categorias de trabalho, com o intuito de alcançar tanto o homem, quanto a mulher, que inseriu-se nesse processo há menos tempo através de sua emancipação.

Sendo assim, nota-se que na faixa etária entre 20 a 59 anos de idade, a ESF Flores, durante os meses de abril a junho de 2013, teve 1157 usuárias e 1018 usuários cadastrados.

Dessa maneira, é preciso planejar e elaborar em conjunto com a equipe da ESF Flores, principalmente, quando existe uma quantidade considerável da população assistida presente nessa faixa etária, para que a mesma possa ser assistida com qualidade.

3.3.5 *Idosos de 60 anos ou mais de idade*

O envelhecimento da população é fato notório no cenário mundial desde o século passado, devido ao crescimento acelerado de idosos. Antes, esse fenômeno era observado somente em países desenvolvidos, mas com o passar dos anos houve mudanças no perfil demográfico da população, observando-se o crescimento de idosos também nos países em desenvolvimento, em especial do Brasil, país que em 2025 ocupará o 6º lugar em número de idosos, com 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2005; LUZARDO, GORINI, SILVA, 2006; PAPALEO, CARVALHO, 2005).

Logo, por estar mais presente, tornou-se um processo, o qual também acontece na área da ESF Flores. Durante os meses de abril a junho de 2013, foi possível observar que existiam 187 usuárias e 149 usuários dentro dessa faixa etária.

4 | DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

De acordo com o IBGE (2012), o número de matrículas do ensino fundamental e médio no município de Garanhuns/PE foi de 29.944. O número total de alfabetizados residentes no município supracitado foi de 97.216. De acordo com os dados encontrados durante o diagnóstico do total de usuários cadastrados na ESF Flores, 2477 são alfabetizados e 382 são analfabetos.

No que diz respeito a quantidade de menores de 15 anos na ESF Flores entre os meses de abril a junho de 2013 existiam 565 mulheres e 1020 homens menores de 15 anos.

O total de pessoas ocupadas no município de Garanhuns conforme o Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010) é de 19.059. Destes as principais ocupações encontradas foram: estudante (887), agricultor (291) e dona de casa (250).

Além disso, existem como equipamentos sociais as Igrejas Assembléia de Deus, Batista, Presbiteriana do Brasil, onde o último citado é vinculado a um projeto social, denominado como “Barnabé”, o qual oferece reforço escolar no contra turno de crianças entre a faixa etária de 4 a 12 anos de idade.

Ainda é possível observar a presença de outros dispositivos, como salão de beleza, padarias, escola infantil, mercados, associação de moradores, bar, sindicato dos alcoolistas, entre outros.

Quanto às lideranças e atores importantes foram identificadas pelos ACS como aqueles que são responsáveis pela associação de moradores e de igrejas.

Vale salientar, que não existem tanto lugares para participação da comunidade, o que existe é apenas um espaço identificado como Clube dos Rodoviários, porém

só para associados.

5 | MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Para responder aos objetivos propostos na realização do Diagnóstico Situacional da ESF Flores, abaixo serão elencadas proposições referentes a matriz de intervenção, as quais de acordo o Ministério da Saúde (2010) com tem o objetivo de “agrupar as informações essenciais de todo o processo de planejamento das ações; sistematizar as etapas e tarefas do processo de implantação das atividades planejadas; facilitar a visualização e compreensão das ações planejadas pelo corpo de atores envolvidos nas atividades”.

5.1 Capacitação em saúde mental

Segundo dados de prevalência adotados pelo Ministério da Saúde (MS) 3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais. Quanto ao uso prejudicial de álcool e outras drogas atingem 6% da população (BRASIL, 2009).

Esse público assistido pela ESF, além, dos serviços substitutivos de saúde mental, necessitam de acompanhamento qualificado e eficiente. Dessa forma, os profissionais devem estar preparados para o manejo e tratamento de transtorno mentais no contexto da saúde da família, a fim de possibilitar que estes sujeitos tenham acesso facilitado e rápido ao cuidado em saúde mental.

No período da coleta de dados do diagnóstico identificamos que os ACS confundiam Deficiente Mental com usuários diagnosticados com transtornos mentais no preenchimento da ficha A, bem como se mostravam despreparados para o trabalho com este público. Propomos que ocorra uma capacitação em saúde mental com o objetivo de preparar os profissionais que atual na ESF na identificação de problemas relacionados à saúde mental, bem como a organização de intervenções no âmbito individual e comunitário.

5.2 Planejamento Familiar

Segundo Berer (2006), o planejamento familiar é um conjunto de ações em que são oferecidos recursos, tanto para auxiliar a ter filhos/as (concepção), quanto para prevenir uma gravidez indesejada (contracepção). Porém, este programa, muitas vezes, se restringe à distribuição de preservativos e outros contraceptivos. Logo, a mulher tem sido responsabilizada por esta proteção e/ou busca deste material na ESF não inserindo, em muitos casos, o homem no processo, que também é de seu

interesse e responsabilidade.

Dessa forma, se fazem necessárias intervenções com distribuição de materiais educativos e/ou trabalhos em grupos, que possibilitem a discussão acerca de métodos preventivos e contraceptivos, gênero e importância de planejamento familiar com homens e mulheres, onde juntos possa de fato ocorrer um planejamento familiar de qualidade e resolutivo.

5.3 Grupos/atividades junto aos equipamentos sociais da comunidade

As ações por meio de grupos na Atenção Primária à Saúde (APS) podem ser organizados sob a forma de oficinas, grupos de convivência e outras modalidades de intervenção grupal, com o objetivo de abordar as temáticas relativas ao processo de saúde-doença, à cidadania e ao desenvolvimento pessoal e social. Privilegiando a percepção do conhecimento prévio, as trocas de experiências, vivências e sentimentos, a construção de conhecimento e de projeto de vida, tendo em vista as questões relativas ao cotidiano ou a um tema solicitado pelos participantes. Estes grupos podem ocorrer na unidade de saúde/ESF ou nos equipamentos sociais da comunidade. (BRASIL, 2009).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como a Estratégia Saúde da Família funciona, e quais são suas necessidades é imprescindível para entender e fomentar as políticas públicas de saúde com o intuito de promover o bem-estar biopsicossocial da população assistida, onde a busca de conhecimento dos profissionais de saúde, e da sociedade de um modo geral acerca do funcionamento de cada instituição e de todos os processos intrínsecos são necessários para criar estratégias, e planejar a assistência prestada.

Para isso, realizar o diagnóstico situacional é necessário para conhecer a área que fomos inseridos como residentes para fomentar as políticas, e fazê-las efetivas através da criação de serviços de saúde que buscam seguir as normas estabelecidas pelos mesmos. Sendo possível comparar o modelo ideal com a realidade a fim de melhorar a saúde da população.

Nota-se que é uma forma interessante de realizar o planejamento das ações durante o período de estágio na Atenção Básica, além de tornar possível a realização de uma matriz de intervenção para nortear as futuras práticas da ESF e do Núcleo de Saúde da Família (NASF).

REFERÊNCIAS

- BENGUIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M. & YUNES, J., (org.), 1997. **Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: Segundo as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância**. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.
- BERER, Marge. **Dual Protection: More Needed than Practised or Understood**, Reproductive health Matters, Vol. 14, n. 28, pp. 162-170, November, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a mudança do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI: Módulo 9**. Brasília, 2000.
- _____. Instituto para o desenvolvimento da saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família (versão preliminar)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- FELISBERTO, E. ; CARVALHO, E. F. & SAMICO, I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – Considerações sobre o processo de implantação. **Revista do IMIP**, vol 14, pp. 24-31, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades, 2010**. In: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/temas.php?codmun=260600&idtema=75&search=pernambucolgaranhunsIestimativa-da-populacao-2012>.
- GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4^a edição, São Paulo: Atlas, 2007.
- _____. Pesquisa Social. 4^a edição, São Paulo: Atlas, 1999.
- LIMA, Luiz Gonzaga. **Garanhuns em versos: um pouco de sua historia**. Editora Polys. Recife, 2009.
- LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto contexto enferm [Internet]**, Vol. 15, n. 4, pp. 587-94, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>. Acesso em 14 de junho de 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.
- NEGRI, B. **Assistência básica de saúde: menos doença, mais vida**. [online]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/apresenta/acoes/assistencia.htm>>. Acesso em: 16 de junho de 2013.
- Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 10 de maio de 2013.

PAPALEO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

PEDROSA, I. I. É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 20 de maio de 2013. Entrevista cedida a Radis, 2003.

EQUOTERAPIA - PROMOÇÃO À SAÚDE, À (RE) EDUCAÇÃO E À (RE) INSERÇÃO SOCIAL

Silvia Luci De Almeida Dias

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho. Docente do Curso de Fisioterapia, campus Uruguaiana, Universidade Federal do Pampa (unipampa).

Coordenadora do Projeto de Extensão da unipampa: Equoterapia, Chimarrão e Educação: ao passo se vai ao longe. Possui Curso Básico de Equoterapia, pela ANDE-BRASIL. ORCID: 0000-0001-6061-4352. CV: <http://lattes.cnpq.br/5951882461375978>. Contato: silvyadias@gmail.com

Gisele Silveira Blanco

Mestranda em Educação em Ciências, pelo PPG Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, campus Uruguaiana, Universidade Federal do Pampa (unipampa). Fisioterapeuta, membro da equipe interdisciplinar do Centro de Equoterapia de Uruguaiana General Fidelis.

Co-Coordenadora do Projeto de Extensão da unipampa: Equoterapia, Chimarrão e Educação: ao passo se vai ao longe. Possui Curso Básico de Equoterapia, pela ANDE-BRASIL. ORCID: 0000-0001-5698-5724. CV: <http://lattes.cnpq.br/1818629639206348>. Contato: gisele2012blanco@hotmail.com

Luana Perdiz Duarte

Acadêmica do curso de Fisioterapia, campus Uruguaiana, Universidade Federal do Pampa (unipampa). Bolsista do projeto de Extensão da unipampa: Equoterapia, Chimarrão e Educação: ao passo se vai ao longe. ORCID: 0000-0001-8995-4764. CV: <http://lattes.cnpq.br/1403223809929123>. Contato: lupduarte@yahoo.com.br

RESUMO: este capítulo trata sobre a Equoterapia, que é um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência. Os objetivos a serem alcançados na Equoterapia são a reabilitação e a integração ou reintegração. Ainda neste capítulo será abordado sobre ética, sobre os programas de tratamento (relativos à estrutura da sessão e ao tempo de tratamento), a periodicidade, o cavalo ideal, os benefícios (físico/psicomotores, sociais, educacionais e psicológicos), a equipe técnica, as indicações, as contraindicações e as precauções. O cavalo representa o meio responsável pelo sucesso e desenvolvimento terapêutico. As vivências que o praticante experimentar serão mediadas pelo cavalo. A Equoterapia se mostra, portanto, como um método terapêutico que promove à saúde, a cidadania, a (re) educação e a (re) inserção social.

PALAVRAS-CHAVE: Equoterapia, promoção à saúde, educação, inserção social e pessoa com deficiência.

HIPPOTHERAPY - HEALTH PROMOTION, (RE) EDUCATION AND (RE) SOCIAL INSERTION

ABSTRACT: This chapter deals with Hippotherapy, which is a therapeutic method that uses the horse within an interdisciplinary approach in the areas of health, education and riding, seeking the biopsychosocial development of people with disabilities. The goals to be achieved in Hippotherapy are rehabilitation and integration or reintegration. This chapter will cover ethics, treatment programs (session structure and treatment time), periodicity, ideal horse, benefits (physical / psychomotor, social, educational and psychological), technical staff, indications, contraindications and precautions. The horse represents the means responsible for success and therapeutic development. The experiences that the practitioner experiences will be mediated by the horse. Therefore, Hippotherapy is a therapeutic method that promotes health, citizenship, (re) education and social (re) insertion.

KEYWORDS: Hippotherapy, health promotion, education, social insertion and people with disabilities.

1 | DEFINIÇÃO

Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo (Figura 1) dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência.

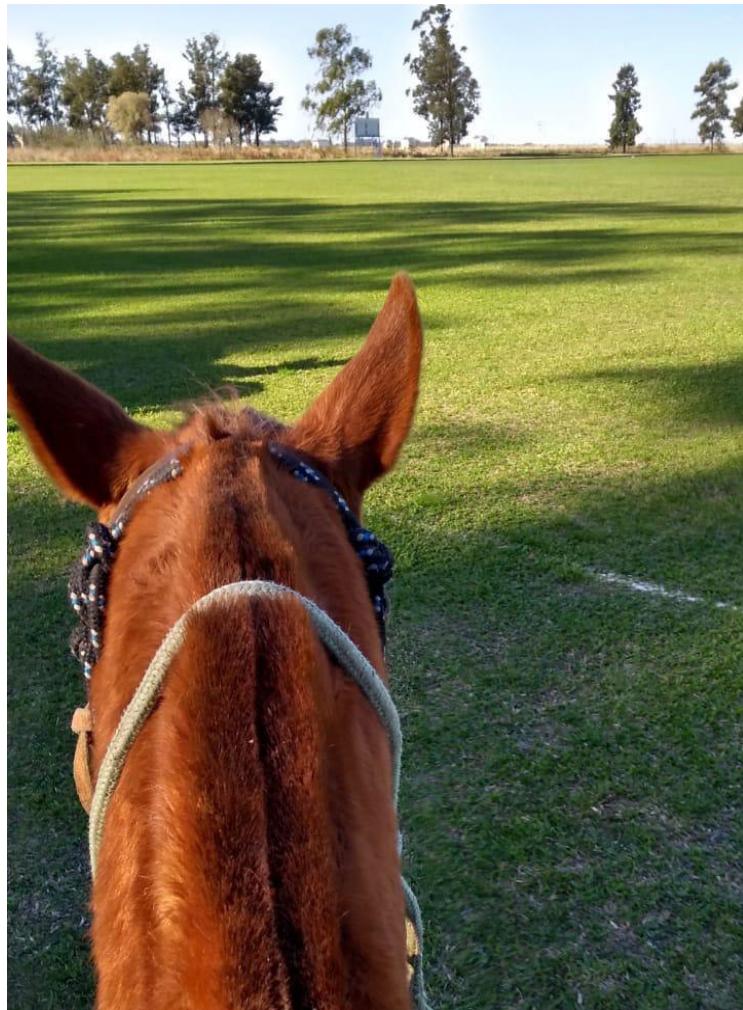


Figura 1: O olhar do praticante, imagem do arquivo pessoal das autoras.

2 | ÉTICA NA EQUOTERAPIA

As bases éticas da Equoterapia estão ligadas a quatro princípios gerais da moral:

- **Autonomia:** refere-se à liberdade individual, à liberdade de escolha e, relação ao tratamento proposto e à liberdade cognitiva.
- **Beneficência:** refere-se à utilidade da terapia como benefício e ao direito moral do melhor para todos.
- **Justiça:** refere-se ao direito de todos à saúde e ao acesso universal aos benefícios dos diversos processos e métodos terapêuticos preconizados pela Equoterapia.
- **Não maleficência:** refere-se à impossibilidade da equipe de Equoterapia aplicar o método sem os devidos cuidados gerais e específicos recomendados pela literatura, nacional e internacional.

Entre os princípios gerais da moral, incluem-se:

- Liberdade individual/autonomia: refere-se a melhor política social, às dimensões filantrópicas, religiosas, legais e educacionais, à liberdade cognitiva, ao encorajamento e incentivo e às ações éticas de persuasão.

- Aplicação do conceito de direito: o tratamento deve ser aplicado com respeito, fraternidade e compaixão.
- Utilidade/beneficência: refere-se ao sentido de aplicar o melhor tratamento para um número cada vez maior de pessoas, considerando o ser humano em suas dimensões biológica, psicológica, social cultural e espiritual, isto é, inserido em uma cultura.
- Justiça/direito de todos: igual oportunidade de acesso à Equoterapia e não somente para os que possuem recursos financeiros.
- Não utilidade/maleficência: refere-se aos conceitos que contrariam os de utilidade e beneficência desse método terapêutico.

3 | OBJETIVOS DA EQUOTERAPIA

Existem duas ênfases para a finalidade do programa e dos objetivos a serem alcançados na Equoterapia:

- a- Visando à reabilitação: com fins médicos e com técnicas terapêuticas.
- b- Visando à integração ou reintegração: com fins educativos e/ou sociais.

Desta maneira, as áreas de aplicação da Equoterapia são:

- Reabilitação: para pessoas com deficiências (física e/ou mental).
- Educação: para pessoas com necessidades educativas especiais e outros;
- Social: para pessoas com distúrbios evolutivos ou comportamentais.

4 | PROGRAMAS DA EQUOTERAPIA

A Equoterapia é aplicada através de programas específicos organizados de acordo com as necessidades e potencialidades do praticante, com a finalidade do programa e com os objetivos a serem alcançados. Os programas são relativos à estrutura da sessão e ao tempo de tratamento.

4.1 Estrutura da sessão

4.1.1 *Primeira fase (aproximação)*

O objetivo desta fase é estabelecer vínculos afetivos entre o praticante e o cavalo, através de atividades que criem confiança, tais como: o alimentar, o encilhar, o escovar, reconhecer as partes do corpo do animal, saber o nome e características do cavalo, etc.

4.1.2 Segunda fase (montaria ou desenvolvimento)

Durante esta fase os objetivos traçados para o praticante devem ser alcançados, esta fase é o principal momento do atendimento.

4.1.3 Terceira fase (desfecho ou conclusão)

O objetivo desta fase consiste na criação temporal e espacial da separação do praticante com o cavalo e ambiente, assim se proporciona ao praticante atividades que signifiquem o término da sessão terapêutica, bem como se proporciona a ele noções de acontecimentos sucessivos com início, meio e fim.

4.2 Tempo de tratamento

A Equoterapia deverá constituir os seguintes programas básicos: hipoterapia, educação/reeducação equestre, pré-esportivo e esportivo. Tais programas devem estimular e desenvolver o praticante em suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, nas áreas da saúde e educação.

4.2.1 Hipoterapia

O praticante não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho em cima do cavalo, ou seja, o praticante não tem autonomia. Nesta fase, o programa é da área da reabilitação. O cavalo é predominantemente um instrumento cinesioterapêutico.

4.2.2 Educação e reeducação

O praticante já apresenta condições de se manter sozinho sobre o cavalo. Neste programa, já consegue interagir com o animal e desenvolve habilidades para a condução do cavalo, ou seja, o praticante apresenta uma semiautonomia, necessitando de uma menor intervenção direta da equipe. O cavalo continua propiciando benefícios pelo seu movimento tridimensional e multidirecional, o praticante é mais ativo na interação. O cavalo é principalmente um instrumento pedagógico. Os exercícios realizados nesta fase são tanto na área reabilitativa como na educativa.

4.2.3 Pré-Esportivo

O praticante tem boas condições para conduzir o cavalo sozinho, ou seja, o praticante possui autonomia, necessitando de pouca ou nenhuma intervenção

da equipe. O cavalo é principalmente utilizado como um instrumento de inserção social. Nesta fase o profissional de equitação pode ser mais atuante. Os exercícios são específicos de hipismo, mas pode ser aplicado nas áreas reabilitativas ou educativas. Para muitos praticantes, esse programa não é alcançado devido as limitações impostas por sua patologia.

4.2.4 Esportiva

Corresponde ao momento de maior autonomia e independência, sendo o praticante inserido dentro do esporte. As modalidades atualmente trabalhadas neste programa são: o hipismo adaptado e o enduro equestre adaptado. Dentro do hipismo adaptado, o adestramento é a única modalidade que foi adaptada para deficientes físicos e visuais e está presente nas paralimpíadas. Este programa, recomendado pela Ande-Brasil, tem finalidades desportivas, terapêuticas e educacionais, e é administrado principalmente dentro dos programas de Equitação Básica.

5 | PERIODICIDADE

A Equoterapia é uma terapia complementar, por esse motivo não deverá substituir nenhuma das intervenções terapêuticas convencionais do praticante. A periodicidade varia de uma a três vezes por semana, e a duração de cada sessão varia de 30 a 45 minutos. Periodicidade e tempo de sessão são determinados pela equipe técnica, de acordo com a estrutura oferecida pelo local de atendimento, além de outros fatores.

6 | CAVALO IDEAL

O cavalo representa o meio responsável pelo sucesso e desenvolvimento terapêutico. Não existe raça ideal e sim características específicas, tais como: macho castrado, com boa índole, sem vícios ou manias, ter idade superior a 10 anos, apresentar histórico de doma racional, possuir aprumos simétricos, com andadura cadenciada, a altura do animal, preferencialmente, não deve ultrapassar 1,50 metros. A andadura primordialmente utilizada é ao passo, sendo o trote e o galope podendo ser usados nas fases pré-esportiva e esportiva conforme os objetivos almejados.

7 | BENEFÍCIOS DA EQUOTERAPIA

A Equoterapia favorece o enriquecimento de experiências e relações

(sensório-motoras, afetivas e sociais) e evoca estímulos diferentes dos oferecidos por ambientes terapêuticos mais convencionais.

Em uma sessão de 30 minutos de Equoterapia, o praticante experimenta aproximadamente 2700 a 3300 repetições de movimentos com contínuos ajustes posturais associados à mobilidade pélvica melhorando o equilíbrio e a marcha.

7.1 Benefícios físicos e psicomotores

O cavalo, símbolo de soberania, altivez, trabalho, paixão e, principalmente, força, vem contribuindo muito para o homem durante os anos de interação.

A Equoterapia propicia ao praticante com alterações sensório-motoras, por meio do movimento tridimensional do cavalo, a modulação do tônus muscular, a melhora do equilíbrio dinâmico, a melhora da coordenação motora ampla e fina, a melhora do comprimento muscular e flexibilidade, assim repercutindo no alinhamento corporal. Como consequência dessa melhor estabilidade de eixo, o praticante, mediante propostas lúdicas, melhora o controle seletivo dos movimentos, melhora a integração dos sentidos e funções cognitivas, adequando as funções manuais (coordenação motora fina).

Quanto aos benefícios psicomotores destacamos a lateralidade, esquema corporal e estruturação espaço-temporal.

O desenvolvimento da lateralidade se integra em diversas funções: visuais, auditivas, manuais e podais.

O esquema corporal retrata, por meio de mímica e expressão corporal, importantes funções psíquicas, emocionais e racionais do desenvolvimento das inteligências. Ele reflete o potencial de aprendizagem de cada pessoa.

A aquisição da estruturação espaço-temporal é essencial para todas as relações socioculturais do ser humano: consigo mesmo, com os outros e com o meio ambiente.

Além disso, essas aquisições psicossensoriais e psicomotoras espaciais se relacionam com a aquisição da linguagem, em que as estruturas espaciais e temporais constituem fundamentos psicomotores básicos da aprendizagem e das funções cognitivas.

7.2 Benefícios sociais

Desde os primórdios dos registros mais antigos da história do mundo, o cavalo sempre teve o seu papel, o seu lugar, de suma importância para o desenvolvimento e para a evolução do homem como ser social.

A Equoterapia é capaz de diminuir a agressividade, facilitar a socialização e a construção de amizades. A Equoterapia promove melhora da autopercepção, em que o praticante aprende a diferenciar significados, tais como o que é importante do

que não é. A Equoterapia ajuda a despertar nos praticantes sentimentos de respeito e afeto aos animais e pessoas.

7.3 Benefícios psicológicos

A relação harmoniosa com o cavalo desperta um sentimento de empatia e afetividade que, aliado a uma atividade física ao ar livre e em contato com a natureza, gera outro sentimento tão poderoso quanto ele: o prazer.

Com o sentimento de prazer, ocorrem as mudanças biológicas, armazenando memórias agradáveis que nos impulsionam para tentar repetir, sempre que possível, essa sensação, tendo como produto final o aprendizado.

A motivação incentiva o praticante ao desejo pelo prazer, conseguindo atrair a atenção e, com isso, aumentar o grau de concentração, de iniciativa, autoestima, autocontrole, autoconfiança, bem-estar, gerando liberdade e independência.

É possível refletir no cavalo o desejo de ser forte e livre. A experiência de montar em um cavalo e trabalhar com ele leva ao sentimento de que se pode “Ter” o controle e isso, inconscientemente, revela ao homem o controle sobre sua própria força. O cavalo aproxima quem o monta de suas fraquezas, transformando-as. Ajuda a enfrentar sombras e medos, pois através da interação com o cavalo, onde prevalece o respeito e a firmeza, é possível encontrar aquilo que realmente se quer ser.

A Equoterapia estimula e fortalece as relações do praticante com ele mesmo (intrapessoais), com o meio ambiente e com as pessoas (interpessoais). O cavalo pode ser uma forma de acesso entre a realidade do praticante e a do terapeuta. O cavalo funciona como um mediador entre o mundo intrapsíquico do praticante e o mundo externo.

A Equoterapia é diferente de outras técnicas terapêuticas, porque o cavalo é uma novidade, ele não é uma pessoa, não é uma coisa, ele é um ser vivo e que se comunica, trazendo muitos significados simbólicos. O cavalo é usado para despertar interesses, que vão se tornando veículo de relação e intercâmbio.

Uma maneira de estimular interesses nos praticantes é através das características corporais do cavalo, tais como: o calor, o cheiro, a respiração, o tamanho, a cor, entre outras.

7.4 Benefícios educacionais

A equipe técnica ajudará o praticante a se desenvolver na área da educação, visando ao ensino e à aprendizagem em níveis cognitivos (o saber), à psicomotricidade (o saber fazer) e à afetividade (saber ser).

O cavalo, também, é um motivador educacional. Com ele, o praticante pode aprender a contar e cantar, a ler, a correlacionar, a interpretar.

É possível inserir antes (em um momento de espera) e durante os atendimentos materiais lúdico-pedagógicos que podem servir como estímulo para alfabetização, letramento e desenvolvimento da comunicação verbal e não-verbal.

8 | EQUIPE DE EQUOTERAPIA

A composição da equipe deve levar em conta o programa de Equoterapia a ser executado, a finalidade do programa e os objetivos a serem atingidos.

O praticante em tratamento conta com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional que se encaixa, no momento, mais na interdisciplinaridade, mas transitando em alguns momentos pela transdisciplinaridade. A equipe multiprofissional pode ser formada pelos seguintes profissionais: Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Psicomotricista, Médico, Pedagoga, Psicopedagoga, Professor de Educação Física, Instrutor de Equitação, Auxiliar-Guia, Auxiliar Lateral, Tratador, Médico Veterinário e Zootecnista. A equipe mínima deve ser formada por Fisioterapeuta, Psicólogo e um Instrutor de Equitação.

9 | INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Mais importante do que saber as indicações da Equoterapia, é saber as suas contraindicações, pois deverá ser discutida caso a caso pela equipe. Em linhas gerais a Equoterapia é contraindicada caso venha a provocar dor, ou se não houver nenhuma mobilidade da coluna vertebral, ou se houver risco de piorar a lesão, ou caso haja possibilidade de lesões medulares ou nervosas.

A Equoterapia é desaconselhada em todas as doenças na fase aguda e no caso de deficiências graves.

Contraindicações relativas:

1. Alergia ao pelo do cavalo, quando houver intolerância por rinite alérgica;
2. Subluxação/luxação de quadril, na presença de dor e/ou dificuldade no alinhamento postural;
3. Hipertensão arterial, quando esta não for controlada;
4. Medo excessivo, após tentativas de aproximação com insucesso;
5. Atividade reflexa intensa, dificultando o posicionamento correto sobre o cavalo;
6. Alterações biomecânicas da cintura pélvica, como contraturas musculares ou anquiloses articulares, que impeçam a correta postura em montaria;
7. Doenças da medula espinhal com o desaparecimento de sensibilidade dos membros inferiores;

8. Espondilolistese (graus I, II).
9. Crianças com menos de 3 anos;

Contraindicações absolutas:

1. Instabilidade atlantoaxial presente em crianças portadoras de Síndrome de Down, podendo ocasionar lesão medular; especialmente em crianças menores de 3 anos, pela dificuldade de avaliação radiológica.
2. Instabilidades da coluna vertebral (hemivértebra, espondilolistese grau III, IV e V);
3. Luxação de ombro de origem traumática;
4. Hemofílicos, leucêmicos, outras alterações circulatórias instáveis ou de coagulação sanguínea;
5. Mielomeningocele, quando esta apresentar desalinhamentos estruturais na coluna vertebral;
6. Escoliose estrutural acima de 35 graus, por acentuar o grau de deformidade, com a movimentação do cavalo;
7. Escoliose em progressão, de 30 graus ou mais;
8. Osteoporose de moderada a grave, porque pode gerar microfraturas;
9. Hérnia discal nos casos de compressão medular;
10. Cardiopatias grave e aguda;
11. Insuficiência respiratória;
12. Epilepsia não controlada;
13. Processos artríticos em fase aguda;
14. Úlceras de decúbito na região pélvica ou nos membros inferiores;
15. Pacientes com comportamento autodestrutivo ou com medo incoercível;
16. Geralmente todas as afecções em fase aguda;
17. Processos infecciosos;
18. Neoplasias;
19. Osteogênese imperfeita;
20. Espondilólise;
21. Obesidade Mórbida.

Precauções:

1. Enfermidades progressivas, genéticas ou não que impeçam o praticante a montar de maneira confortável e agradável, como por exemplo: Síndrome de Arnold-Chiari, Enfermidade de Bourneville (Esclerose Tuberosa), Síndrome de Charcot-Marie-Tooth, Enfermidade de Erb, Distrofia de Duchene, Síndrome de Angelman, Síndrome do “X” frágil.
2. Hidrocefalia com válvula.

3. Alergias respiratórias.
4. A dificuldade de aceitação de dispositivos de segurança, por exemplo, a resistência de alguns autistas ao uso do capacete.
5. Gastrostomia.
6. Fase de adaptação nos casos de alteração de medicação.

REFERÊNCIAS

ANDE-BRASIL. **V Curso Básico de Equoterapia.** Uruguaiana: Centro de Equoterapia de Uruguaiana General Fidelis, novembro, 2014, 202p.

ARAUJO e ARAUJO; RIBEIRO; SILVA. A Equoterapia no tratamento de crianças com paralisia cerebral no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 1, janeiro/fevereiro, 2010.

BRASIL. Lei N° 13.830, de 13 de maio de 2019. Dispõe sobre a prática da equoterapia. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13830.htm#art6>. Acesso em: 06/09/2019.

DIAS, S. L. A., PERDIZ DUARTE, L., SILVEIRA BLANCO, G., GOULART FERNANDES, R., & RAMOS, D. E. (2019). Equoterapia®, educação e chimarrão: programa extensionista da Unipampa. **Revista UFG**, Goiânia, v. 19, 1-15, 2019. <https://doi.org/10.5216/revufg.v19.58530>.

DUARTE, L. P.; LEAL, J. A.; HELLWIG, J. M.; BLANCO, G. S.; DIAS, S. L. A. Revisão bibliográfica dos benefícios que Equoterapia proporciona a pacientes com Transtorno do Espectro Autista / Bibliographic review of the benefits that Equoterapia provides to patients with Autistic Spectrum Disorder. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 2466-2477, jul./aug. 2019. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-019>

LERMONTOV, T. **A psicomotricidade na Equoterapia.** 2.ed. Aparecida, SP: ideias e Letras, 2004.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, 474p.

LOPES J, et al. Efetividade da equoterapia na marcha de crianças com paralisia cerebral: revisão sistemática de ensaios clínicos. **Rev Bras Neurol.** 55(1):25-34, 2019.

MARINHO, J. R. S.; ZAMO, R. S. Terapia assistida por animais e transtornos do neurodesenvolvimento. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 1063-1083, 2017.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. **Equoterapia:** noções elementares e aspectos neurocientíficos. RJ: Editora Revinter, 2008.

SEVERO, J. T. Equoterapia: Equitação que promove a saúde e a educação. **Acta Fisiátrica**, v. 4, n. 3, 146-149, 1997.

SEVERO, J. T. (Org.). **Equoterapia:** equitação, saúde e educação. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010.

SILVEIRA, M. M.; WIBELINGER, L. M. Equoterapia: qualidade de vida para idoso sobre o cavalo. **Revista Kairós Gerontologia**, v.14, n.1, 181-193, São Paulo, março, 2011.

SOARES, D. F.G.; PINTO, E. F.; ONTONE, G. A.; SILVEIRA, M. A.; FERREIRA, R. C. (Org.). **Equoterapia:** teoria e prática no Brasil. Caratinga: FUNEC Editora, 2017. V.3, 480p.

VII CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA - V FÓRUM LATINO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, Florianópolis-SC. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Equoterapia** e do V Fórum Latino-Americano de **Equoterapia**. Florianópolis, SC: ANDE-Brasil, abril, 2018, 122p.

WALTER, G. B. **Equoterapia**: terapia com o uso do cavalo. MG: Ed. CPT, 2014.

EXPERIÊNCIA EM PROJETO DE EXTENSÃO NA ASSOCIAÇÃO DE AGENTES ECOLÓGICOS DE DOURADOS (AGECOLD)

Daniel Souza Benites

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

Fabiane Melo Heinen Ganassin

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

Vivian Rahmeier Fietz

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

Caroline Gonçalves Fernandes Siqueira

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

Naíra Suele da Conceição Santos

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul –
UEMS
Dourados – MS

indivíduo a negligenciar atitudes de prevenção e promoção de saúde. O presente trabalho foi desenvolvido a partir de um projeto de extensão realizado semanalmente, com os colaboradores e associados da Associação de Agentes Ecológicos de Dourados (AGECOLD), onde os trabalhadores recebem materiais recicláveis, separam e o vendem, sendo que o valor recebido é dividido entre os associados. O objetivo deste trabalho foi descrever o desenvolvimento de atividades que envolveram a educação em saúde com os colaboradores e associados da AGECOLD, sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), vacinação, alimentação equilibrada e saudável. A cada encontro foram abordados novos temas para as orientações. Buscou-se a partir deste projeto contribuir para estimular o desenvolvimento de uma consciência crítica a respeito de seus problemas de saúde, promover mudanças no seu estilo de vida no intuito de que se tornem protagonistas do seu processo de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Promoção de Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

EXPERIENCE IN EXTENSION PROJECT IN THE ASSOCIATION OF ECOLOGICAL AGENTS

RESUMO: Atualmente as pessoas tem adquirido hábitos de vida que afetam diretamente a sua saúde. A maior demanda de trabalho e obrigações, além da falta de informação adequada, por vezes leva o

ABSTRACT: Currently people has asopt a lifestyle habits that directly affect their health. The increased demand for work and obligations, in addition to the lack of adequate information, sometimes leads the individual to neglect health prevention and promotion attitudes. This work was developed from an extension project carried out weekly, with employees and associates of the Association of Ecological Agents of Dourados (AGECOLD), where workers receive recyclable materials, separate and sell, and the amount received is divided among the associates. The objective of this paper was describe the development of activities that involved health education with AGECOLD collaborators and associates on non-communicable chronic diseases (NCDs), vacnation, balanced and healthy eating. At each meeting new topics for the orientations were addressed. This project sought to contribute to stimulate the development of critical awareness about their health problems, promote changes in their lifestyle in order to become protagonists of their health process.

KEYWORDS: Health education; Health Promotion; Diabetes Mellitus; Hypertension.

1 | INTRODUÇÃO

A educação em saúde é compreendida como um processo complexo que une um conjunto de saberes e práticas diversas, com o objetivo de garantir às pessoas orientações em saúde. Todavia, esse conceito sobre educação em saúde, é fruto de um processo lento e que ao longo dos anos acompanha as mudanças políticas e econômicas no Brasil, bem como as diferentes concepções sobre a saúde e seus determinantes (DE JESUS; RIBEIRO, 2013).

A educação em saúde, dentro da sua amplitude de significados, deve ser compreendida como uma importante ferramenta de práticas sociais e pedagógicas. Pela sua relevância, ela, deve ser compreendida como um importante instrumento voltado à prevenção, considerando a realidade de cada público-alvo, pois a educação deve provocar conflito nas pessoas, possibilitando-as pensar e repensar sua cultura, suas atitudes e ele próprio mudar a sua realidade na busca de melhorias em saúde (BUSS, 2000); (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004); (MACHADO et al., 2007); (BRASIL, 2007).

Existem diversas formas adotadas para o desenvolvimento desta prática educativa, sendo por meio de orientações impessoais e interpessoais. Na forma interpessoal são realizados em consultórios, escolas e universidades, na forma impessoal são os que são utilizados a mídia para alcançar um número grande de pessoas, tanto as orientações interpessoais, quanto as impessoais tem como objetivo incidir no conhecimento tendo a intenção de estimular mudança de atitude (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004); (BRASIL, 2007).

Importante considerar que a educação em saúde está voltada para o dia-a-dia, e que não é centrada em conceitos relacionados ao processo de adoecimento, mas procura-se argumentar sobre a qualidade de vida, na prospectiva da saúde integral (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Segundo De Jesus e Ribeiro (2013),

A educação em saúde se insere no contexto da atuação da enfermagem como meio para o estabelecimento de uma relação dialógico-reflexiva entre enfermeiro e o cliente, em que este busque conscientizar-se sobre sua situação de saúde-doença e perceba-se como sujeito de transformação de sua própria vida. Constitui instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades por meio da articulação de saberes técnicos e populares, de recursos institucionais e comunitários, de iniciativas públicas e privadas, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo multideterminantes do processo saúde enfermidade-cuidado (DE JESUS; RIBEIRO, 2013, p. 41).

Paulo Freire ressalta que é necessária uma reflexão crítica sobre esta prática educativa, sem a qual a teoria poderá tornar-se somente discurso e a prática uma reprodução alienada sem questionamentos. Ele também aponta que a teoria deve ser adequada à prática cotidiana do professor que passa a ser um modelo que influencia seus educandos, enfatizando que na verdadeira formação docente as práticas da criticidade devem estar presentes ao lado da valorização das emoções (BRITO et al., 2010).

O educador dever reforçar a capacidade crítica do educando, despertar para uma análise reflexiva no intuito de provocar a curiosidade que ao tornar-se mais metodicamente rigorosa, transita da ingenuidade para a “curiosidade epistemológica”, e neste processo realizar uma aproximação com os objetos passíveis de serem conhecidos, diferentemente do ensino denominado como “ensino bancário” (FREIRE, 2005).

Considerando também que a promoção da saúde deve enfocar o potencial da pessoa para o bem-estar e incentivá-la a modificar hábitos pessoais, estilo de vida com o objetivo de reduzir os riscos e aumentar a qualidade de vida. Pois atualmente as pessoas têm desenvolvido hábitos de vida não benéficos à sua saúde como: vida sedentária, situações de estresse e perigo, alimentação excessiva de carboidratos e gorduras saturadas, automedicação, falta de atividade física e de lazer, dentre outras (DE JESUS; RIBEIRO, 2013); (MACHADO et al., 2007).

Eneste cenário apontamos a universidade pública onde se configura um importante espaço de produção, acumulação e disseminação de conhecimentos, fundamentada em três bases inter-relacionadas entre ensino, pesquisa e extensão, um meio para a transformação da realidade. Apontando para a extensão universitária responsável pela ação junto à comunidade, a partir da articulação do conhecimento científico advindo do ensino e da pesquisa com as necessidades que comunidade tem, onde

a universidade se insere, interagindo e originando mudança na realidade social (PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, 2013).

Portanto este trabalho objetivou apresentar um relato de uma experiência relacionada a um projeto de extensão desenvolvido na AGECOLD no município de Dourados.

2 | OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de atividades de educação em saúde com os colaboradores e associados da AGECOLD.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, referente às atividades de extensão realizadas por um grupo de acadêmicos de enfermagem, com os colaboradores e associados da Associação de Agentes Ecológicos de Dourados (AGECOLD), por um período 10 meses, as reuniões ocorreram mensalmente nas dependências da Associação e Participam 17 pessoas como associados da AGECOLD, porém nem todos participavam em todas as atividades.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente projeto foi desenvolvido por meio de reuniões semanais para estudos, leituras e preparo dos materiais que foram utilizados para o processo de educação em saúde. As atividades foram realizadas com auxílio de recursos audiovisuais, atividades como: pequenos teatros, aulas expositivas dialogadas entre outros. As reuniões ocorreram uma vez ao mês, inicialmente abordando os temas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), importância da nutrição equilibrada e saudável e sobre as vacinas como prevenção.

Os encontros foram realizados em sala disponibilizada nas dependências da AGECOLD, com datas estabelecidas junto aos responsáveis, a saber, quartas-feiras no período da tarde. Todo o material era preparado previamente e levado para a apresentação da atividade do dia. Cabe ressaltar que os temas apresentados foram desenvolvidos como um início, e no decorrer do projeto levantamos questionamentos para conhecer os anseios e as necessidades do público-alvo diante dos assuntos que seriam abordados pelos acadêmicos, estes temas foram acrescentados no cronograma de atividades.

No primeiro encontro nos apresentamos e dissemos o propósito das atividades e do projeto. E seguimos com a dinâmica do Espelho, consta de uma dinâmica,

onde é apresentada uma caixa com um espelho dentro. E a partir da consigna “Descreva o que você encontrou dentro da caixa” eles são convidados a falar. Esta dinâmica tem como objetivo fazer com que todos participem e fazer com que cada um se apresenta como se vê e fale sobre ela. E assim acabamos por conhecer cada um dos participantes e nos apresentar de forma descontraída e sem a pretensão da exposição. Após a dinâmica reiteramos a proposta do projeto e acordamos horários e datas, todos aceitaram participar do projeto, ao final desta reunião realizamos um coffe break. Observamos a importância da empatia no processo de Educação em Saúde, visto que é um princípio importante a ser desenvolvido principalmente ao desenvolver projetos de extensão com a comunidade, a empatia facilita desenvolver o projeto. A empatia é uma palavra de origem grega – *empathēia*, que significa predisposição para sentir o que se sentiria caso estivesse na situação em que outra pessoa está vivenciando, a empatia pode ser demonstrada de forma verbal e não verbal. Esta habilidade é desenvolvida por meio de um relacionamento mútuo respeitando a cultura, crenças e valores de cada pessoa. A empatia deve ser uma essência para nós que somos acadêmicos de enfermagem, pois o trabalho que desenvolveremos sempre será desenvolvido por meio de relações interpessoais, por isso a empatia já deve ser trabalhada e aperfeiçoada desde o início da vida acadêmica (TAKAKI; SANT’ANA, 2004).

No encontro seguinte abordamos por meio de aula expositiva-dialogada, sobre a tuberculose, antes de discutir o tema, fizemos uma roda, permitindo todos se verem e se ouvirem. O preparo do material foi elaborado considerando dados expressos na apresentação da primeira atividade, alguns participantes da Associação eram detentos em regime semiaberto, e possuíam dúvidas relacionadas a doença e a transmissão. Dados epidemiológicos têm apontado para a incidência de tuberculose maior entre os presos do que na população geral e o também encontrado frequentemente o descumprimento da população no esquema terapêutico. Iniciamos a atividade levantando o conhecimento prévio dos participantes relacionado ao tema, assim fomos mostrando as figuras e realizando orientações relacionadas a discussão. Foi preparado um teatro que abordasse sobre a vacina BCG, prevenção, transmissão, sintomas da tuberculose e também sobre as consequências do abandono do tratamento antes de realizar o tratamento completo (OLIVEIRA; CARDOSO, 2004).

Foi trabalhado a temática HAS em forma de aula expositiva-dialogada, também sempre em forma de roda de conversa, e antes de apresentar o tema, foi feito um levantamento sobre o conhecimento prévio dos participantes relacionado a HAS, pois todos tinham um parente ou conhecido que possuía a doença, e alguns eram portadores da patologia, e todos contaram uma experiência relativa a HAS. Foram discutidos diante do relato deles a construção de orientações relativas ao diagnóstico da doença, prevenção, sintomas e orientações relativas ao tratamento

e quais as suas complicações para a saúde do indivíduo. Seguido da aferição da pressão arterial (PA) de cada um dos colaboradores e associados. Foi aferido a PA de 7 indivíduos, indivíduo 1: 110/80 mmHg, indivíduo 2: 120/80 mmHg, indivíduo 3: 120/80 mmHg, indivíduo 4: 120/80 mmHg, indivíduo 5: 110/90 mmHg, indivíduo 6: 120/80 mmHg, indivíduo 7: 110/80 mmHg. Os valores da PA dos 7 indivíduos são classificados como “normal” (BRASIL, 2006).

Realizamos a abordagem dos temas alimentação e a realização de atividade físicas na prevenção e tratamento da HAS, para reforçar a importância dos mesmos. Uma dieta equilibrada e saudável é de suma importância para prevenir-se da HAS e também para o controle da doença quando diagnosticada, essa dieta deve ser composta por alimentos com baixo teor de sódio (<2,4g/dia), legumes, verduras, frutas, cereais, de preferência os integrais, grãos como feijão, lentilha, ervilhas, leite e derivados, preferencialmente os desnatados, gorduras saturadas, trans e colesterol devem ser poucos consumidos, os exercícios físicos também atuam prevenindo o indivíduo da HAS, mas também atua no controle da HAS quando já diagnosticada. Foi apresentado a pirâmide alimentar, e discutido os seus componentes, durante as discussões, foram relatadas as dificuldades para uma alimentação saudável, sendo a falta de tempo para o preparo como uma das mais apontadas, não ser o responsável pelo preparo da alimentação e também a cultura e a preferência de comer ou não comer certos alimentos (BRASIL, 2006); (FREIRE et al., 2012).

Abordamos a temática DM também forma de aula expositiva-dialogada, neste momento fizemos inicialmente a exposição de slides com figuras dos sintomas, onde eles iam reconhecendo a partir de seus conhecimentos prévios sobre a DM. Em seguida foi discutido a definição de DM, como é realizado o diagnóstico da doença e como prevenir-se da DM. Ao final da reunião realizamos a coleta de glicemia plasmática capilar dos associados para comparar com os valores de referência. A glicemia plasmática casual, é aquela realizada qualquer hora do dia, sem observar o intervalo entre a última refeição. E como resultado apresentado caso a glicemia plasmática casual for ≥ 200 mg/dl (com sintomas), é necessário que o diagnóstico de DM seja confirmado pela repetição do teste em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A coleta de glicemia plasmática casual, obteve como resultado: indivíduo 1: 114 mg/dl, indivíduo 2: 102 mg/dl, indivíduo 3: 103 mg/dl, indivíduo 4: 108 mg/dl, indivíduo 5: 384 mg/dl, indivíduo 6: 125 mg/dl, indivíduo 7: 103 mg/dl, indivíduo 8: 144 mg/dl, indivíduo 9: 119 mg/dl, indivíduo 10: 116 mg/dl. Observamos que o indivíduo 5 estava com a glicemia acima de 200 mg/dl, o mesmo referiu não ir a uma unidade de saúde há muitos meses, mas que ao discutir os sintomas ele fez uma correlação positiva da presença deles em seu cotidiano, orientamos a procurar

uma unidade básica de saúde (UBS) para realizar uma consulta médica, e a mesma posteriormente, nos relatou que foi a UBS depois das orientações recebidas na atividade de Educação em Saúde e foi diagnosticada com DM após atendimento e exames diagnósticos. E atualmente está realizando tratamento com medicamento prescrito pelo médico e orientações relativas a dieta saudável recebida pela equipe do projeto.

Realizamos a abordagem dos temas alimentação e a realização de exercícios físicos na prevenção e tratamento da DM para reforçar a importância dos mesmos, visto que uma alimentação diária equilibrada é composta por 45% a 60% de carboidratos, gorduras totais até 30% e proteínas de 15% a 20% do Valor Energético Total (VET), também sobre a ingestão de alimentos ricos em fibras, pois atuam na diminuição dos níveis de glicose, uma alimentação equilibrada serve para prevenir DM e também para o tratamento e os exercícios físicos também atuam prevenindo o indivíduo da DM, mas também atua no controle da DM quando já diagnosticada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Para complementar as orientações relativas a alimentação saudável e os fatores de risco para DCNTs, foi realizado a coleta de dados antropométricos e calculados o Índice de Massa Corporal (IMC) e Razão Cintura-Quadril (RCQ), totalizando 6 participantes do projeto. De acordo com os resultados do IMC de cada indivíduo, 5 pessoas foram classificadas com sobrepeso, que compreende o valor de ≥ 25 e <30 Kg/m^2 , 3 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino e uma pessoa do sexo masculino com eutrofia que compreende o valor de $\geq 18,5$ e <25 Kg/m^2 . Ou seja, desses participantes, 83,34% estão classificados com sobrepeso, 50% dos indivíduos classificados com sobrepeso são do sexo masculino e 33,33% são do sexo feminino e 16,66% são classificados com eutrofia e pertencem ao sexo masculino. Considerando que o aumento no risco de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento de peso, e que o (IMC) elevado também está relacionado com o aumento do risco de certos tipos de câncer (de mama, colorretal, de endométrio, rim, esôfago, pâncreas) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009); (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Para o cálculo do RCQ foi dividido o perímetro da cintura (tendo como referência a última costela flutuante) pelo perímetro do quadril (tendo como referência o trocanteriano). O índice de corte para risco cardiovascular é igual ou maior que 0,85 para mulheres e 0,90 para homens. Quanto menor o valor da relação, menor o risco para doenças cardiovasculares. Mulheres com RCQ de 0,8 ou menos, ou homens com RCQ de 0,9 ou menos são considerados “seguros”. Uma relação de 1,0 ou maior, para qualquer gênero, é considerada “em risco”. Encontramos em nossa pesquisa, 4 indivíduos do sexo masculino considerados “seguros” pois não

possuem RCQ $\geq 0,90$, já 2 indivíduos do sexo feminino são considerados com risco para doenças cardiovasculares, pois as mesmas apresentaram RCQ $> 0,85$ (FERREIRA et al., 2013); (FAGUNDES et al., 2004).

Por meio das reuniões, observamos que os associados da AGECOLD foram receptivos a todas as orientações, participaram ativamente, sempre fazendo questionamentos e relatando de experiências, sempre demonstram interesse para os temas das reuniões. Ao final de cada reunião discutíamos sobre o que eles acharam do tema, como uma avaliação do dia, e sobre o que mais eles gostariam de acrescentar.

No último dia de encerramento do projeto a percepção obtida dos participantes relativas ao projeto foi positiva, pois, ainda que as ações fossem consideradas simples, as mesmas geraram efeitos na vida dos associados, pois alguns associados nos relatavam mudanças de alguns hábitos de vida para uma melhoria na qualidade de vida, e para a prevenção de doenças. Um outro ponto importante a considerar era a declaração constante dos associados que relataram não terem tempo de ir a UBSF por conta do trabalho e ressaltaram a importância deste projeto que incentiva os associados a realizarem autocuidado para prevenção de doenças.

Para o fechamento foi disparada a seguinte pergunta, “O que foi o projeto para você, o que você achou das atividades realidades, você conseguiu compreender os temas desenvolvidos e o que poderia melhorar? ”

“É, para mim foi bom, com certeza, eu consegui aprender mais sobre a Diabetes que eu não sabia tanto né [...].” . Participante 1

“Eu gostei que foi um projeto bom, vocês vieram conversaram, apresentaram, a gente aprendeu muitas coisas com vocês, a gente aprendeu e achamos muito bom, vocês são pessoas muito educadas, vocês aprenderam e ensinaram, aquilo que vocês ensinaram sobre doenças, coração, tudinho, o projeto foi para mim foi bom, eu aprendi muitas coisas por vocês, vocês estavam aqui e ensinaram e deram atenção para a gente, vocês estão de parabéns [...].” . Participante 2

“Sim, gostei muito, aprendi muitas coisas, a palestra das doenças, coisa que eu não sabia e fiquei sabendo, foi muito bom [...].” . Participante 3

“Para nós foi bom, aprendemos muitas coisas que a gente não sabia, para nós eu acho muito bom [...].” . Participante 4

“As atividades foram muito boas, cada vez que tem a gente aprende mais um sobre a saúde, higiene, nós trabalhamos de 8 a 10 horas por dia, mas o que podemos fazer para a saúde melhorar nós procuramos fazer, o projeto foi ótimo [...].” . Participante 5

“Gostei de comer, do café e gostei das palestras [...].” . Participante 6.

5 | CONCLUSÃO

O desenvolvimento do projeto permitiu realizar a partir da educação em saúde orientações referentes aos temas sobre as DCNTs, obesidade e alimentação saudável entre outros assuntos solicitados pelos participantes do projeto. No decorrer das atividades observamos que as informações acerca das questões abordadas trouxeram muitas dúvidas e discussões, os mesmos demonstraram ter muito interesse e se sentiram empoderados a partir dos conhecimentos adquiridos. Se sentiram valorizados pelo desenvolvimento do projeto e também por estarmos buscando discutir as suas necessidades. Foi evidente a necessidade de existir uma continuidade deste projeto, dado o retorno positivo declarado pelos mesmos.

O projeto também nos trouxe a oportunidade de consolidar o conhecimento teórico que adquirimos durante o curso de Enfermagem e do desenvolvimento da prática, com os olhos voltadas para a educação em saúde, pois um dos principais papéis do Enfermeiro é realizar orientações relacionadas a saúde, a partir da troca de experiências por meio de reuniões, palestras e outras atividades com a comunidade, e um despertar para uma construção constante do pensamento crítico-reflexivo sobre a realidade.

Desde o princípio na elaboração da proposta, posso afirmar que o projeto agregou em minha vida acadêmica mais do que horas complementares, agregou amizades e muita troca de conhecimento, toda semana estávamos envolvidos com o projeto, buscando ideias de como discutir os assuntos propostos de uma forma que fosse compreendida de maneira dinâmica, e isso acaba se tornando difícil, pois, até então estava habituado a discutir assuntos e trabalhos sempre utilizando terminologias da área da saúde, entretanto com a compreensão de que o projeto objetivava realizar educação em saúde que valorizasse a participação constante desta população, e não simplesmente a transmissão do conhecimento adquirido foi de suma importância. Logo, foi necessário muita dedicação e trabalho árduo, em todo o decorrer do projeto para contrapor esta prática de portador do saber. As atividades foram ricamente desenvolvidas a partir da troca de conhecimento, declaro que a experiência foi ímpar, e uma motivação de sempre trabalhar com educação em saúde e estar buscando aprender mais, visando enfocar o potencial das pessoas para realizarem modificações dos hábitos pessoais, estilo de vida, objetivando sempre melhora na qualidade de vida e bem-estar próprio.

6 | AGRADECIMENTOS

Ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão – PIBEX/UEMS pela concessão de bolsa de projeto de extensão ao primeiro autor.

As Professoras Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe, Fabiane Melo Heinen Ganassin e Vivian Rahmeier Fietz pelas orientações.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 328-337, June 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200328&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- BRASIL, FNDS. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base-documento I/Fundação Nacional de Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica: Cadernos de Atenção Básica N° 15. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 31 Ago. 2019.
- BRITO, Aesth Ararípes Medeiros et al. PEDAGOGIA DA AUTONOMIA. 2010. Disponível em: <<http://www.uespi.br/prop/siteantigo/XSIMPOSIO/TRABALHOS/PRODUCAO/Ciencias%20da%20Educacao/PEDAGOGIA%20DA%20AUTONOMIA.pdf>>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- DE JESUS, ANA ROSA FLORES; RIBEIRO, ELAINE ROSSI. Educação na área da saúde: importância da atuação do enfermeiro. **Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 35-49, 2013. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasaudade/index.php/cadernosaudeedesenvolvimento/article/view/202/167>>. Acesso em: 30 de Ago. 2019.
- FAGUNDES, Andressa A. et al. Vigilância alimentar e nutricional-SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. **Brasília: Ministério da Saúde**, v. 22, 2004. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf>. Acesso em: 31 Ago. 2019.
- FERREIRA, Letícia Silva et al. Avaliação do IMC como indicativo de gordura corporal e comparação de indicadores antropométricos para determinação de risco cardiovascular em frequentadores de academia. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 7, n. 42, 2013. Disponível em: <<http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/download/412/391>>. Acesso em: 31 Ago. 2019.
- FREIRE, Maria do Carmo Matias et al . Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, supl. p. s20-s29, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Ago. 2019.
- FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. **Coleção leitura**, p. 21, 2005. Disponível em: <http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf>. Acesso em: 30 Ago. 2019.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Ago. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânia de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 20, n. 4, p. 425-438, dez. 2011. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 57, n. 6, p. 761-763, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago. 2019.

OLIVEIRA, Helenice Bosco de; CARDOSO, Janaina Corrêa. Tuberculose no sistema prisional de Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, p. 194-199, 2004. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v15n3/194-199>>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES, 2013. Disponível em: <<http://www.proex.ufes.br/o-que-%C3%A9-extens%C3%A3o-universit%C3%A1ria>>. Acesso em: 30 Ago. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica; 2009. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/270/11%20%20%202009%20diretrizes%20diabete.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

TAKAKI, Maria Harue; SANT'ANA, Débora de Mello Gonçalves. A EMPATIA COMO ESSÊNCIA NO CUIDADO PRESTADO AO CLIENTE PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. *Cogitare Enfermagem*, [S.I.], v. 9, n. 1, jun. 2004. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708/1416>>. Acesso em: 31 Ago. 2019.

GESTÃO DE LEITO: KANBAN UMA FERRAMENTA POTENTE

Avanilde Paes Miranda

Ariangela Teixeira Cavalcanti da Fonseca

Ludmilla Carmen de Sousa Oliveira

Carvalho

Andresa Paula Rodrigues do Nascimento

Ivone Maria Correia de Lima

Magna Severina Teixeira Magalhães

Kelly Cristina Torres Lemes

Christina Tavares Dantas

Ana Manoela de Oliveira Leite

Maria Imaculada Salustiano Soares

Lenira Roberto do Nascimento Soares

Berenice Garcês Santos

RESUMO: Objetivo: Melhorar o fluxo dos pacientes, com identificação das pendências que prolongam a internação, esvaziando os corredores. Metodologia: Trata-se de revisão de literatura, por busca online nas bases de dados nacionais. Discussão: Menor tempo de permanência hospitalar, com identificação das pendências apresentando melhor resolutividade dos casos com diagnóstico mais rápido e proporcionando melhor prognóstico. Discutir a média de permanência de todo o hospital. Inserir os dados em planilha pelo profissional e automaticamente serão identificados conforme cor de classificação do KANBAN. A ideia é sinalizar cada leito com cores: verde, amarelo

e vermelho. As placas têm significados: verde permanência abaixo da média, amarela permanência no limite da média, vermelha permanência acima da média. No Hospital Santa Marcelina (2013) foram identificados alguns motivos: falta de leito de internação, falta de leito de UTI, Instabilidade clínica, falta de resultado de exames para alta, aguarda transferência para outro hospital, motivo social. Vários são os motivos para superlotação dos hospitais, especialmente às emergências do SUS. O KANBAN é uma ferramenta simples, o uso de um sistema prepara e limita o trabalho. Têm características próprias como a de evidenciar os problemas existentes no processo gestão de leitos. Conclusão: Com a implantação e implementação do KANBAN como gestão de leitos o hospital terá uma maior rotatividade dos mesmos, proporcionando melhoria na assistência com diagnóstico mais rápido e melhor prognóstico.

PALAVRAS-CHAVE: KANBAN, Gestão de Leitos, Logística Hospitalar.

BED MANAGEMENT: KANBAN A POWERFUL TOOL

ABSTRACT: Objective: To improve the flow of patients, identifying the issues that prolong

hospitalization, emptying the corridors. Methodology: This is a literature review, by searching online in national databases. Discussion: Fewer length of hospital stay, with identification of the pending cases presenting better resolution of cases with faster diagnosis and providing a better prognosis. Discuss the average length of stay of the entire hospital. Enter the data in spreadsheet by the professional and automatically will be identified according to KANBAN classification color. The idea is to signal each bed with colors: green, yellow and red. The plaques have meanings: green permanence below average, yellow permanence on average limit, red permanence above average. At Santa Marcelina Hospital (2013) some reasons were identified: lack of hospitalization bed, lack of ICU bed, clinical instability, lack of test results for discharge, awaiting transfer to another hospital, social reason. There are several reasons for the overcrowding of hospitals, especially the emergencies of SUS. KANBAN is a simple tool, using a system prepares and limits work. They have their own characteristics, such as highlighting the problems that exist in the bed management process. Conclusion: With the implementation and implementation of KANBAN as bed management, the hospital will have a higher turnover, providing better care with faster diagnosis and better prognosis.

KEYWORDS: KANBAN, Bed Management, Hospital Logistics.

INTRODUÇÃO

A superlotação nas Unidades de Saúde de Urgência e Emergência, hoje, conhecida por toda população. Trabalhando acima da capacidade, os serviços de saúde tem seu gerenciamento de paciente deficiente, isso se dá por fatores relacionados à redução do número de leitos e ao aumento da expectativa de vida (HEISLER, 2012). A mídia (G1) sempre mostra o grande número de pacientes nos Serviços de Saúde. Para minimizar esse quadro, medidas podem ser adotadas, como ferramentas gerenciais, focada nas necessidades do paciente da instituição visando melhorar o cuidado prestado (HEISLER, 2012; MASSARO et.al., 2017). Faz-se necessário a implantação de Gestão de Leitos, para que o fluxo de pacientes seja gerenciado de maneira mais eficiente e eficaz. Para que haja melhor agilidade poderia ser implantado o KANBAN como Gestão de Leitos (BRASIL, 2012a).

A palavra Kanban significa KAN (cartão), BAN (sinal) o que pode ser chamado de gestão à vista ou de registro visível (GUIMARÃES & FALSARELLA, 2008). O Kanban é um método de adaptação às alterações devido às variações da demanda de produtos, sendo que os processos devem produzir os produtos necessários, no tempo e quantidade necessária (OHNO, 1997). Segundo Tubino (2009), os cartões *kanban* tem a função de substituírem as ordens de produção, de montagem, de compra ou de movimentação. Ohno (1997) ressalta os riscos que a aplicação

incorreta da ferramenta pode trazer para o processo de produção. Isso porque o KANBAN confere autonomia ao processo e aos operadores.

Os KANBAN físicos (cartões ou caixas) podem ser KANBAN de Produção ou KANBAN de Movimentação e transitam entre os locais de armazenagem e produção substituindo formulários e outras formas de solicitar peças, permitindo enfim que a produção se realize Just in time - metodologia desenvolvida e aperfeiçoada por Taiichi Ohno e Sakichi Toyoda conhecida como Sistema Toyota de Produção (CORDEIRO et al., 2017).

Para a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS), avaliar o tempo médio de permanecia de um paciente no ambiente hospitalar, está relacionado as boas prática clínicas, além de indicador clássico de desempenho e relacionado à gestão eficiente do leito operacional. Assim, a complexidade do hospital, o papel da internação via Pronto Socorro na demanda hospitalar, perfil clínico do paciente (severidade, faixa etária, comorbidade) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam o tempo de permanência, sendo o tempo de permanência de hospitais de agudos variando entre 3 a 5 dias. Em 2016 em estudo realizado pela ANS observou-se que 40% das despesas assistenciais no Brasil eram com internações e que a média de internamento em instituições de ponta vem em queda passando de 4,79 dias em 2014 para 4,38 em 2016 (BRASIL, 2013).

Estratégias para controlar a permanência é fundamental para manter a qualidade da assistência, assim como as financias do hospital, e principalmente a segurança do paciente. Conjunto de medidas tem sido adotadas para minimizar os riscos contra a vida para os pacientes que esperam pelo atendimento inicial ou mesmo pela transferência para o local de cuidado definitivo. Uma das medidas é a implantação da ferramenta KANBAN que contribui e muito na gestão de leitos. O KANBAN por seu método simples e prático permite uma visão geral rápida e de maneira sistematizada.

O programa foi regulamentado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria de nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, descrevendo como finalidade a atuação de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta da assistência nas grandes emergências do país, estimulando ou induzindo a organização e implantação da Rede Urgência e Emergência (RUE) para assessorar tecnicamente a equipe do hospital para a melhoria da gestão e qualidade assistencial dos 40 maiores hospitais brasileiros, abrangendo os 26 estados e o Distrito Federal. Desta forma, o S.O.S. Emergências passou a articular com os demais serviços de urgência e emergência da rede saúde, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) 192, UPAs (Unidade de Pronto Atendimento) 24 horas, Salas de Estabilização, serviços da Atenção Básica e Melhor em Casa até 2014, coordenados pelo Ministério da Saúde. Além disso, é um programa integrado por Portas de Entradas Hospitalares de Urgência selecionadas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde estaduais, distrital e municipais (BRASIL, 2012b).

Com o KANBAN implantado os indicadores de desempenho serão monitorados, contribuindo desta forma para o gestor medir, avaliar e controlar os resultados do seu processo de trabalho e consequentemente os resultados da instituição com eficiência. Entretanto, é necessário que essas informações sejam claras, precisas e confiáveis para auxiliar positivamente no processo decisório, pois do contrário,

poderão influenciar negativamente nas decisões levando o hospital a resultados negativos e até mesmo irreversíveis.

Justifica-se a realização por existem poucas ferramentas que possam auxiliar na qualificação do gerenciamento do fluxo dos pacientes em observação/internação na emergência e ao mesmo tempo fornecer indicadores de gestão. E, tem como objetivo melhorar o fluxo dos pacientes, com identificação das pendências que prolongam a internação, esvaziando os corredores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, onde algumas etapas foram utilizadas para analisar os artigos:

1^a etapa – Elaboração do tema que segue como linha norteadora: a) Elaborar o tema, b) Realizar a pesquisa da literatura, c) Organizar os dados coletados, d) Interpretar e avaliar os resultados do estudo.

2^a etapa – Realizado pesquisa bibliográfica na eletrônica de acesso aberto SciELO (Scientific Electronic Library Online) e nas bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde – BVS). Com palavras-chave: KANBAN, Gestão de Leitos, Logística Hospitalar.

3^a etapa – foi realizada a leitura do título seguido do resumo do artigo desta pesquisa. Foram organizados a medida que estes foram selecionados, não seguindo uma ordem alfabética dos autores ou ano de publicação.

4^a etapa – foram utilizados os artigos disponíveis on-line exclusivamente com acesso livre.

Os critérios de inclusão de artigos científicos que levaram em consideração os artigos publicados conforme a busca pelos descritores, foram artigos com texto completo, publicados on-line, Manuais do Ministério da Saúde. Foram excluídos da pesquisa artigos não indexados nas bases pesquisadas. A discussão foi realizada pelas pesquisadoras, pelo encontrado na literatura e elecendo a realidade a qual todas estão inseridas no ambiente hospitalar, dispondo as principais informações sobre Gestão de Leito pela Metodologia KANBAN.

DISCUSSÃO

Diante dos desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o modelo de atenção voltado ao atendimento à demanda espontânea e as condições agudas, surgem as organizações em rede integradas de serviços, chamadas de

Rede de Atenção à Saúde, que buscam adequação dos serviços prestados ao usuário.

Através da portaria nº1600/2011 é instituída a Rede de Atenção à Urgência composta de oito componentes, cujo objetivo de ampliar o acesso humanizado, integral ao usuário em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, o componente hospitalar organizado pela portaria nº 2395/2011 visa ampliar, qualificar as portas de entrada hospitalar de urgências, também seus leitos de retaguarda e a reorganização das linhas de cuidado prioritário, além de definir a criação dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) (PETRY, 2016).

Em 2011 com base a Portaria 2395 o Ministério da Saúde criou o Programa SOS Emergências e, com isso alguns hospitais foram incluídos no programa (BRASIL, 2011). Por meio da Portaria 1663 GM/MS, em 2012, o Ministério da Saúde instituiu requisitos para participar do SOS Emergências. Foi neste período que o KANBAN instituído na Toyota para linha de produção, fora adaptado a realidade hospitalar como Gestão de Leitos.

Estudos atuais demonstram uma preocupação com o gerenciamento de permanência como instrumento para planejamento, gestão em saúde e para mensurar a eficiência dos serviços prestados, além de referência para consumo de recursos hospitalares.(NASCIMENTO, 2015).

A superlotação nos serviços de Saúde de Urgência e Emergência tem grande impacto, para que esta seja reduzida é necessário a Implantação da Gestão de Leitos KANBAN. O KANBAN quando realizado de maneira eficiente e eficaz, torna-se muito potente. Com o KANBAN implantado é possível avaliar o tempo de permanência por cada clínica ou patologia. Num serviço de Urgência e Emergência não deveria ser uma unidade de internação e, sim apenas um Serviço de Pronto Atendimento.

O KANBAN por ser uma Gestão de Leitos é possível que a desospitalização ocorra de maneira propicia ocasionando uma melhor rotatividade dos leitos, com menor permanência e consequentemente uma assistência de qualidade com melhor prognóstico em menor período de tempo. Garantindo atendimento as necessidades do paciente que na maioria das vezes chega ao unidade hospitalar angustiado.

Por ser o serviço de Urgência e Emergência uma unidade destinada às necessidades dos pacientes urgentes, emergentes e críticos, executados por uma equipe multiprofissional com relação interdisciplinar, caracterizado por um contínuo trabalho assistencial que integra várias áreas assistenciais, e realizado em ambiente extra hospitalar ou intra-hospitalar. De modo KANBAN é utilizado como um sistema que sinaliza e orienta, utilizando informações específicas que buscam o controle eficiente, identificação rápida de problemas, diminuição dos retrabalhos, autonomia aos operadores, através de placas e um quadro de gerenciamento de cores:

Vermelho (urgência), Amarelo (atenção) e Verde (condição normal) (HEISELER, 2012; MASSARO et.al., 2017).

No atual cenário de gestão em sistemas de saúde, especialmente nas redes de atenção às urgências e emergências, percebe-se o avanço do movimento global pela qualidade em decorrência da crescente conscientização dos direitos dos pacientes e, também pelo aumento de oferta de serviços (NEGRI, 2012). A superlotação nos serviços de urgência e emergência tem sido um problema sistêmico e a solução desse problema, não é pontual ou local, é um problema que envolvem todos os atores da rede de saúde nos diferentes níveis de atenção, especialmente no âmbito hospitalar. A permanência hospitalar acima do tempo necessário é uma preocupação antiga, contribuindo para redução da qualidade da assistência e aumento dos custos. Adicionalmente, mantém o usuário do sistema de saúde longe do convívio familiar e da comunidade, além de expô-lo a riscos evitáveis, como infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, trombose venosa profunda e quedas (SILVA et.al., 2014).

Na saúde a ferramenta KANBAN apresenta adaptação, utilizando placas com códigos (I, II, III) no lugar das tradicionais (Vermelho, Amarelo, Verde) correspondendo a faixa de permanência no leito, sendo estas placas modificadas diariamente conforme tomada de decisão. É desafiador separar pacientes conforme a disponibilidade de leitos, mas se faz necessária como modo de evitar longos internamentos nas urgências e emergências, liberando assim leitos para novos pacientes (VASCONCELOS, 2016; SOUZA et.al., 2017).

O tempo de permanência, utilizando o KANBAN deve ser pactuado com a equipe interdisciplinar, respeitando-se as características de cada serviço. Não podemos deixar de considerar que a alta permanência pode estar ligada as complicações da própria doença, demora na realização e/ou resultados de exames, falta de insumos, o que requer da equipe traçar novas estratégias dentro do tratamento proposto, de forma rápida adequando ao projeto terapêutico (MASSARO et.al., 2017).

Conforme detalhado na metodologia, do total de 12 hospitais da primeira etapa do programa SOS Emergência ($N=12$), foi possível avaliar sete hospitais ($n=7$), correspondentes a 58%. Em cinco hospitais, foi possível realizar visitas in loco e dois responderam ao questionário on-line (PETRY, 2016).

Com o cálculo de permanência por patologias é possível identificar as pendências que impede a alta hospitalar do paciente, liberando desta maneira o leito e reduzindo a superlotação. Conforme Moura (1996), KANBAN é uma técnica japonesa de gestão de materiais e de produção no momento exato (Just-in-Time), que é controlado através do movimento de cartão (KANBAN). Segundo Inácio, Aragão e Bergiante (2016), as instituições de saúde são organizadas em departamentos e, frequentemente, a única pessoa que enxerga o processo ponta a ponta é o próprio

paciente.

Para Gomes (1994), os serviços de emergência hospitalar podem ser considerados como uma das áreas de maior complexidade de assistência e com maior fluxo de atividades de profissionais e usuários. Para Drucker (1999 *apud* ANDREOLI *et al.*, 2015), a gestão no setor da saúde se mostra mais complicado do que qualquer outra organização. Os serviços de Urgência e Emergência são desafiadores aos gestores, nestes serviços avaliados vários indicadores onde a superlotação é de maior impacto por ter sua média de permanência muito elevada.

Menor tempo de permanência hospitalar, com identificação das pendências apresentando melhor resolutividade dos casos com diagnóstico mais rápido e proporcionando melhor prognóstico com discussão da média de permanência de todo o hospital, por diagnóstico, como também a inserção dos dados em planilha pelo profissional e automaticamente serão identificados conforme cor de classificação do KANBAN.

A ideia é sinalizar cada leito com cores: verde, amarelo e vermelho. As placas têm significados: verde permanência abaixo da média, amarela permanência no limite da média, vermelha permanência acima da média. No Hospital Santa Marcelina foram identificados alguns motivos: falta de leito de internação, falta de leito de UTI, Instabilidade clínica, falta de resultado de exames para alta, aguarda transferência para outro hospital, motivo social; foi instituído no serviço de urgência e emergência o Verde até 24h, Amarelo de 24 a 72h e Vermelho após 72h (FÉLIX, 2013). Vários são os motivos para superlotação dos hospitais, especialmente às emergências do SUS. O KANBAN é uma ferramenta simples, o uso de um sistema prepara e limita o trabalho. Têm características próprias como evidenciar os problemas existentes no processo gestão de leitos.

Através do KANBAN é possível identificar o motivo da permanência do paciente no leito, ocorre vezes em que o paciente aguarda resolução social ou vaga em outro hospital para dar continuidade ao tratamento com especialidade direcionada ou pela falta de realizar um exame para condução do caso ou orientação de outro profissional ou outro motivo. Isto poderá acontecer a qualquer paciente e com qualquer clínica.

O KANBAN precisa ser atualizado diariamente, verificando desta forma a pendência, assim como checagem se fora resolvido o entrave para desospitalização. O vermelho precisa ser discutido diariamente, como deveria ter esse cuidado desde o momento que este paciente adentra este serviço. É possível que seja avaliado pela permanência de cada patologia. Assim como, descrito no (Quadro 1), foram citadas permanência apenas como exemplo, estas permanências não foram citadas de acordo com DATASUS.

Obedecendo uma determinada permanência, o método KANBAN é uma

ferramenta muito potente e primordial a unidade hospitalar, pois é possível agilizar os procedimentos para que o paciente seja atendido no tempo ideal. O KANBAN tem características próprias como: evidenciando problemas existentes no processo gestão de leitos, sensibilizando a equipe multiprofissional envolvida para agilidade dos entraves que aumentam o tempo de permanência e melhorando a divulgação dos problemas por ser uma gestão de leitos de fácil visualização e entendimento.

Com o tempo de permanência por patologia é primordial que seja avaliado que a cor verde corresponde ao tempo ideal a patologia, amarelo alerta quanto ao tempo de permanência e vermelho acima do tempo da patologia (Quadro 2). Cada patologia tem determinados exames inerentes, consequentemente se este paciente passar a cor amarela nos mostra que algum cuidado ou exame ou procedimento está pendente e, poderá ser providenciado para que não chegue a cor vermelha, esta cor não deveria ser alcaçada por nenhum paciente e nos mostra que houve falha na assistência.

Muitas vezes uma paciente com Infarto que realiza um Cateterismo Cardíaco (CATE) e, precisa de Angioplastia (ATC). Ainda, há os pacientes que necessitam de Cirurgia Revascularização Miocárdica (CRM) estes terão a mudança de diagnóstico ao qual entrará em um outro tempo de permanência. Tempo que também terá o verde, amarelo e vermelho. Cores por sua permanência e não por gravidade.

Descrevendo como cada cor será utilizada, como exemplo, a permanência do infarto que é de 8 dias e, onde até 7 dias este será considerado verde, no 8º dia como amarelo limite da permanência. Logo, deverá ser observado se ainda há pendência com exame ou procedimento ou cuidados, se houver providenciar para que não chegue ao 9º dia ficando vermelho (Quadro 3) permanência apenas citada como exemplo para descrever a importância do KANBAN.

O sistema KANBAN nas emergências hospitalares pode ser entendido como uma ferramenta de qualificação do gerenciamento do cuidado, por sítios assistenciais a visualização pode ser através painel interligado com o sistema de prontuário eletrônico, onde possa apenas ser alimentado com as pendências de cada paciente. Pode ser criado um Software KANBAN, ficando a vista (Quadro 4). Este Software poderá ser adotado como passagem de plantão do Enfermeiro, dispensando os relatórios ou passagens de plantão por meio de formulário.

O sistema KANBAN, como via de monitoramento e facilitador do andamento da internação hospitalar, vai ao encontro da tendência mundial de desospitalização (VASCONCELLOS et al, 2015). Solução de gestão visual de processo que ajuda equipas a trabalhar de forma mais eficiente, a visualizar os fluxos de trabalho e a analisar e melhorar os processos de negócio de acordo com o método KANBAN. Muitas vezes, o paciente pode ficar muito mais tempo internado do que o necessário, diminuindo assim, o número de atendimentos e aumentando a possibilidade de

contrair uma infecção.

Para Félix (2013) constatou melhoras no fluxo e na resolutividade da longa permanência dos pacientes em unidades do pronto socorro do Hospital Santa Marcelina com a implantação do KANBAN. As especialidades que atendem os pacientes no pronto socorro deverão especificar o tempo médio de permanência deste paciente nas unidades em que permanecerão internados (unidade de observação ou retaguarda) (FÉLIX, 2013).

Com a implantação do KANBAN é possível acesso há diversos indicadores, sendo de fácil visibilidade, compreensão, manuseio e discussão multiprofissional para melhoria. Também deverá ser inserido neste contexto o Núcleo de Regulação Interna (NIR). Destaca-se também a necessidade de termos profissionais com potencial para colaborar na gestão de leitos, por meio de postura proativa e facilitadora do processo de trabalho relacionando, intervenção diagnóstica e terapêutica, capacitação de equipe, adequação de estrutura e insumos ideais para a eficiência cuidado. (NASCIMENTO, 2015).

Dias Hospitalização	Patologia
8	Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)
12	Insuficiência Congestiva Cardíaca (ICC)
3	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
4	Edema Agudo Pulmonar (EAP)

Nota: Elaborado pelas autoras.

Quadro 1: Permanência por Patologia

Cor KANBAN	Significado Cor KANBAN
Verde	Dentro do tempo ideal a patologia
Amarelo	Alerta quanto ao tempo de permanência
Vermelho	Acima do tempo permanência patologia

Nota: Elaborado pelas autoras.

Quadro 2: Significado Cor KANBAN

Patologia	Dias Hospitalização	Verde	Amarelo	Vermelho
IAM	8	7	8	9 ou mais
ICC	12	11	12	12 ou mais
HAS	3	2	3	3 ou mais
EAP	4	3	4	4 ou mais

Nota: Elaborado pelas autoras.

Quadro 3: Permanência por Cor KANBAN

QUADRO KANBAN DE PERMANÊNCIA					
Leito	Registo	Nome Paciente	Patologia	Dias Internação	Pendências
300	88488	Maria José	IAM	9	CATE + ATC
301	88489	José Maria	ICC	6	Não há
302	88590	João José	HAS	5	ECO + Holter
303	88591	José João	IAM	7	Não há
304	88592	Maria Ana	IAM	8	Definir conduta
305	88593	Ana Maria	ICC	12	Definir conduta
306	88594	José Pedo	ICC	15	Definir conduta

Nota: Elaborado pelas autoras.

Quadro 4: Permanência por paciente relacionado ao KANBAN

CONCLUSÃO

Com a implantação e implementação do KANBAN como gestão de leitos o hospital terá uma maior rotatividade dos leitos, proporcionando maior número de atendimento e melhoria na assistência com diagnóstico mais rápido e melhor prognóstico fortalecendo a equipe multiprofissional. A permanência estipulada pela tabela SUS determina tempo por patologias, tempo adequado para reabilitação da saúde seja na administração de medicamentos, exames ou mesmo procedimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N° 1.663, DE 6 DE AGOSTO DE 2012.** DISPÕE SOBRE O PROGRAMA SOS EMERGÊNCIAS NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE). BRASÍLIA, DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012B. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAÚDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2012/PRT1663_06_08_2012.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT1663_06_08_2012.html). ACESSO EM: 12 SET. 2019..

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulamentação** . Média de Permanência Geral. Brasília, DF: Agência Nacional de Saúde Complementar (ANS), 2013. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 4 Set. 2019.

_____. **PORTARIA N° 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011.** Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2011. Disponível em: [HTTP://BVSMS.SAÚDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PR2395_11_10_2011.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html). Acesso em: 15 Set. 2019.

_____. Ministério Da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Instituto de Comunicação e Informação. Científica e Tecnológica em Saúde. HEISLER, Paulo Alexandre. Aplicação da Metodologia Kanban como Ferramenta Adaptada para Gestão de Leitos na Emergência {monografia}. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Porto Alegre. 2012a.

CORDEIRO, ANDRÉ LUIZ LISBOA ET AL. CORRELAÇÃO ENTRE A DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E A VELOCIDADE DA MARCHA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA. INT J CARDIOVASC SCI, V. 30, N. 2, P. 123-127, MAR.-ABR 2017. ARTÍCULO.

DISPONÍVELEM: <HTTP://WWW.ONLINEIJCS.ORG/SUMARIO/30/PDF/V30N2A05.PDF>. ACESSO EM: 3 SET. 2019.

ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, XXXVI., 2016, João pessoa. **IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA LEAN HEALTHCARE NO BRASIL: UM ESTUDO BIBLIOMÉTRICO** [...]. joao pessoa: [s. n.], 2016. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_WIC_226_316_30373.pdf. Acesso em: 12 set. 2019.

FELIX, CARLA ROSIMEIRE . IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO KANBAN NO PRONTO SOCORRO (SUS) EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO QUATERNÁRIO DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO. **DOCPLAYER**, SÃO PAULO. DISPONÍVEL EM: <HTTPS://DOCPLAYER.COM.BR/23441571-MINISTERIO-DA-SAUDE-HOSPITAL-SANTA-MARCELINA.HTML>. ACESSO EM: 15 SET. 2019

GUIMARÃES, LUCIA FILOMENA DE ALMEIDA; FALSARELLA, ORANDI MINA. UMA ANÁLISE DA METODOLOGIA JUST-IN-TIME E DO SISTEMA KANBAN DE PRODUÇÃO SOB O ENFOQUE DA CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO. **PERSPECT. CIÊNC. INF.**, V. 13, N. 2, P. 130-147, MAIO-AGO. 2008. DISPONÍVEL EM: HTTP://WWW.SCI ELO.BR/SCIELO.PHP?PID=S1413-99362008000200010&SCRIPT=SCI_ABSTRACT&TLNG=PT. ACESSO EM: 15 SET. 2019.

HEISLER, PAULO ALEXANDRE. **APLICAÇÃO DA METODOLOGIA KANBAN COMO FERRAMENTA ADAPTADA PARA GESTÃO DE “LEITOS” NA EMERGÊNCIA**. PORTO ALEGRE/RS. MONOGRAFIA (ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE) - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012. DISPONÍVEL EM: <HTTPS://WWW.ARCA.FIOCRUZ.BR/HANDLE/ICICT/6505>. ACESSO EM: 2 SET. 2019. <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2019/05/07/hospital-getulio-vargas-tenta-diminuir-superlotacao-com-28-leitos- adicionais.ghtml>

MASSARO, Isis Aparecida Cunácia; MASSARO, Altair. O Uso do KAN BAN na Gestão do Cuidado: Superando Limites. **Rev. Adm. Saúde** , [S. I.], v. 17, n. 66, p. 1-8, 15 set. 2019. DOI <http://dx.doi.org/10.23973/ras.66>. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/27>. Acesso em: 6 set. 2019

MOURA, R.A. A simplicidade do controle da produção. São Paulo: Instituto de Movimentação, 1996.

NEGRI, S. C.; CAMPOS, M. D. O uso da ferramenta kanban para o controle da permanência dos usuários SUS. CONGRESSO ONLINE DE ADMINISTRAÇÃO, 10., 2013, São Paulo. Anais. [S.I.:s.n.], [2013?]. Disponível em: http://www.convibra.org/upload/paper/2012/29/2012_29_5191.pdf. Acesso em: 6 ago. 2019

OHNO T. **O sistema toyota de produção: além da produção em larga escala**. Porto Alegre :Bookman, 1997.149 p. XXXIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUCAO A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos. Disponível em http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_tn_stp_177_013_22927.pdf. Acesso em: 16 ago. 2019

PETRY, D. **Análise de implantação do KANBAN em Hospitais do programa SOS Emergências** [Dissertação]. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Mestrado Profissional em saúde Coletiva. Palmas. 2016. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21644/1/DISS%20DEBORA%20PETRY.%20MP%202016.pdf>. Acesso em: 15 Set. 2019.

SOUZA, P. R.; MURICY, M. S.; SIMEÃO, E. P.; LIMA, E. S.; BRAGA, B. C. **Gestão do Fluxo de Pacientes em Internações Relacionadas ao Pronto-Socorro: Aplicação da Metodologia Kanban**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 14, n. 1, p. 1-18, 2017. Disponível <http://www.spell.org.br/documentos/ver/46496/gestao-do-fluxo-de-pacientes-em-internacoes-relacionadas-ao-pronto-socorro--aplicacao-da-metodologia-kanban-->

TUBINO, D.F. **Planejamento e controle da produção**: teoria e prática. 2. ed. São Paulo : Atlas, 2009. 190 p.

VASCONCELLOS, J.F; FERREIRA, C.N; SANTANA, C. E. S; SOUZA, C. R; VALENTE, M. L. F.
Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. J. bras. Econ. Saúde. vol.7 nº2. 2015.

GRUPO AMIGUINHO DA SAÚDE: PROMOÇÃO DE AÇÕES EM SAÚDE DIRECIONADO PARA CRIANÇAS DE DOIS ANOS COMPLETOS HÁ TRÊS ANOS

Vanesa Nalin Vanassi

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

Elisangela Argenta Zanatta

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

Lenita de Cassia Moura Stefani

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

Cheila Karel Siega

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

Ingrid Pujol Hansen

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

Lucimare Ferraz

Universidade do Estado de Santa Catarina –
UDESC/CEO
Chapecó - SC

faixa etária entre dois anos e três anos, por meio de atividades lúdicas educativas, de crianças residentes na zona rural e que não frequentam a creche. Percebeu-se a necessidade de se trabalhar com os familiares e as crianças, no intuito de sensibilizá-los e conscientizá-los sobre a alimentação saudável, doenças negligenciadas, higiene bucal e corporal e estimular o vínculo da família juntamente com a unidade de referência. Ressalta-se a necessidade da interrelação ensino/serviço o que contribui de modo considerável para aprimoramento de ações já em andamento e o planejamento e desenvolvimento de novas ações de promoção de saúde. Para elaboração do projeto de intervenção foram considerados os perfis produtivos das crianças na área de abrangência de um Centro de Saúde da Família (CSF) e a atividade foi desenvolvida tendo em vista os seguintes momentos: orientações sobre condições de saúde, antropometria, orientações odontológicas e médicas, jogos educativos, dinâmicas, além de um teatro de fantoches. As atividades de educação em saúde possibilitam uma maior aproximação do CSF com a população, além da melhoria do relacionamento e envolvimento da equipe para realização da atividade como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde;

RESUMO: A educação em saúde, principalmente relacionada a criança, é um tema muito relevante nos dias de hoje. Este trabalho teve como objetivo relatar uma ação de promoção de saúde direcionada às crianças na

LITTLE BUDDY HEALTH GROUP: PROMOTION OF HEALTH-RELATED HEALTH ACTIONS FOR TWO-YEAR-OLD CHILDREN COMPLETE THREE YEARS AGO

ABSTRACT: The health education, especially related to children, is a very relevant theme nowadays. This work aimed to report an act of health promotion directed to children in the age group between two and three years old, living in rural areas and not attending kindergarten, using educational ludic activities. It was noticed the need for working with the children and their relatives, in order to raise the awareness about healthy eating, neglected deceases, buccal and corporal hygiene, and stimulate the bond with the family together with the reference unity. It is necessary to interrelate the teaching/service, which contributes considerably to the enhancement of ongoing actions, the planning, and development of new actions in health promotion. In the elaboration of this project, it was considered the children productive profile in the geographic area of a Family Health Center (CSF), in view of the following moments: guidance about health conditions, anthropometry, medical and dental orientation, educative games, dynamics, and a puppet theater. The activities in health education enable an approximation of CSF with the population, besides improving the relationship and involvement of the team when developing the activities.

KEYWORDS: Health education; Health promotion; Primary health care

1 | INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento da criança são fatores primordiais para avaliação de saúde de uma determinada população. Pensando nisso o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2015) elaborou estratégias a fim de garantir que todas as crianças de zero a dez anos sejam acompanhadas de maneira periódica por meio de consultas de puericultura e orientações as famílias realizadas pela equipe das Estratégias de Saúde da Família, em sua área de abrangência. A faixa etária entre zero e dois anos de idade é considerada crucial para o desenvolvimento motor e neurológico, além disso a necessidade do acompanhamento nutricional, vacinal e das vulnerabilidades sociais e familiares que as crianças possam estar expostas (BRASIL, 2012). Com base nisso, o MS (BRASIL, 2015) destaca que a partir dos seis meses as crianças passam a ser contempladas, além da puericultura, por ações previstas pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). Essas ações descritas pela Portaria 1.055 de 25 de Abril de 2017, sendo que as creches também estão incluídas no programa. Para tanto se ressalta que há muito tempo se fala em promoção de saúde e em diminuição das desigualdades por meio de ações diretamente relacionadas

as situações de saúde vivenciadas, necessitando formular ações intersetoriais e multiprofissionais para que assim seja possível qualificar o cuidado (BENETTI et all, 2011). Neste contexto já existem muitas discussões acerca da interrelação ensino/serviço o que contribui de modo considerável para aprimoramento de ações já em andamento e o planejamento e desenvolvimento de novas ações de promoção de saúde. Nesse sentido o planejamento de atividades é parte do programa de mestrado profissional tendo como um de seus objetivos promover interação ensino-serviço, absorvendo demandas e proporcionando instrumentalização das ações direcionadas a população. Para melhor instrumentalizar o cuidado torna-se necessário conhecer o território, deste modo percebeu-se a necessidade, pois na abrangência do CSF que fica situado no interior de um município localizado no oeste do Estado de Santa Catarina a população é basicamente rural e as crianças iniciam seu trajeto escolar a partir dos quatro anos completos, pois não existem creches na localidade. Os estudantes iniciam os estudos na pré-escola, participando de ações contempladas pelo PSE como, por exemplo, palestras educativas, orientações sobre saúde bucal e higiene, calendário vacinal, alimentação saudável, entre outros temas pactuados pelas secretarias de educação e saúde e conforme necessidades das escolas. No entanto a faixa etária entre dois e três anos completos não preenchem os critérios necessários para iniciar o pré-escolar, além de não haver creches na abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) o que dificulta a inserção das crianças na alfabetização precoce. Ressalta-se que uma forma de estimular a educação em qualquer ambiente são as atividades lúdicas que são utilizadas como ferramentas para atividades socioeducativas e de educação em saúde, tendo como finalidade a fixação de conhecimento de maneira criativa e descontraída, mantendo a atenção das crianças e auxiliando no desenvolvimento mental e motor. Utilizam-se jogos, danças, teatros e muitas outras atividades estimulantes (NILES e SOCHA, 2014). O lúdico é uma forma de trabalho que contribui para a construção do conhecimento, contudo, para isso torna-se necessário o direcionamento das atividades de acordo com a idade e objetivos pretendidos favorecendo para que a brincadeira tenha um caráter pedagógico e não seja uma mera brincadeira, proporcionando interação social e o desenvolvimento de habilidades intelectivas (NILES e SOCHA, 2014). Atividades lúdicas permitem aos profissionais aproximarem-se da criança e, promover uma relação mais próxima identificando particularidades dificilmente encontradas em uma consulta rotineira. Tendo em vista todas essas questões, identificou-se a necessidade de relatar as ações de promoção de saúde direcionadas as crianças na faixa etária entre dois anos e três anos, por meio de atividades lúdicas educativas.

2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da construção de um projeto básico na disciplina de Promoção da Saúde, componente curricular do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde através de uma vivência de atividades de educação em saúde com crianças e familiares em um (CSF), situado no interior de uma cidade do oeste do Estado de Santa Catarina. As atividades ocorreram nos meses de agosto a setembro de 2017. As crianças participaram das atividades juntamente com um de seus familiares, onde as atividades foram divididas em dois grupos. Pela manhã participaram seis crianças, no horário das 07h e 30min às 11h e 30min. Outras cinco crianças participaram à tarde das 13h às 17h. As ações realizadas foram: orientações sobre condições de saúde, antropometria, orientações odontológicas e médicas, jogos educativos, dinâmicas, além de um teatro de fantoches sobre orientações de alimentação saudável direcionadas as mães e com intuito de estimular o interesse das crianças para ingestão de alimentos saudáveis ou invés produtos hipossódicos, hipercalóricos, refrigerantes e outros produtos industrializados. No momento que as mães chegaram a unidade foram recepcionadas pela auxiliar de enfermagem e pelas Agentes Comunitárias de Saúde, sendo apresentado o cenário e proporcionando que as mães e crianças sentissem um ambiente tranquilo e receptivo, após identificados por meio da carteirinha da criança no sistema para posterior encaminhamento as atividades. Esse acolhimento Coutinho, Barbieri e Santos (2015) é evidenciado devido a importância de se facilitar, dinamizar e organizar o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem seus objetivos, qualificando o cuidado e sendo resolutivos. Foi realizada a avaliação antropométrica e vacinal de todas as crianças pela auxiliar de enfermagem, objetivando identificar existência de falhas nas carteirinhas de saúde da criança. Nesse contexto percebe-se a necessidade de se conhecer a intensidade dos problemas nutricionais, tendo em vista aspectos relevantes e norteadores relacionados ao espaço em que as crianças estão inseridas, os locais que frequentam, sendo possível identificar possíveis distúrbios nutricionais, monitorar desigualdades sociais presentes e, especialmente, permitir a identificação de necessidades de ações específicas e diferenciadas de nutrição e saúde (GUIMARÃES e BARROS, 2001). Na sequência as crianças foram direcionadas para orientação odontológica e médica, com o objetivo de identificar as principais necessidades, realizar orientações acerca da alimentação saudável e avaliar o acompanhamento e desenvolvimento de acordo com a idade de cada criança. Na infância, a alimentação apropriada é de extrema importância para garantia de um crescimento e desenvolvimento saudável e para manter um equilíbrio na saúde da criança (BRASIL, 2014). As crianças compõem um

dos grupos populacionais que mais necessitam de atendimento, pelas constantes mudanças no desenvolvimento e na exposição a vulnerabilidades (BRASIL, 2014). Após as orientações, as crianças e familiares foram encaminhadas à sala de espera onde foi realizado um teatro de fantoches sobre alimentação, apresentação de vídeos relacionados a alimentos, desenvolvimento da linguagem e higiene, além de jogos relacionados a alimentação saudável e higiene corporal. A maneira com que se trabalha as ações em saúde é ideal para a criação de vínculos que surgem durante as próprias atividades lúdicas com a criança. Essa aproximação se torna um caminho para acessar as habilidades cognitivas da criança (RODRIGUES et all, 2015). Para tanto, a Enfermeira é membro responsável pelo planejamento, organização e desenvolvimento das atividades lúdicas e de educação em saúde, possibilitando uma nova atividade de educação permanente para toda a equipe. A maneira como se planeja os processos de trabalho em saúde, são de grande importância para o desenvolvimento das ações e, depende da forma como que o enfermeiro desempenha suas atividades de gerencia, sendo eficiente e eficaz, refletindo atitudes positivas na qualidade da assistência prestada aos usuários. Do mesmo modo, entende-se o planejamento como forma de se propor estratégias e ações como meio de alcançar e efetivar metas e ideais pretendidos (BENETTI et all, 2011). Ao final da atividade foi servido um lanche saudável e realizada a avaliação com as mães sobre a atividade.

3 | CONCLUSÃO

As atividades de educação em saúde possibilitam uma maior aproximação do CSF com a população. As crianças de modo específico apresentaram maior facilidade de compreensão dos temas propostos quando apresentados de maneira desconstruída, lúdica e entrosada, facilitando a interação com os profissionais e a curiosidade perante as atividades. Destaca-se, ainda, a importância da participação da família para manutenção do cuidado e continuidade em sua residência. Os familiares relataram que a atividade foi importante para estreitar o vínculo com os profissionais do CFS e para adquirir conhecimentos de forma divertida, garantindo assim, o acolhimento, o atendimento humanizado e a criação do vínculo com a equipe.

No entanto, além de contribuir para a melhoria nos níveis de conhecimento da comunidade, o entrosamento da equipe foi identificado e elogiado, todos participaram do planejamento e execução das atividades, fortalecendo o trabalho interdisciplinar e consequentemente as relações interpessoais, facilitando o acesso e permitindo que os profissionais busquem novos conhecimentos e tenham incentivo

de promover novas atividades na unidade.

REFERENCIAS

1. BRASIL, Ministério da educação (Brasil). Ministério da saúde. Departamento de atenção básica. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** [Acesso 2017 setembro 18]. “Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html”.
2. BRASIL, Ministério da saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Caderno de Atenção Básica, nº33.
3. Carta de Ottawa para a Promoção a Saúde (Brasil). **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa**, Canadá, 17-21 novembro de 1986. [Acesso 2017 setembro 19]. “Disponível em: <https://www.opas.org.br/carta-de-ottawa/>”.
4. BRANDÃO, Carlos da Fonseca. **A Educação Básica na Suécia e no Brasil: algumas semelhanças e diferenças.** Educação e Realidade; Porto Alegre Vol. 44, Ed. 1, (Feb 25, 2019).
5. COUTINHO, Larissa. Racuel. Palharres.; BARBIERI, Ana. Rita.; SANTOS, Mara. Lisiane. de Morais.. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr-jun 2015.
6. GUIMARÃES Lenir V., Barros Marilisa B. Differences between the nutritional status of children in public preschool sand nutritional transition. J Pediatr (Rio J) 2001;77:381.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
8. RODRIGUES, Diogo Alves; SAMPAIO, Tamíris Baptista; LEÇA, Ana Carolina de Melo Machado; ALMEIDA, Marília Aranha; MACÊDO, Isabelli da Silva Venancio de; MOTA, Clélia de Alencar Xavier. **Práticas educativas em saúde: o lúdico ensinando saúde para a vida.** Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Jun. 2015;13(1):84-89.
- BENETTI, Eliane Raquel RiethE; KIRCHHOF, Raquel Soares; GUIDO, Laura de Azevedo; PROCHNOW, Adelina Giacomelli; LIMA, Suzinara Beatriz Soares; WEILLER, Terezinha Heck. **Percepções acerca do planejamento em enfermagem como ferramenta de gestão.** Revista Contexto & Saúde, Ijuí, v. 10. n. 20, Jan./Jun. 2011. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/98b7b6636c299438998e1b82e8cd8eb0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2047726>. Acesso em: 02 de set de 2019.
- VENDRUSCOLO, Carine. FERRAZ, Fabiane, PRADO, Marta Lenise, KLEBA, Maria Elisabeth, REIBNITZ, Kenya Schmidt. et al. **Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da educação em saúde.** Interface (Botucatu), v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000401015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Jun 2018.

HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR PEDIÁTRICA ATRAVÉS DO PROJETO RISOS DA FISIO: O IMPACTO PARA O PACIENTE E FAMILIAR

David Andrade Borges

Fisioterapeuta Graduado pela Universidade
Tiradentes
Aracaju – Sergipe

Tainan Andrade Santos

Fisioterapeuta Graduada pela Universidade
Tiradentes
Aracaju – Sergipe

Iandra Geovana Dantas dos Santos

Fisioterapeuta Graduada pela Universidade
Tiradentes
Aracaju – Sergipe

Jamilly Thais Souza Sena

Fisioterapeuta Graduada pela Universidade
Tiradentes
Aracaju – Sergipe

Aida Carla de Santana Melo Costa

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade
Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe

instituir atividades que visem à humanização hospitalar no serviço pediátrico, a fim de que seja amenizado o sofrimento, além de contribuir para a otimização da recuperação. O objetivo da pesquisa foi analisar a influência do atendimento humanizado no nível de ansiedade dos pacientes pediátricos durante o período de hospitalização, e o nível de depressão apresentado por suas genitoras. O estudo foi do tipo transversal, observacional, analítico e de campo, realizado na unidade pediátrica do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE) no período de três meses, abordando 32 participantes. A coleta de dados foi realizada após a intervenção de humanização hospitalar pelo Projeto Risos da Fisio. Foi utilizada a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e o Inventário de Depressão de Beck. Observou-se uma média de idade das mães de 29,43 anos, enquanto a média de idade das crianças foi de 10,06, sendo 62,5% do sexo masculino. Evidenciou-se que 62,5% das genitoras não apresentaram quadro depressivo e quanto ao nível de ansiedade manifestado pelas crianças hospitalizadas, houve predomínio de ansiedade no sexo feminino. Constatou-se que a humanização acarreta inúmeros benefícios à criança hospitalizada durante sua recuperação, além de promover interação e socialização com

RESUMO: A hospitalização infantil acarreta uma série de mudanças na rotina da criança e de seus familiares. Enfrentar essa situação é desafiador para a criança, pois, muitas vezes, causa tristeza e ansiedade, tornando mais difícil a sua hospitalização, podendo gerar reações adversas e sofrimento psíquico. Este estudo justifica-se pela necessidade de

outras crianças e melhor enfrentamento da situação.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização; Pediatria; Fisioterapia; Hospitalização.

PEDIATRIC HOSPITAL HUMANIZATION THROUGH PHYSIOTHERAPY SMILES PROJECT: PATIENT AND FAMILY IMPACT

ABSTRACT: Child hospitalization entails a series of changes in the routine of children and their families. Facing this situation is challenging for the child, as it often causes sadness and anxiety, making hospitalization more difficult, and may generate adverse reactions and psychological distress. This study is justified by the need to institute activities aimed at hospital humanization in the pediatric service, in order to alleviate suffering, and contribute to the optimization of recovery. The aim of the research was to analyze the influence of humanized care on the anxiety level of pediatric patients during the hospitalization period, and the level of depression presented by their parents. Cross-sectional, observational, analytical and field study was conduct at pediatric unit of Sergipe Urgency Hospital during three months with 32 participants. Data collection was perform after humanization intervention made by Physiotherapy Smiles Project. Multidimensional Children's Anxiety Scale (MASC) and Beck Depression Inventory were use. The age average of mothers was 29.43 years old, while the age average of children was 10.06 years old, with 62.5% of male sex. It was evidence that 62.5% of mothers did not have depressive condition and regarding anxiety level manifested by the hospitalized children. There was a predominance of anxiety in females. Humanization has many benefits to hospitalized children during their recovery, as well as promoting interaction and socialization with other children and better coping with the situation.

KEYWORDS: Humanization; Pediatrics; Physiotherapy; Hospitalization.

1 | INTRODUÇÃO

Uma das situações mais delicadas na vida de qualquer ser humano é a hospitalização, fazendo-se necessário que sejam estabelecidos cuidados especiais quando se trata de crianças, pois são geradas grandes mudanças nas rotinas de suas famílias. Para esses pacientes, a internação hospitalar é traduzida em experiências difíceis, traumáticas, criando ansiedade e gerando estresse em um ambiente turbulento (SANTOS; FERREIRA, 2013).

Os responsáveis pelas crianças hospitalizadas são representantes legais que podem perceber falhas cometidas pelo sistema hospitalar, pois essas situações exigem melhores mudanças em condutas realizadas pelos profissionais de saúde. Os pais são referências de principal fonte de carinho, apoio e segurança para esses pacientes que enfrentam, não apenas a doença, nessa situação desafiadora, como o internamento (MARTINS et al., 2017).

No processo de mudança desse panorama, muitas atitudes estão sendo implementadas nos hospitais. No Brasil, observou-se avanço na humanização e assistência à criança depois da publicação da lei nº 8.069, em 1990, regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pois no artigo 12 prescreve-se que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência de um dos pais ou substituto em tempo integral em casos de internação de crianças e adolescentes (TEIXEIRA et al., 2016).

A depressão observada nas mães em acompanhamento de crianças em unidades hospitalares tem atingido um percentual importante da população geral, sendo um problema considerado de saúde pública brasileira. A gravidez e os cuidados para com a criança exigem muita preocupação, principalmente daquelas que tiveram intercorrências durante a gestação, o que pode provocar instabilidade emocional na mulher neste período (GUIDOLIN et al., 2011).

Um dos conceitos de humanização engloba inúmeros enunciados e é permeado por imprecisões. Dessa forma, pode-se perceber ou entender que a humanização não se dissocia de suas práticas. Mas ela pode ser compreendida como um elo entre profissionais e usuários, que pode gerar ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, que é um reflexo de atitude ética e humana. Dessa forma, a humanização é associada com a qualidade do cuidado, que inclui a valorização dos profissionais e o reconhecimento dos direitos dos usuários (MOREIRA et al., 2015).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) pelo Ministério da Saúde, a partir de experiências e reconhecimentos inovadores e concretos. A PNH atualiza mudanças na atenção e gestão ao despertar a vontade dos sujeitos envolvidos a repensar a saúde pública brasileira. Uma de suas propostas foi o Humaniza SUS, marcador que deve valorizar o anonimato. Por diversas vezes, foram realizadas discussões acerca do sentido da humanização e dos modos para implementá-la (MARTINS et al., 2017).

Dessa forma, ao tratar de reabilitação infantil, todo profissional deve adentrar no mundo da criança e escutá-la, pois é uma maneira de melhorar o convívio e estabelecer a confiança, otimizando a qualidade do atendimento, levando-se em consideração sua fase de desenvolvimento tanto intelectual e corporal quanto emocional (SILVA et al., 2011; SANTOS; FERREIRA, 2013).

Os fisioterapeutas que atuam em pediatria devem desenvolver o olhar para a melhoria da qualidade de vida infantil e compreender que as crianças não devem ser uniformizadas quanto às concepções de satisfação pessoal. No processo de hospitalização, a experiência estressante pode ser amenizada pela presença dos familiares, mantendo o melhor contato com outros profissionais de saúde e inserindo atividades recreativas em sua rotina diária, como forma de reduzir o estresse

emocional dessa fase (NEVES et al., 2018).

Em algumas instituições hospitalares, ainda é comum observar a falta de humanização aos pacientes, sendo os mesmos tratados, muitas vezes, com perda de sua identidade. Em vez de serem identificados por seus nomes, personalidades, interesses, famílias e culturas, os mesmos são identificados por números de quartos, doenças ou tratamentos que recebem. Isso ocorre frequentemente devido à elevada carga de trabalho a que os profissionais da saúde são submetidos, o que desencadeia uma postura insensível para com o paciente. Com isso, essas crianças também perdem a capacidade de controlar e governar suas próprias ações no ambiente (WILSON et al., 2019).

A humanização no setor pediátrico é direito da criança enquanto ser humano. Baseia-se no respeito de valores e necessidades, no que se refere aos princípios éticos e morais de suas crenças. Visa melhorar o alívio da dor e do sofrimento infantil através de recursos tecnológicos, psicológicos e lúdicos que são realizados durante seu atendimento, preservando a sua privacidade e oferecendo condições e ambientes que facilitem o seu tratamento e promovam a melhoria da assistência à saúde (TORQUATO et al., 2013).

O projeto Risos da Fisio foi criado em 2017 pelos voluntários acadêmicos de Fisioterapia e coordenado pela professora Aida Carla Santana de Melo Costa, integrando um projeto de extensão, o qual consiste de atividades de humanização na assistência hospitalar voltada para crianças admitidas no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Visa realizar dinâmicas terapêuticas no ambiente hospitalar para pacientes do internamento pediátrico, bem como para seus respectivos acompanhantes/cuidadores, utilizando atividades lúdicas com musicoterapia, desenho, pintura, jogos interativos e fantoches, além de promover orientações gerais aos cuidadores. O objetivo desta iniciativa é tornar o ambiente mais humanizado e agradável tanto para as crianças em processo de hospitalização quanto para os acompanhantes.

Este estudo justifica-se pelo fato de que a doença impede a criança de desenvolver as atividades regulares do seu cotidiano e provoca, muitas vezes, sensações de dor, desconforto e mal estar. Diante deste arsenal, torna-se necessária a instituição de atividades que visem à humanização hospitalar, a fim de que seja amenizado o sofrimento desses indivíduos, além de contribuir para a otimização do seu processo de recuperação.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a influência do atendimento humanizado no nível de ansiedade dos pacientes pediátricos durante o período de hospitalização. Os objetivos específicos foram: 1) Investigar o nível de depressão apresentado pelas genitoras de crianças hospitalizadas; 2) Ressaltar a importância do atendimento humanizado no serviço hospitalar pediátrico, bem como o impacto

causado aos pacientes e acompanhantes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico, observacional, transversal e de campo, com natureza quali-quantitativa. Foi realizado no serviço pediátrico do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE). Esta unidade hospitalar é referência no atendimento a pacientes pediátricos de alta complexidade. O internamento pediátrico possui 44 leitos, estratificados em cinco enfermarias, com as seguintes denominações: Carinho, Felicidade, Alegria, Esperança e Paz.

A amostra foi não-probabilística, selecionada por conveniência, determinada a partir da demanda de pacientes que estiveram internados com idade entre 8 e 12 anos, bem como suas genitoras, totalizando 32 participantes, sendo 16 crianças e 16 acompanhantes. A coleta de dados foi realizada em período matutino durante três meses.

Foram incluídos neste estudo os pacientes na segunda infância, admitidos no serviço de pediatria, de ambos os sexos, com faixa etária correspondente ao que é estabelecido pelo instrumento de pesquisa, além das respectivas genitoras, as quais estavam como acompanhantes de seus filhos. Estabeleceu-se com critérios de exclusão genitoras analfabetas, pacientes neuropatas, com comprometimento cognitivo ou rebaixamento do nível de consciência, além de pacientes com instabilidade clínica e hemodinâmica que foram impossibilitados de participar das ações de humanização.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, bem como ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), seguindo normas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/ 2012. Antes de iniciar a coleta de dados, os responsáveis legais pela criança foram informados em relação à pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como recurso de coleta de dados, foi utilizada a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (*Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC*), desenvolvida por March et al. (1997) e validada por Nunes (2004) para a população brasileira. Os pacientes pediátricos foram abordados nos leitos, em sedestação, orientados quanto à forma de aplicação do questionário. Além deste instrumento de avaliação, utilizou-se também o Inventário de Depressão de Beck (*“Beck Depression Inventory”*), criado por Beck et al. (1961) e validado no Brasil por Cunha (2001), o qual foi aplicado para as genitoras das crianças que estavam em processo de hospitalização.

A MASC é considerada uma ferramenta útil, de auto aplicação, para

avaliação rápida e rotineira de problemas relacionados à ansiedade em crianças e adolescentes com idade entre 8 e 19 anos. É composta por 39 itens, sendo estes avaliados em uma escala tipo Likert de 4 pontos (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Às vezes; e 3 = Frequentemente). Possui quatro fatores principais: A- Sintomas Físicos (12 itens), que incluem os subfatores: Inquietude/tensão, com 6 itens; e somático/autonômico, também com 6 itens; B- Evitamento do Perigo (9 itens), com os subfatores: perfeccionismo, com 4 itens; e coping ansioso, com 5 itens; C- Ansiedade social (9 itens), subdividido em humilhação / rejeição, com 5 itens; e desempenho público, com 4 itens; D- Ansiedade de separação, com 9 itens.

Foi utilizado também o inventário de depressão de Beck (*“Beck Depression Inventory”*) para a avaliação de depressão nas genitoras das mesmas crianças que foram avaliadas. Trata-se de uma escala de auto relato, tendo sido entregue uma via às genitoras, a fim de que elas pudessem responder aos questionamentos após a intervenção do projeto de humanização “Risos da Fisio”. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, de punição, auto depreciação, auto acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. Nesta escala, pontuações de 0 a 13 correspondem a nenhuma depressão; de 14 a 19, depressão leve; de 20 a 28, depressão moderada; e de 29 a 63, depressão grave.

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel® 2016 e descritos por meio de valores absolutos e média \pm desvio padrão. Para correlação entre as variáveis, realizou-se o teste de normalidade Pearson e o teste de correlação Spearman, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

3 | RESULTADOS

A partir da coleta de dados, observou-se uma média de idade das mães de $29,43 \pm 6,71$, enquanto a média de idade das crianças foi de $10,06 \pm 1,65$. Quanto ao sexo, 10 (62,5%) foram do sexo masculino e 6 (37,5%) do feminino.

Idade das mães	Idade das crianças	Sexo das crianças
$29,43 \pm 6,71$	$10,06 \pm 1,65$	Masculino: 10 (62,5%)
		Feminino: 6 (37,5%)

Tabela 1. Dados gerais relacionados às crianças e sua genitora.

Em relação ao quadro de depressão nas genitoras do estudo que estavam acompanhando seus filhos no processo de hospitalização, constatou-se que 10 (62,5%) não apresentaram quadro depressivo, 2 (12,5%) manifestaram depressão leve, 2 (12,5%) depressão moderada e 2 (12,5%) depressão grave.

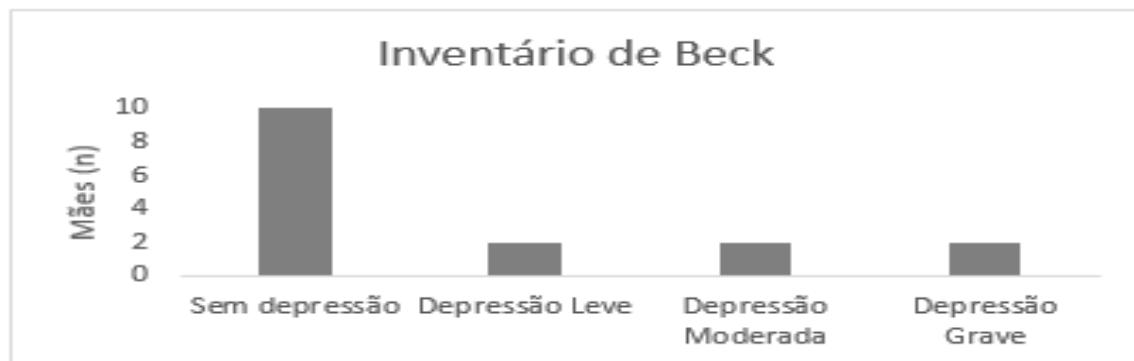


Figura 1. Escores do Inventário de Depressão de Beck entre as genitoras do estudo.

Dentre os conteúdos abordados pelo Inventário de Depressão de Beck, os que apresentaram maior comprometimento relatado pelas genitoras foram as Questões 11 e 17, relacionadas à irritabilidade ($1,43 \pm 1,31$) e ao cansaço ($1,25 \pm 0,57$), respectivamente. Por outro lado, o menor comprometimento observado foi relacionado às Questões 3 e 9, as quais analisam o fracasso ($0,25 \pm 0,57$) e o pensamento suicida ($0,12 \pm 0,34$), respectivamente.

Questão 11 (Irritabilidade)	Questão 17 (Cansaço)	Questão 3 (Fracasso)	Questão 9 (Pensamento suicida)
$1,43 \pm 1,31$	$1,25 \pm 0,57$	$0,25 \pm 0,57$	$0,12 \pm 0,34$

Tabela 2. Predomínio de questões de maior e menor comprometimento relatado pelas genitoras.

Ao avaliar nível de ansiedade manifestado pelas crianças hospitalizadas do estudo, foi notório um predomínio de ansiedade em crianças do sexo feminino ($66,5 \pm 22,71$), em relação às do sexo masculino ($60,9 \pm 13,51$). Considerando ambos os sexos, foi obtido um escore total de 63 através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças.

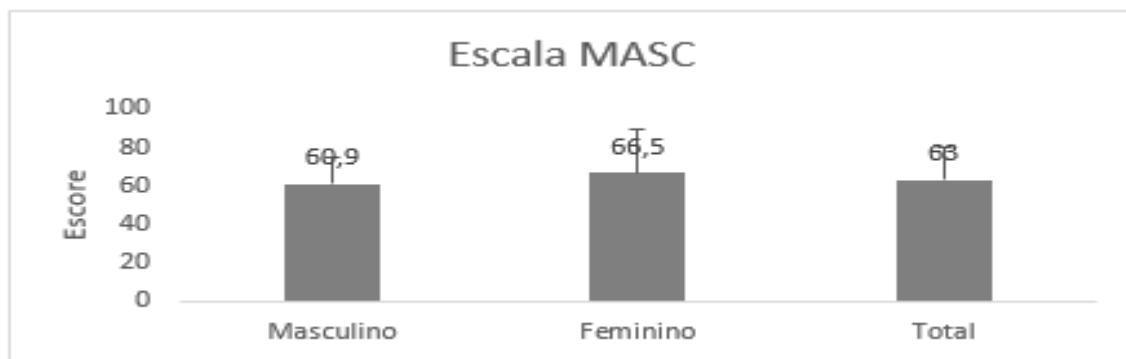


Figura 2. Resultado do escore da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças entre meninos, meninas e valor total. Valores descritos em média \pm desvio padrão.

Ao analisar o nível de ansiedade apresentado pelas crianças hospitalizadas, observou-se um escore total da MASC de $63 \pm 17,00$ (média \pm desvio padrão). E quanto à manifestação de depressão verificada entre as genitoras dessas crianças, obteve-se um escore final através do Inventário de Beck de $14,5 \pm 6,87$ (média \pm desvio padrão). No entanto, ao confrontar essas duas variáveis, percebeu-se que não houve correlação entre elas ($r = 0,2275$) nem significância estatística ($p = 0,3985$).

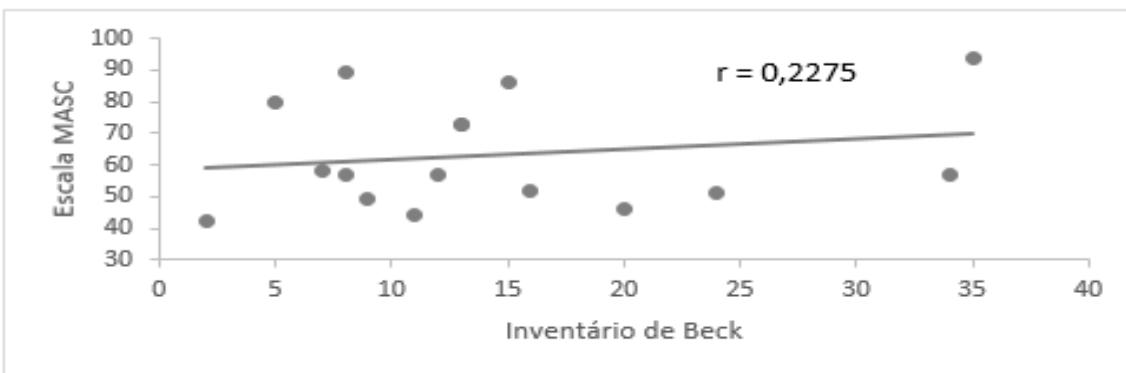


Figura 3. Correlação entre os instrumentos MASC e Inventário de Beck. Valor de $r = 0,2275$ e $p = 0,3985$.

4 | DISCUSSÃO

Segundo Figueiredo et al. (2013), em seu estudo, a média de idade das mães das crianças hospitalizadas foi de 32,6 anos, sendo a maioria com idade superior a 28 anos. Os extremos de idade foram 19 e 45 anos. Na pesquisa executada por Ferreira (2011), a média de idade das mães foi de 33,17 anos. Tais resultados corroboram os do vigente estudo cuja média de idade das mães foi de 29,43 anos.

Em estudo realizado por Biscegli et al. (2014) com 382 pacientes hospitalizados em um serviço pediátrico, foi prevalente o sexo masculino (64,4%) e a faixa etária de menores de 6 anos (52,9%). No estudo de Santo et al. (2011), a média de

idade das crianças hospitalizadas foi de 8,62 anos, com predomínio de meninos. Na atual pesquisa, também foi preponderante o sexo masculino (62,5%), sendo esse resultado semelhante aos dos estudos citados. No entanto, a média de idade encontrada nas crianças desta pesquisa foi de 10,06 anos. Essa idade é justificada pelo fato de que um dos critérios de inclusão do estudo foram crianças com idade superior a oito anos, conforme preconizado para aplicabilidade do instrumento de avaliação selecionado.

Para Melo et al. (2014), o cuidador da criança hospitalizada mais frequente é a própria genitora, sendo seu estudo constituído por 82% de mães como acompanhantes, 17% de pais e apenas 1% de outros acompanhantes. Diante desta prevalência, optou-se na atual pesquisa por abordar apenas as genitoras, a fim de que as mesmas respondessem aos questionamentos direcionados pelo instrumento de avaliação selecionado para análise.

Para Moraes et al. (2014), a intensidade da depressão deve ser medida através de instrumentos confiáveis para reconhecimento de problemas que não atinjam critérios necessários de um diagnóstico formal, mas que podem evoluir para problemas mais graves que prejudiquem sua saúde. Dittz; Mota; Sena (2008) acrescentam que falta de apetite, distúrbios do sono, atenção prejudicada, introspecção, tendência ao isolamento e perda de interesse por situações normais do dia a dia são relatos comuns nessas cuidadoras.

Para Rice (2007) e Vitolo et al. (2007), a depressão nas genitoras causa incapacitação por gerar imobilidade e pessimismo, culpabilidade, instabilidade de humor e manifestações intensas de ansiedade. A ocorrência de indicadores de depressão elevados também pode ser relacionada com o possível estado de exaustão física e psíquica das mães, decorrente da situação de doença e hospitalização. Segundo Nieweglowski (2004), as mães de crianças internadas em UTI podem apresentar mais sintomas de estresse e exaustão do que mães de crianças hospitalizadas em qualquer outra unidade hospitalar.

No estudo de Neves; Cabral (2008) com mães de crianças com necessidades especiais de saúde, foram relatados sentimentos de estresse e sofrimento, desgaste e esgotamento físico, mental, emocional e afetivo, principalmente nos períodos de pós-operatório oriundos da vigilância constante em função da fragilidade clínica da criança. Para as mães do presente estudo, as situações referidas como de maior comprometimento foram cansaço e irritabilidade, dados coincidentes com o estudo supracitado.

O estudo de Pedraza; Araújo (2017) diz que os cuidados de saúde prestados à população e a atenção à saúde da criança representam um campo prioritário, devido à sua suscetibilidade ao adoecimento e agravamento das doenças, em consequência da fragilidade própria da idade. Na população infantil, ao contrário

da população adulta, há predomínio de doenças agudas, podendo culminar com o óbito. Nesta pesquisa, embora não tenha sido registrado óbito como desfecho nas crianças abordadas, foi possível observar entre elas manifestação de ansiedade, a qual era minimizada por meio de atividades lúdicas e de humanização realizadas através do “Risos da Fisio”.

Baptista et al. (2017) relatam que a ansiedade está associada a situações sociais, ameaças abstratas, competências, justificada pelo processo de hospitalização. O estudo de Barroso; Mendes; Barbosa (2015) destacou o predomínio da ansiedade em adolescentes do sexo feminino. Nota-se no presente estudo uma semelhança entre os resultados relacionados à ansiedade cujo predomínio foi no sexo feminino.

Com relação à Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), é necessário ressaltar que a dissertação que a validou no Brasil, elaborada por Nunes (2004), ainda não foi publicada. Entretanto, após aprofundamento em bases de dados, encontrou-se um estudo realizado por Vianna (2008) onde foi encontrado um ponto de corte de 56, além de outro estudo feito por Caíres; Shinohara (2010), no qual foi registrado ponto de corte de 72. Na atual pesquisa, o escore total foi de 63 para o instrumento de avaliação, ponto de corte semelhante ao dos estudos anteriores.

Vale ressaltar que, no presente estudo, foram confrontadas as variáveis Ansiedade em crianças e Depressão nas genitoras, através dos instrumento de avaliação Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) e Inventário de Depressão de Beck, respectivamente. Com isso, percebeu-se que não houve correlação nem significância estatística entre elas. No entanto, não foram encontrados na literatura nacional e internacional estudos semelhantes a este ou que relacionassem essas duas variáveis.

5 | CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista a temática desenvolvida neste estudo, foi possível entender não apenas como a atuação do Projeto “Risos da Fisio” influencia de maneira positiva à condição de saúde das crianças, mas também como se dá a interação do projeto com suas genitoras. Constata-se que a atuação do projeto acarreta inúmeros benefícios à criança hospitalizada em seu processo de recuperação, além de promover interação e socialização com outras crianças e melhor enfrentamento da hospitalização.

Neste processo de humanização hospitalar, é observada a interação com as mães acompanhantes, proporcionando a elas momentos de lazer e descontração, fato que pode ser considerado de grande valia, já que durante a internação de seus filhos, estas estão sujeitas a inúmeros momentos de dor e sofrimento. Diante

disso, são necessárias outras pesquisas na área, a fim de melhorar a qualidade de assistência à criança, controlando o seu nível de ansiedade, bem como à sua genitora.

REFERÊNCIAS

- BAPTISTA, M.N. et al. Revisão integrativa da ansiedade em adolescentes e instrumentos para avaliação na base Scientific Electronic Library Online. **Revista Avaliação Psicológica**, v.16, n.1, p.97-105, 2017.
- BARROSO, T.; MENDES, A.; BARBOSA, A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2015.
- BISCEGLI, T.S. et al. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, n.3, p.177-182, 2014.
- CAÍRES, M.C.; SHINOHARA, H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. **Revista Brasileira Terapias Cognitivas**, v.6, n.1, p.62-84, 2010.
- DITTZ, E.S.; MOTA, J.A.C.; SENA, R.R. O cotidiano no alojamento materno das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.8, n.1, p.75-81, 2008.
- FERREIRA, C. Intervenção com Mães de Crianças Hospitalizadas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.5, p.1-7, 2011.
- FIGUEIREDO, S. et al. Comunicação terapêutica entre profissionais de saúde e mães acompanhantes durante a hospitalização do filho. **Rev Enferm**, p.1-8, 2013.
- GUIDOLIN, B.L.; CÉLIA, S.A.H. Sintomas depressivos e de ansiedade em mães durante internação pediátrica em um hospital universitário. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.33, n.2, p.80-86, 2011.
- MARCH, J.S. et al. The Multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v.36, n.4, p.554-565, 1997.
- MARTINS, C.P. et al. Política Humaniza SUS: ancorar um navio no espaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, n.60, p.13-22, 2017.
- MELO, P. et al. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.3, p.432-439, 2014.
- MORAES, A. et al. Sintomas depressivos e ansiosos em mães de crianças em pós operatório por cardiopatia congênita. **Bol. - Acad. Paul. Psicol**, n.86, p.1-12, 2014.
- MOREIRA, M.A.D.M. et al. Public humanization policies: Integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.
- NARDI, P. Variáveis psicológicas em um programa de promoção de saúde mental na infância. Dissertação (mestrado em psicologia) - **Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, 2013.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.3, p.552-560, 2008.

NEVES, L. et al. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Escola Anna Nery**, n.2, p.1-8, 2018.

NIEWEGLOWSKI, V. **Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: vozes e vivências da família**. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PEDRAZA, D; ARAÚJO, E. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n.1, p.169-182, 2017.

RIBEIRO, T.S.F. et al. Prevalência de internações em crianças de 0-2 anos em um hospital de referência, São Luís – MA, **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.14 n.2, p.127-132, 2012.

RICE, P. L. O enfrentamento do estresse: Estratégias cognitivo comportamentais. In V. E. Caballo (Org.). **Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade**: Intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde (p.301-336). São Paulo: Santos, 2007.

SANTO, E. et al. Taking care of children with cancer: evaluation of the caregivers' burden and quality of life. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, n.3, p.515-522, 2011.

SANTOS, K. et al Contribuições para a fisioterapia a partir dos pontos de vista das crianças. **Revista Brasileira de Educação Especial**, n.2, p.211-224, 2013.

SILVA, I. et al. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.1, p.1535-1546, 2011.

TEIXEIRA, R. et al. Apoio em rede: a Rede Humaniza SUS conectando possibilidades no ciberespaço. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, n.57, p.337-348, 2016.

TORQUATO, I.M.B. et al. A doença e a hospitalização infantil: compreendendo o impacto na dinâmica familiar. **Rev Enferm**, UFPE, 2013.

VIANA, R. **Avaliação dos níveis de ansiedade de uma amostra de escolares no Rio de Janeiro através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC- VB)**. Rio de Janeiro, RJ. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008.

VITOLO, M.R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.29, n.1, p.28-34, 2007.

WILSON, M.E. et al. Humanizing the intensive care unit. **Critical Care**, v.23, n.1, p.1-3, 2019.

INTERSEÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO MUSICAL E A MUSICOTERAPIA

José Henrique Nogueira

Musicoterapeuta. Mestre em Educação Musical e musicoterapeuta (CBM), pós-graduado em Construtivismo e Educação (Flacso), compositor e coordenador do Espaço 23, no Rio de Janeiro, onde atende com musicoterapia e dá aulas de música. Contato: nogueirajh@gmail.com

por apenas cinco meses, trouxe para mim a possibilidade de muitas reflexões. Concluo que a Educação Musical e a Musicoterapia estão sempre se encontrando em minhas atividades, dando suporte uma à outra não só nas técnicas empregadas, mas principalmente no olhar, na abordagem, na escolha do caminho a seguir.

BREVE HISTÓRICO

Embora já trabalhasse na Educação Infantil como professor de música, minha primeira formação na área musical foi em Musicoterapia no Conservatório Brasileiro de Música no Rio de Janeiro, em 1994. Ainda pelo Conservatório me graduei em Licenciatura (Música), em 1995, e me tornei Mestre em Educação Musical no ano de 1998. Posteriormente, fiz uma pósgraduação, Construtivismo e Educação, pela Flacso, e finalmente fiz uma extensão em método Orff, na Inglaterra.

Trabalhei em 12 escolas no Rio de Janeiro. Fui professor do Curso de Pedagogia da Católica de Petrópolis durante dez anos, onde coordenei uma pósgraduação em Arte-Educação. Idealizei e elaborei o material didático de Educação Musical para a Fundação

RESUMO: Neste breve ensaio, descrevo, a partir de minha prática, alguns pontos comuns entre a Educação Musical e a Musicoterapia na terceira idade. Inicialmente, abordo quando se deve, num encontro musical professor/aluno, usar a didática e lançar mão das estruturas organizadas que a teoria e a técnica nos oferecem, com o intuito de cumprir o desejo do aluno de tocar um instrumento; ou quando abrir mão do “correto”, da afinação, do tocar bem, em benefício do bem. Sigo enfocando o quando usar os ensinamentos formais da música como técnica ou o auxílio terapêutico da Musicoterapia. Num segundo momento, trato do tema Musicoterapia e Alzheimer. Utilizo, nesta segunda etapa da reflexão, minha experiência com três casos clínicos: a paciente A, que ficou comigo durante oito anos; a paciente B, a quem, ao longo três anos atendi. Estas duas infelizmente vieram a falecer. Por fim, a paciente C, que embora tenha sido atendida

Roberto Marinho em 2013. A partir de uma experiência pessoal, proporcionada por um estágio, lancei um livro pela Booklink, *Música e saúde mental*, um “diário de bordo” que relata a introdução da música no atual Instituto Nise da Silveira, no EAT (Espaço Aberto ao Tempo), com os psiquiatras Lula Wanderley e Edmar Oliveira, que fez o prefácio.

Atualmente atendo no meu próprio ateliê, o ESPAÇO 23, em Laranjeiras. Uma sala projetada para acolher e atender às mais diversas indicações que buscam se beneficiar do trabalho da musicoterapia. Este espaço, além bem preparado para o atendimentos musicoterapeútico, espaçoso, com muitos instrumentos musicais, encontrase também equipado com a Mesa Lira e os Tubos Sonoros, dois instrumentos específicos da musicoterapia.

INTRODUÇÃO

Neste breve ensaio sobre a terceira idade, que nomearei aqui como “os mais vividos”, tentarei descrever, a partir de minha prática, alguns pontos comuns entre a Educação Musical e a Musicoterapia. Vou refletir sobre quando se deve, num encontro musical professoraluno, usar a didática e lançar mão das estruturas organizadas que a teoria e a técnica nos oferecem, com o intuito cumprir o desejo do aluno, ou seja, tocar. Ou quando abrir mão do “correto”, da afinação, do tocar bem, em benefício do bemestar do “aluno/paciente”, que assim denomino pois, no meu entender, os territórios da terapia e da educação se encontram a todo instante num trabalho de musicoterapia. E, por sua vez, quando usar os ensinamentos formais da música como técnica ou auxílio terapêutico?

Num segundo momento, abordarei o tema Musicoterapia e Alzheimer, também escorado em minha prática clínica. Utilizei, nesta reflexão, minha experiência com três casos que atendi. A paciente que vou identificar como **A**, que ficou comigo durante oito anos; a paciente **B**, a quem, ao longo três anos atendi. Estas duas infelizmente vieram a falecer. Por fim, a paciente **C**, que embora tenha sido atendida por apenas cinco meses e que deixou a terapia por motivos familiares, trouxe para mim a possibilidade de refletir sobre a utilização dos instrumentos musicais e suas sonoridades culturais e regionais específicas na aproximação e resgate de lembranças e memórias primitivas deste paciente.

EDUCAÇÃO MUSICAL NA MATURIDADE

Ensinar música não é uma tarefa fácil. Todos que iniciam essa tarefa se deparam com um universo de ideias, desejos e fantasias que os alunos trazem com

eles próprios. Uma pessoa, de qualquer faixa etária, quando procura um professor de música carrega com ela “ideias prévias”, que aqui resume os conhecimentos informais que os alunos têm sobre determinadas matérias, disciplinas ou temas, no nosso caso, a música. Essas representações mentais que os alunos trazem, mesmo que supostamente equivocadas, poderíamos até chamar de fantasias, exercem uma força muito grande na relação ensino/aprendizagem que vai se estabelecer, podendo dificultar ou facilitar a aproximação em direção à música. Para ficar bem claro este conceito, “ideias prévias”, seria algo tipo: Gostaria de tocar como... Vi fulano tocar e cantar quando era garoto e sempre quis cantar como ele...E assim por diante.

Pessoas com mais experiência de vida podem procurar uma aula de música para resgatar um sonho antigo de vir a tocar um instrumento, para “recuperar uma música” que esteve parada por muito tempo e que por algum motivo resolveu reativá-la ou, ainda, por sugestão terapêutica de um médico, de um amigo, enfim, são vários os fatores que motivam as pessoas a procurar por atividades musicais.

Acolher demandas dos mais vividos pressupõe uma didática mais delicada, uma didática voltada para o acolhimento em primeiro lugar. O aluno deve se sentir bem com o professor, este, por sua vez, deve estar aberto a ouvir suas histórias, que no caso são muitas e geralmente ligadas a família, amores e até mesmo a frustrações de tentativas musicais passadas que porventura não deram certo. A direção a ser tomada, a didática a ser empregada será uma construção a partir da relação estabelecida. Quero dizer com isso que o professor precisa ficar atento para escolher bem o caminho. Este poderá ser um trabalho específico com o instrumento escolhido, apresentar outros instrumentos que não estavam nos planos, escutar e cantar canções que estão envolvidas em suas histórias de vida e até mesmo dançar, se houver ousadia e espaço para isso.

O conceito de música deve ser ampliado para acolher os desejos e fantasias que vierem ao encontro do professor. Cada aluno nesta faixa etária, tem sempre muita vontade de tocar. A determinação deles e força de vontade impressiona e comove. Tocam em casa as músicas aprendidas nas aulas, fazem questão de encontrar tempo para isso, porém precisamos conhecer os limites e as possibilidades de cada um. Nesta faixa etária eles vem muitas “ideias prévias” musicais, como mencionei, e neste caso, algumas já bastante cristalizadas. É importantenão reduzir o trabalho à aprendizagem de um instrumento, não se importar com “erros rítmicos e as desafinações melódicas” e, por fim, é importante abrir espaço para a escuta das “histórias musicais” que estão na memória e passam a estar presentes nos encontros. A prática, o fazer musical é necessário, assim como o são as histórias, alegrias e brincadeiras. Para se trabalhar música com alunos com mais experiência de vida é importante criar um sistema de percepção capaz de interpretar as possibilidades e

impossibilidades musicais.

Esses alunos que venho chamando de “mais vividos” trazem junto ao desejo pela música uma outra concepção de tempo. Esta dimensão na qual estamos inseridos passa a se estender, se torna mais longa, é regida em andamento “largo”, o menos passa a ser mais, as semifusas se tornam breves. E eles trazem, acima de tudo, uma forte vontade de continuar, de seguir em frente, de cantar, de tocar cada vez mais seu instrumento. Ensinar música, tocar junto com seu aluno é trocar, é partilhar é aprender a todo instante.

MUSICOTERAPIA E ALZHEIMER

Em certos casos, a memória do aluno pode não estar muito “afinada”. O tempo, além de nos proporcionar momentos musicais emocionantes durante a vida, também tem a capacidade de desgastar as lembranças, assim como de diminuir a capacidade de articular alguns movimentos, de dificultar a habilidade do canto e da fala. Muitas vezes esses “esquecimentos” infelizmente vêm com o diagnóstico de Alzheimer, e aqui a música passa agir com muita propriedade e maestria, participando de maneira significativa do resgate das lembranças que poderão facilitar o trabalho de musicoterapia. Nesse ponto, a abordagem foge do campo da didática e da pedagogia, e as técnicas e os princípios utilizados passam a ingressar na esfera da musicoterapia.

A musicoterapia é uma profissão na área da saúde e, como tal, visa utilizar, dentro de uma situação terapêutica, som, ritmo, melodia, ruídos, instrumentos, assim como outros elementos relacionados à música, para a reabilitação física e mental do indivíduo. No caso do Alzheimer, que é uma doença progressiva e degenerativa, o foco não é reabilitar e sim o de estimular o que existe de saudável, de possibilidade, de vida no paciente. A sensibilidade do terapeuta e sua criatividade permitem a ampliação das possibilidades musicais. É necessário refletir sobre a finalidade, o objetivo, os procedimentos e as atividades empregadas, mas, principalmente, trabalhar com muito amor e paciência.

Tive três experiências significativas com Alzheimer.

Paciente A– Estivemos juntos por 8 anos aproximadamente. Uruguaia, foi professora universitária por lá e diretora de um curso de pedagogia em Santa Catarina, onde viveu até os primeiros sinais da doença aparecerem, pouco tempo depois da perda do marido e do filho. Quando começamos o trabalho falava, cantava e tocava o teclado com a mão direita, aproveitando seu conhecimento do acordeão, que havia sido seu instrumento para tocar para as crianças em sala de aula. A música

era o nosso elo e com ela nos aproximamos. Sabia que precisava de um vínculo maior e este encontrei, nos gestos, nos olhares, nas gentilezas e delicadezas, no respeito com a história de vida. O tempo, como sempre, foi trazendo confiança. Cantamos, tocamos, improvisamos e dançamos durante nossos encontros. Em 2014, passei a atendê-la em casa, visto que estava cada vez mais sem movimentos e sinais vitais. Trabalhamos até onde conseguimos. Veio a falecer em 2015.

Paciente B – B chegou para fazer musicoterapia já próxima dos oitenta anos. Forte, com muita vitalidade, já demonstrava sinais da doença na fala e corporalmente, nos gestos e no andar, embora tivesse lucidez suficiente para interagir no espaço musicoterápico. Harpejava e fazia escalas simultaneamente com as duas mãos no teclado, cantava algumas músicas trazidas por ela e outras que recolhi com a família. Usava o microfone e ainda sabia tocar algumas partituras simples para piano. Com o tempo sua melodia começou a ficar repleta de pausas, passei a observar os pequenos gestos, os pequenos detalhes: seja um dedo mínimo se movendo ritmicamente, uma fração melódica vinda dos lábios, um olhar ligeiro que ainda brilhava, um suspiro profundo de prazer. Sua doença foi verificada depois da morte do marido. Tocamos juntos por quase três anos. Dançamos, conversamos e improvisamos. Faleceu em 2014, no dia de ir para a sessão de musicoterapia.

Paciente C – Coincidemente ou não, já que não fiz nenhuma pesquisa que justificasse uma conclusão acadêmica, repetindo as outras duas pacientes, sua doença também só foi verificada depois da morte do marido. Nordestina, oitenta anos, nunca tocou um instrumento. Lembrava muito de sua infância, de sua mãe e de seu pai. Adorava que eu cantasse músicas nordestinas e folclóricas. Quando pegava a viola de dez cordas, o som trazia um brilho diferente a seu olhar. Ficava improvisando durante alguns minutos, oferecia o pandeiro para ela e ficávamos inventando músicas, muitas das vezes relacionadas às histórias de sua cidade natal, de sua família, seu pai, sua mãe, suas histórias de infância. Não dançamos, não deu tempo. Não é fácil convidar seu paciente para dançar, mas quando o convite é aceito a sessão fica mais leve, a confiança se instaura de tal forma que os encontros ficam mais intensos, ganham uma certa cumplicidade motivadora. Por motivos pessoais, precisou deixar a musicoterapia. Ficamos juntos por cinco meses.

As lembranças musicais e sonoras nos transportam há alguns lugares do passado, nos fazem reencontrar, na memória, pessoas, fatos e lugares. São tão vívidas essas reminiscências que até nos fazem chorar. A música tem essa força, essa energia, esse talento de acompanhar, de mapear nossa estrada, aqui, neste planeta. Cada um de nós possui sua própria história, seu próprio caminho sonoro/musical. Nos pacientes com Alzheimer, as lembranças musicais precisam ser rapidamente resgatadas para fazer parte da relação interpessoal. Emociona saber que a música e as lembranças sonoras continuam presentes quando a fala se vai. A

música e tudo mais que possa ser entendido como música, passa a ser expressões sutis que os pacientes nos emitem buscando um contato, uma troca, no tênuo fio que existe de sadio entre o professor/terapeuta e o aluno/paciente. A música está no olhar, na respiração, na impossibilidade, no silêncio.

O evidente declínio das manifestações expressivas não significa que devemos deixar de exercitá-las e de incentivá-las. É necessário continuar acreditando na presença e na influência da música na misteriosa fisiologia cerebral que nos mantém vivos. Trabalhase não para resgatar o que se perdeu, mas para investir no que existe de saudável, percebido ou imaginado, tentando através da música prolongar os sinais vitais do paciente, que, em latim, significa “aquele que suporta e que resiste”. Numa relação terapêutica musical, há um momento em que a música por si só não basta, ela pede uma expressão, um gesto, o movimento e sutilmente nos convida a dançar.

O canto desafinado e as melodias “mal tocadas” trazem informações, o ritmo inconstante ou repetitivo fazem parte deste encontro, o grito, o grunhido, o gutural são necessários apesar do estranhamento estético. Para se trabalhar com musicoterapia, para se utilizar a música com finalidade terapêutica, é necessário aventurarse em várias direções sonoras e musicais.

CONSIDERAÇÕES

A Educação Musical e a Musicoterapia estão sempre se encontrando em minhas atividades, dando suporte uma à outra, não só nas técnicas empregadas, mas principalmente no olhar, na abordagem, na escolha do caminho a seguir. A musicoterapia faz uso da teoria musical quando necessário. É importante conhecer e dominar a teoria quando nos deparamos com pacientes, no caso, com Alzheimer, que ainda tocam através da leitura musical, por exemplo. Saber orientá-los, regê-los com a “batuta”, que pode ser um lápis, em cada compasso na partitura, ajuda na leitura, da um suporte aos olhares tão vividos e muitas das vezes cansados. Pode-se propor uma partitura em dueto, ou apenas saber a hora de virar a página na hora certa. Numa outra situação, ser capaz de harmonizar uma melodia de maneiras diferentes, quando esta apresentase repetitiva, como uma “marca registrada” do paciente, isto traz uma outra sensação prazerosa benéfica ao setting terapêutico. E ainda poderia citar a participação do músico no terapeuta, quando o paciente fica repetindo acordes e harpejos, e neste caso ser capaz de criar melodias, improvisar sobre a monotonia desta repetição harmônica, tornando o ambiente mais alegre e criativo.

Por sua vez o ensino da música ganha uma importância e um significado bem

peculiar na maturidade: a experiência de vida, que por sua vez traz a sabedoria, pode trazer algumas dificuldades cristalizadas pelo tempo. É fato não existir uma idade para adquirir conhecimento, não se determina uma idade para aprender a tocar um instrumento, porém os ensinamentos adquiridos na minha formação como musicoterapeuta me auxiliaram a construir uma didática mais ampla e generosa, que acolhe também àqueles que apresentam uma certa dificuldade no relacionamento com a música, seja emocional ou física. Uma pessoa pode aprender o que for possível, e este possível tem, e deve lhe proporcionar, muitas alegrias. As alegrias de estar no mundo, mesmo que toque apenas uma música, poucas notas ou vários sons, mas que estas manifestações lhe proporcionem um sentimento bonito e orgulhoso de estar no mundo e que estes sons, estas notas, estas músicas são suas e de mais ninguém.

METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM E O ENSINO DE BIOQUÍMICA E BIOLOGIA MOLECULAR

Kamilla de Faria Santos

Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular (PGBM), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia – GO, Brasil.

Caroline Christine Pincela da Costa

Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular (PGBM), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia – GO, Brasil.

Carlos Antônio Pereira Júnior

Colegiado de Ciências da Natureza (LEdC),
Unidade Acadêmica Especial
de Ciências Humanas, Universidade Federal de
Goiás (UFG), Goiás – GO, Brasil.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia – GO, Brasil.

Angela Adamski da Silva Reis

Departamento de Bioquímica e Biologia Molecular, Instituto de Ciências Biológicas (ICB II), Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia – GO, Brasil.

Rodrigo da Silva Santos

Colegiado de Ciências da Natureza (LEdC),
Unidade Acadêmica Especial
de Ciências Humanas, Universidade Federal de
Goiás (UFG), Goiás – GO, Brasil. Autor para
 contato: rdssantosgo@gmail.com

aprendizagem significativa, o Ensino de Ciências Biológicas deve compreender a necessidade de aplicar novas metodologias que buscam o envolvimento ativo do aluno, oferecendo a eles a oportunidade de abandonar a prática de recebimento passivo de conhecimentos, inserindo-se, nesse cenário, as chamadas Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA). Essas metodologias buscam exatamente a independência do aluno em relação ao seu processo de formação. Assim, esse capítulo busca, por meio de pesquisa bibliográfica, elucidar ou identificar o que são, e quais são as principais MAA aplicadas ao Ensino de Ciências Biológicas, principalmente nos ensinos de Bioquímica e Biologia Molecular e, como tem se dado a relação entre educação científica e a concepção de um aluno ativo no processo de aprendizagem. No ensino de Ciências Biológicas, nota-se a utilização de MAA como a Aprendizagem Baseada em Problemas, a Problematização e o Método do Arco de Maguerez, Instrução por pares, entre outros. Enquanto, no ensino de Bioquímica e Biologia Molecular, especificamente, temos a utilização de MAA como o ensino por investigação, abordagem CTSA (Ciência, Tecnologia, Sociedade e Ambiente), elaboração de mapas conceituais e metabólicos,

RESUMO: Em busca de uma proposta de

atividades experimentais, dentre outros. Essas metodologias, aplicadas ao Ensino de Ciências Biológicas, em geral, e principalmente em Bioquímica e Biologia Molecular (consideradas disciplinas de difícil compreensão), podem levar o estudante ao contato com as informações e a produção de conhecimento, sobretudo, para solucionar os desafios e favorecer seu próprio desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Educação; Métodos; Ciências; Ensino-aprendizagem.

ACTIVE LEARNING METHODOLOGIES AND THE TEACHING OF BIOCHEMISTRY AND MOLECULAR BIOLOGY

ABSTRACT: In search of a meaningful learning proposal, the Biological Sciences Teaching must understand the need to apply new methodologies searching the active student involvement, offering the opportunity to leave the practice of passive knowledge reception, inserting itself in this scenario, as called as Active Learning Methodologies (ALM). These methodologies seek exactly the independence of the student about their process of forming. Thus, this chapter search, through bibliographic review, elucidate or identify what are and which are the main ALM applied in the Teaching of Biological Sciences, especially in the teachings of Biochemistry and Molecular Biology and, as has been the relationship between science education and the conception of an active student in the learning process. In the teaching of Biological Sciences, it can be noted the use of ALM as Problem-Based Learning, Problematization, and the Maguerez Arc Method, Peer Instruction, among others. Meanwhile, in the teaching of biochemistry and molecular biology, specifically, we got the use of the ALM as teaching by research, STSE (Science- Technology-Society-Environment) approach, elaboration of concept and metabolic maps, experimental activities, among others. These methodologies, applied to Biological Sciences Teaching in general, and especially in Biochemistry and Molecular Biology (disciplines considered difficult to understand), can lead the student to contact with information and knowledge production, mainly, to solve the challenges and favor their own development.

KEYWORDS: Education; Methods; Sciences; Teaching-learning.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente é evidente a importância tanto dos procedimentos de ensino quanto dos próprios conteúdos de aprendizagem. Consequentemente, as técnicas de ensino tradicional passam a figurar como objeto de investigação para estudiosos não só da área educacional, mas de toda a comunidade intelectual que busca delimitar suas deficiências e propor novos métodos de ensino-aprendizagem. O ensino não se limita somente a habilidade de lecionar, envolve ainda, a concretização do levar ao

aprender (PAIVA *et al.*, 2016).

O ensino demanda rigor metodológico; pesquisa; respeito ao conhecimento do aluno; criticidade; ética; consciência do novo e do inacabamento; repúdio a qualquer tipo de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e incentivo da identidade cultural. Esses atributos conferidos ao ensino se unem e conduzem a uma proposta educacional que refuta a educação e o ensino por uma perspectiva simplória, e vista aqui, como incorreta, do ensino como meramente transmissão de conhecimentos (FREIRE, 2008).

Compreende-se, então, a ideia de educação problematizadora em objeção à noção de educação bancária, aquela em que o professor somente deposita o conhecimento e os alunos são meros receptores. O objetivo da educação problematizadora não é impor um conhecimento aos educandos, mas que os alunos possam compreender e captar o mundo e relacioná-lo com a realidade que está em constante transformação (FREIRE, 1987).

Esse conceito de ensino necessita ser compartilhado não somente pelo docente, mas pelos educandos envolvidos no processo de ensinar-aprender; além da compreensão, esse método de ensino demanda constante presença e vivência, exigindo que o conhecimento seja significativo (PAIVA *et al.*, 2016). “Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa (FREIRE, 1987, p. 78).”

Nesse contexto, a teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel pode contribuir com o debate para que o processo de ensino e aprendizagem se aproxime do contexto real no qual os alunos estão inseridos, considerando seus conhecimentos prévios e experiências. Segundo Ausubel (2000), para que a aprendizagem seja significativa, o conteúdo deve estar relacionado aos conhecimentos prévios do educando, impondo que este tenha uma atitude favorável capaz de conferir significado próprio aos conhecimentos que obtém. Quanto ao educador, exige-se uma mobilização para que tal aprendizagem se concretize. O ensino de novas temáticas deve permitir que o educando se sinta desafiado a progredir em busca do conhecimento (LEMOS, 2012).

Com base nessa proposta de ensino-aprendizagem, o Ensino de Ciências Biológicas deve compreender a necessidade de aplicar novas metodologias, que buscam o envolvimento ativo do educando, oferecendo a eles a oportunidade de abandonar a prática de recebimento passivo de conhecimentos, inserindo-se, nesse contexto, as chamadas Metodologias Ativas de Aprendizagem (MAA), que buscam exatamente a independência do educando em relação ao seu processo de formação (NETO; AMARAL, 2011).

Diante do exposto, o questionamento sobre como as MAA são inseridas e

aplicadas no Ensino de Ciências Biológicas, especificamente em disciplinas como Bioquímica e Biologia Molecular, foi levantado. E para responder essa questão, este capítulo, por meio de pesquisa bibliográfica na área, procura elucidar o que são, e quais são as principais MAA empregadas no Ensino de Ciências Biológicas, principalmente nas disciplinas de Bioquímica e Biologia Molecular e; como tem se dado a relação entre educação científica e a concepção de um educando ativo no processo de aprendizagem.

2 | METODOLOGIAS ATIVAS DE APRENDIZAGEM

A definição original de método relaciona-se ao caminho a ser percorrido - do grego *meta* = atrás, por meio, através e *hodós* = caminho -, referindo-se, então, as etapas que devem ser realizadas para se atingir uma meta. Evocar o sentido etimológico de método torna-se apropriado ao considerar a educação como a meta a ser atingida, principalmente nos últimos anos, onde se têm discutido amplamente os melhores métodos/caminhos para a formação de qualidade (JAEGER, 1995).

No cenário das novas tendências pedagógicas, a MAA é uma possível estratégia, na qual o educando é o protagonista, sendo assim, o corresponsável pela sua jornada educacional, e o educador surge como coadjuvante, um facilitador das vivências relativas ao processo de aprendizagem (REIBNITZ; PRADO, 2006). Assim, as MAA compõem alternativas para o processo ensino-aprendizagem, com suas vantagens e desafios, nos diferentes âmbitos educacionais e, apresentam-se em diversos modelos e estratégias de operacionalização (Figura 1) (PAIVA *et al.*, 2016).

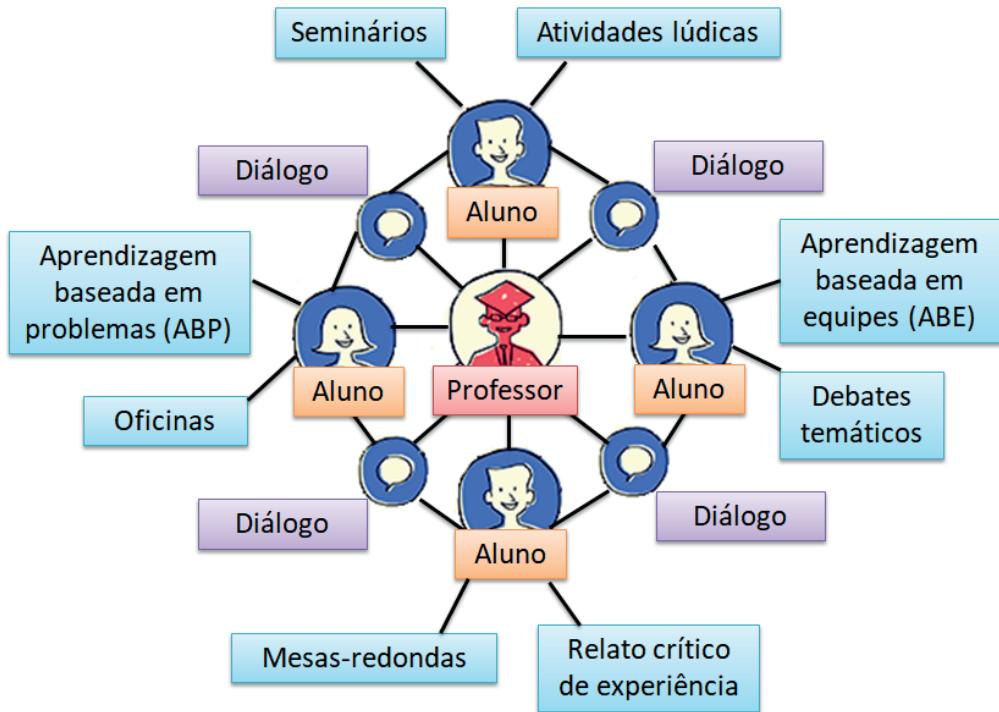


Figura 1. Exemplos de metodologias ativas de aprendizagem.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) surge no cenário do Ensino Superior de Ciências determinando, entre suas funções, o incentivo à busca por conhecimento sobre problemas da atualidade, seja em âmbito nacional ou regional. Assim como o retorno do conhecimento formado na Universidade para a população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996).

Neste contexto, as Universidades, como instituições formadoras, são convocadas a repensar e reformular suas práticas pedagógicas, numa tentativa de aproximar a realidade social e motivar os educadores e educandos a estabelecerem novas redes de conhecimentos, incentivando-os a trabalhar o conhecimento científico adquirido em benefício da sociedade que integra.

Emerge também o conceito de aprender fazendo, que visa repensar a sequência teoria □ prática na produção do conhecimento, admitindo que esta ocorra devido à ação-reflexão-ação. Confirmado, assim, a concepção de que o processo de ensino-aprendizagem precisa estar associado aos cenários da prática e estar presente durante toda a carreira acadêmica e profissional (FERNANDES *et al.*, 2003).

Adotar esse novo modelo na formação de profissionais, tanto da área das Ciências Biológicas como da Saúde, requer a transposição de barreiras, como a elaboração de um currículo integrado, onde o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, quebrando a polarização individual-coletivo e biológico-social, e encaminhando-se para uma concepção de transversalidade (CECCIM;

FEUERWERKER, 2004).

2.1 Principais Metodologias Ativas de Aprendizagem empregadas no Ensino de Ciências Biológicas

2.1.1 Aprendizagem Baseada em Problemas

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) parte da apresentação de problemas, reais ou fictícios, ao grupo de educandos. Esses, por sua vez, para solucionar o problema, buscam em seus conhecimentos prévios, debatem, analisam, obtêm e consolidam os novos conhecimentos. Assim, o método ABP valoriza, além do conteúdo a ser estudado, a maneira como ocorre o aprendizado, intensificando o papel ativo do educando nesse processo, possibilitando que ele aprenda como aprender (TOLEDO-JÚNIOR *et al.*, 2008).

O debate de um problema na ABP realiza-se em duas fases. Primeiramente, o problema é apresentado, e os educandos elaboram objetivos de aprendizado por meio do debate. Na segunda fase, após o estudo individual, os educandos debatem novamente o problema com base nos novos conhecimentos construídos (SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Os cursos que empregam a ABP normalmente possuem um currículo dividido em módulos ou unidades temáticas, que são constituídas de várias sessões e abarcam várias disciplinas, o conhecimento básico e o clínico. A ABP incentiva o educando a construir e gerenciar seu próprio conhecimento, buscar constantemente informações, incorporar o conhecimento, reconhecer e explorar novas áreas (GOMES *et al.*, 2009).

Portanto, a ABP caracteriza-se por estimular a aprendizagem significativa, articular os conhecimentos prévios entre os educandos, reforçar a indissociável relação entre teoria e prática, respeitar a autonomia do educando, incentivar o trabalho em pequenos grupos, e estimular o desenvolvimento do pensamento crítico e habilidades de comunicação. Além disso, conforme estimula uma postura ativa do educando na procura do conhecimento e não simplesmente informativa, como acontece na prática pedagógica tradicional, a ABP distingue-se como uma metodologia formativa (GOMES *et al.*, 2009; SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

2.1.2 Problematização e o Método do Arco de Maguerez

A Problematização tem a realidade social como enfoque durante toda a sua aplicação, estabelecendo uma forma de reflexão sobre as próprias vivências, permitindo intervenções e alterações dessa realidade, além de favorecer uma maior

variedade de situações. Pode ser utilizada como metodologia para o ensino de vários temas dentro de uma mesma disciplina, entretanto, nem sempre é adequada para todas as temáticas (MARIN *et al.*, 2010).

O intuito da Metodologia da Problematização é preparar o educando para reconhecimento do seu mundo e para atuar ativamente para modificá-lo. O eixo que orienta todo esse processo refere-se à ação-reflexão-ação transformadora (FREIRE, 2001). Essa MAA é empregada em contextos onde os temas estejam relacionados à realidade social, tendo como referência o Método do Arco de Charles Maguerez (Figura 2), que é constituído por cinco passos que ocorrem a partir da observação social (BORDENAVE; PEREIRA, 2005).

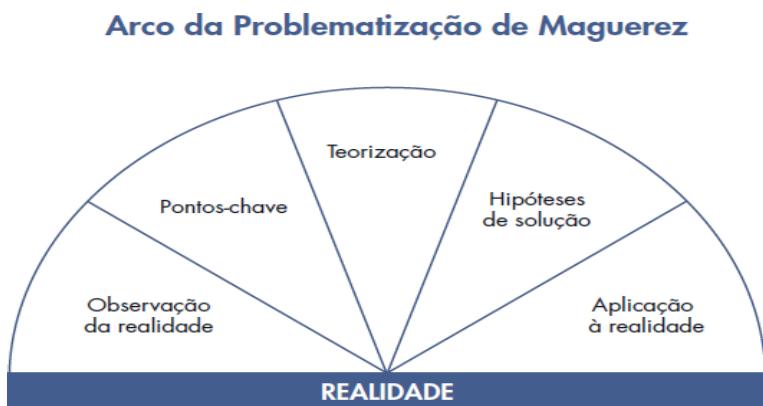


Figura 2. Arco de Maguerez. Adaptado de: Bordenave; Pereira, 2005.

O primeiro passo é a observação da realidade. Nessa observação, ele manifesta suas convicções pessoais, realizando, assim, uma primeira leitura da realidade. No segundo passo, o educando executa um estudo mais minucioso e, por meio da análise reflexiva, elege o que é relevante, estabelecendo os pontos-chave que devem ser abordados para o melhor entendimento do problema (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2005).

No terceiro passo, o educando passa à teorização do problema ou à investigação, de fato. As informações encontradas necessitam de análise e avaliação, quanto à sua importância para resolução do problema. Se a teorização for correta, o educando alcança o entendimento do problema, do ponto de vista prático ou situacional e dos fundamentos teóricos que o sustentam (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2005).

Na comparação da realidade com a teorização, o educando é naturalmente induzido ao quarto passo: a elaboração de hipóteses de solução para o problema analisado. A originalidade e a criatividade serão incitadas e o educando deverá deixar sua imaginação livre e inovar. Deve, ainda, averiguar se suas hipóteses de solução são aplicáveis à realidade (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA,

2005).

No último passo, a aplicação à realidade, o educando coloca em prática as soluções que reconheceu como sendo aplicáveis e descobre como generalizar o que aprendeu para usá-lo em outras situações. Podendo, também, distinguir em que situações não são possíveis ou apropriadas a sua aplicação, exercitando a tomada de decisões e aprimorando sua destreza (BERBEL, 1998; BORDENAVE; PEREIRA, 2005).

Ao concluir o Arco de Maguerez, o educando pode praticar a dialética de ação-reflexão-ação, tendo sempre a realidade social como ponto inicial. Após a análise de um problema, podem aparecer novos desdobramentos, demandando a interdisciplinaridade para sua solução, a construção do pensamento crítico e a responsabilidade do educando pela própria aprendizagem (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

2.1.3 Instrução por Pares

A metodologia denominada Instrução por pares (*Peer Instruction*) preza pelo entendimento e a aplicabilidade de conceitos, recorrendo à discussão entre os educandos. Mazur e Watkins (2007) defendem que a compreensão e apreensão conceitual são os passos principais para aquisição do conhecimento de uma área específica. Se os educandos possuem domínio conceitual, é necessário aprimorar suas habilidades e aplicá-lo na prática - que é, realmente, o esperado do profissional atuante.

Acredita-se que a cooperação entre os pares construída em sala de aula é a razão dos resultados positivos dessa metodologia na aprendizagem, pois possibilita a discussão de várias temáticas e a colaboração para compreensão do conhecimento. A finalidade da Instrução por pares é mobilizar o educando a estudar (CROUCH *et al.*, 2007).

O estudo prévio é fundamental para o emprego da metodologia, e este é avaliado no começo da aula por meio de testes conceituais. Em seguida, o professor expõe rapidamente o conteúdo com o objetivo de elucidar questionamentos em relação à leitura e aplica novamente testes conceituais, gradativamente mais complexos (DESLAURIERS *et al.*, 2011).

A taxa de acertos é ponderada pelo professor para realizar uma nova exposição, seguir para discussão em grupo ou prosseguir com os testes. Esse feedback constante da metodologia auxilia o educando a “aprender a aprender” de maneira que busque continuamente informações e construa seu próprio conhecimento (DESLAURIERS *et al.*, 2011).

2.2 MAA aplicadas aos ensinos de Bioquímica e Biologia Molecular

No âmbito das Ciências Biológicas, ensinar algumas disciplinas tem sido um desafio, principalmente quando se refere à Bioquímica e a Biologia Molecular. Essas disciplinas vêm sendo ministradas de forma tradicional, sendo empregados principalmente aulas expositivas e práticas, complementares ao conteúdo teórico. São perceptíveis as dificuldades enfrentadas pelos educandos em associar e aplicar os conteúdos expostos nessas disciplinas, evidenciando, a falta de metodologias de ensino que tornem essa aprendizagem significativa (AUSUBEL *et al.*, 1980).

Nesse sentido, torna-se essencial refletir sobre a formação do docente de Ciências Biológicas, de forma que este seja apto a trabalhar conteúdos referentes às ciências naturais e a despertar a curiosidade científica nos educandos, formando assim um indivíduo ativo e crítico-reflexivo (BRASIL, 1999; 2002; 2006). Entretanto, apesar da confirmada importância de se dinamizar as aulas, alguns docentes em atividade apresentam certa dificuldade em encontrar essas alternativas de ensino, que favorecem não só o aprendizado, como também o interesse pelo processo, tornando-o cada vez mais significativo (AUSUBEL *et al.*, 1980).

Além das demais importantes áreas das Ciências Biológicas, os docentes de Biologia precisam do estudo da Bioquímica e da Biologia Molecular durante e após sua formação para ministrar os conteúdos sugeridos para a área de Ciências da Natureza, estabelecidos nas Diretrizes governamentais do Brasil (BRASIL, 1999; 2002; 2006).

A Bioquímica e a Biologia Molecular são consideradas disciplinas de difícil compreensão e normalmente não tem o agrado dos estudantes, mas são disciplinas que acompanharão os graduandos durante toda sua formação e, provavelmente, durante sua vida profissional. Os futuros docentes precisam dessas disciplinas para ministrar suas aulas de forma clara e objetiva, no entanto, ao utilizar-se das MAA as torna mais dinâmicas e criativas, criando situações onde seus alunos possam participar do processo de ensino-aprendizagem de forma ativa e significativa (MATTA; NETO, 2016).

Dentre as MAA utilizadas nos ensinos de disciplinas de difícil compreensão, encontramos: o ensino por investigação (ANDRADE, 2017), a abordagem CTSA (Ciência, Tecnologia, Sociedade e Ambiente) (STRIEDER, 2012), a elaboração de mapas conceituais e metabólicos (SCHIMIDT *et al.*, 2014), atividades experimentais (DECCACHE-MAIA *et al.*, 2012), a utilização de situações-problema (LIMA; SILVA, 2016), além de músicas e videoaulas (SILVA *et al.*, 2012).

Várias disciplinas específicas ofertadas nos cursos de licenciatura continuam deficientes em relação à prática docente para formar educadores. Normalmente, essas disciplinas são ministradas de maneira tradicional, havendo uma fragmentação

na formação do docente, onde as disciplinas pedagógicas são voltadas para essa formação, enquanto as específicas se voltam à formação do Biólogo bacharel (MATTA; NETO, 2016).

Nota-se que, muitas vezes, os docentes do curso não consideram o fato de estarem formando futuros docentes de Biologia, que além de terem os conhecimentos próprios das Ciências Biológicas, devem possuir as competências e habilidades para aplicar esse conhecimento de forma didática e pedagógica. A união desses dois elementos podem propiciar grandes e importantes mudanças no ensino de Ciências Biológicas, tanto nas universidades como no ensino básico (MATTA; NETO, 2016).

Dessa forma, a metodologia empregada pelo educador pode instruir o educando a “ser livre ou submisso, seguro ou inseguro; disciplinado ou desordenado; responsável ou irresponsável; competitivo ou cooperativo (PAIVA *et al.*, 2016, p. 147)”. Além disso, com a vasta gama de informações disponíveis, encontrar uma maneira de despertar e retirar o educando do estado passivo e, desenvolver suas habilidades, incentiva educadores e demais profissionais da educação a analisar, compreender e readaptar suas ações em sala de aula, buscando a melhor forma de produzir uma aprendizagem significativa e construir conhecimento (PINTO *et al.*, 2012).

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais do que optar por uma metodologia de ensino que alcance uma melhora na aprendizagem, é necessário refletir sobre os processos que embasam tais metodologias. O simples emprego de metodologias sem o amparo epistemológico não favorece a construção de conhecimentos. Diante disso, observou-se a utilização de várias MAA no ensino de Ciências Biológicas, mas que provavelmente as produções acadêmicas e científicas sobre o tema estejam em segundo plano.

Essas metodologias, aplicadas no Ensino de Ciências, em geral, e principalmente no ensino de Bioquímica e Biologia Molecular (consideradas disciplinas de difícil compreensão), podem levar o educando ao contato com as informações e a produção de conhecimento, sobretudo, para solucionar os desafios e favorecer seu próprio desenvolvimento. Ao notar que a nova aprendizagem é uma ferramenta indispensável e significativa para expandir sua trajetória e suas oportunidades, esse poderá exercer a liberdade e autonomia em suas escolhas e tomada de decisões, como educando e futuramente como profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M.A.S.M. *Investigação na sala de aula: Uma proposta contextualizada para o ensino de Ciências/ Bioquímica por meio da perícia criminal*. Journal of Biochemistry Education, vol. 15,

Espanha, 2017.

AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

AUSUBEL, D.P. **Aquisição e Retenção de Conhecimento: Uma Perspectiva Cognitiva**. 1^a ed. Lisboa: Paralelo Editora, 2000.

BERBEL, N.A.N. **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?** Interface Comun Saúde Educ., vol. 2, n. 2, p. 139-54, 1998.

BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. **A estratégia de ensino aprendizagem**. 26^a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

BRASIL. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da Educação Nacional**. Diário Oficial da União; 23 dez. 1996.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Médio: ciências da natureza e matemática**. Brasília: MEC; SEMTEC, 1999.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Parâmetros Curriculares Nacionais + (PCN+) - ciências da natureza e suas tecnologias**. Brasília: MEC, 2002.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. **Orientações Educacionais Complementares aos Parâmetros Curriculares para o Ensino Médio: ciências da natureza, matemática e suas tecnologias**. Brasília: MEC, 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cad Saúde Pública, vol. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CROUCH, C.H. et al. **Peer Instruction: Engaging Students One-on-One, All At Once**. Research-Based Reform of University Physics, vol. 1, p. 1-55, 2007.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. **Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas**. Cad Saúde Pública, vol. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DECCACHE-MAIA, E.; MELO, A.P.C.; ASSIS, P.S. **Aulas práticas como estímulo ao ensino de ciências: relato de uma experiência de formação de professores**. Estudos IAT, vol. 2, p. 24-38, 2012.

DESLAURIERS, L.; SCHELEW, E.; WIEMAN, C. **Improved Learning in a Large-Enrollment Physics Class**. Science, vol. 332, n. 6031, p. 862-864, 2011.

FERNANDES, J.D.; FERREIRA, S.L.A.; OLIVA, R.; SANTOS, S. **Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia**. Rev. Enfermagem, vol. 56, n. 54, p. 392-395, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

GOMES, R.; BRINO, R.F.; AQUILANTE, A.G.; AVÓ, L.R.S. **Aprendizagem baseada em problemas**

na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Educ Méd., vol. 33, p. 444-451, 2009.

JAEGER, W. Paidéia: a formação do homem grego. 3^a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1995.

LEMOS, E.S. Enseñanza e el Hacer Docente: Reflexiones a la Luz de la Teoría del Aprendizaje Significativo. Aprendizagem Significativa em Revista, p. 23-41, 2012.

LIMA, M.V.S.; SILVA, S.A. Situações-problema: uma estratégia didática para o ensino de ciências no nível fundamental. Revista Dynamis. FURB, Blumenau, vol. 22, n. 1, p. 59-73, 2016.

MARIN, M.J.S et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. Revista Brasileira de Educação Médica, vol. 34, n. 1, p. 13 -20, 2010.

MATTA, L.D.M.; NETO, L.S. Ensino de Bioquímica e Formação Docente: Propostas de Projetos Voltados para o Ensino Básico, Desenvolvidos por Estudantes de Licenciatura. Química Nova na Escola, vol. 38, n. 3, p. 224-229, 2016.

MAZUR, E.; WATKINS, J. Just-in-Time Teaching and Peer Instruction. Physics, p. 39-62, 2007.

NETO, A.L.G.C.; DO AMARAL, E.M.R. Ensino de Ciências e Educação Ambiental no nível fundamental: análise de algumas estratégias didáticas. Ciência & Educação, vol. 17, n. 1, p. 129-144, 2011.

PAIVA, M.R.F.; PARENTE, J.R.F.; BRANDÃO, I.R.; QUEIROZ, A.H.B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: revisão integrativa. Sanare, Sobral, vol. 15, n. 2, p. 145-153, 2016.

PINTO, A.S.S.; BUENO, M.R.P.; SILVA, M.A.F.A.; SELLMANN, M.Z.; KOEHLER, S.M.F. Inovação didática - projeto de reflexão e aplicação de metodologias ativas de aprendizagem no ensino superior: Uma experiência com “peer instruction”. Janus, Lorena, p.75-87, n. 15, 2012.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.

SCHIMID, D.B.; HEGGENDORNN, L.H.; PEREIRA, H.S.; VIEIRA, V.; AGUIAR-ALVES, F. Mapas Conceituais No Ensino De Bioquímica, Uma Integração Entre Os Conceitos Científicos. Journal of Biochemistry Education, vol. 12, n. 2, 2014.

SILVA, J.L.; SILVA, D.A.; MARTINI, C.; DOMINGOS, D.C.A.; LEAL, P.G.; BENEDETTI FILHO, E.; FIORUCCI, A.R. A utilização de vídeos didáticos nas aulas de química do ensino médio para abordagem histórica e contextualizada do tema vidros. Química Nova na Escola. vol. 34, n. 4, p. 189-200, 2012.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Ciênc Saúde Coletiva, vol. 14, n. 4, p. 1183-92, 2009.

STRIEDER, R. B. Abordagens CTS na educação científica no Brasil: sentidos e perspectivas. 282 f. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo, 2012.

TOLEDO-JÚNIOR, A.C.C.; IBIAPINA, C.C.; LOPES, S.C.F.; RODRIGUES, A.C.P.; SOARES, S.M.S. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. Rev Méd. Minas Gerais, vol. 18, p. 123-31, 2008.

VYGOTSKI, L.S. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

JOGO EDUCATIVO: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS EM ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES

Wládia Silva de Oliveira

Centro Universitário UniFanor

WYDEN

Fortaleza – CE

Valéria Silva de Lima

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Fortaleza – CE

Natasha Vasconcelos Albuquerque

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Fortaleza – CE

Alane Nogueira Bezerra

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Centro Universitário Christus - UNICHRISTUS

Fortaleza – CE

Isabela Limaverde Gomes

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Fortaleza – CE

Camila Pinheiro Pereira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Centro Universitário Fametro - UNIFAMETRO

Fortaleza – CE

um estudante. O objetivo deste estudo foi desenvolver um método de educação alimentar e nutricional, criando um ambiente propício a uma aprendizagem flexível e bem-sucedida para a alimentação saudável, em crianças de seis a dez anos em escolas públicas e particulares de Caucaia-Ce. Foi aplicado um jogo educativo “brincadeira do supermercado” em dois momentos: pré e pós-teste. Foi possível observar que houve melhoria dos acertos das crianças após a explicação dada sobre alimentação saudável, por meio da eficácia de um método de educação alimentar e nutricional.

PALAVRAS-CHAVE: Educação alimentar e nutricional. Alimentação saudável.

EDUCATIONAL GAME: A FOOD AND

NUTRITIONAL EDUCATION STRATEGY IN

CHILDREN FROM SIX TO TEN YEARS OLD

IN PUBLIC AND PRIVATE SCHOOLS

ABSTRACT: The school has great ability to interfere in the feeding of its students, promoting the use of educational tools, which can be inserted from the early years of a student's school life. The aim of this study was to develop a method of food and nutrition education, creating a conducive environment for flexible and useful

RESUMO: A escola apresenta grande capacidade de interferir na alimentação de seus alunos, promovendo estratégias ligadas à educação nutricional, que pode ser inserida desde os primeiros anos da vida escolar de

learning for healthy eating in children aged six to ten in public and private schools in Caucaia-Ce. An educational game “supermarket play” was applied in two moments: pre and post test. It was observed that there was an improvement in children's resources after the explanation given about healthy eating, by applying a method of food and nutrition education.

KEYWORDS: Food and nutrition education. Healthy eating.

INTRODUÇÃO

O acréscimo da predominância da obesidade, a atenuação da desnutrição e as mudanças no padrão de consumo alimentar são características do processo de transição nutricional. Isso está intimamente relacionado as mudanças dos hábitos alimentares, que é consequência de diversas fontes biológicas e sociais (VIEIRA et al., 2008).

A construção dos hábitos alimentares pode sofrer ação de diversos fatores, tais como: fisiológicos, psicológicos, socioculturais e econômicos. Sabe-se que tais hábitos tem sua formação iniciada desde a infância, neste período da vida o indivíduo sai do convívio exclusivamente familiar e ingressa no contexto escolar, ocorrendo a experimentação de outros alimentos e preparações, o que pode promover alterações em seus hábitos alimentares pela influência do grupo social e dos estímulos presentes no sistema educacional (RAMOS et al., 2013).

O que torna a escola um local de suma importância para a consolidação de hábitos alimentares saudáveis, o que acabará por refletir na saúde destas crianças. Deve-se levar em consideração que a característica do desenvolvimento nesta fase da vida, é a brincadeira como principal forma de relação da criança com o mundo, a educação nutricional deve constituir-se em um processo dinâmico, lúdico e interativo que forneça a elas conhecimentos e instrumentos para o desenvolvimento de práticas alimentares saudáveis (RODRIGUES et al., 2011).

Cabe à escola promover trabalhos relacionados à educação alimentar e a implantação de projetos que previnam doenças, estimulando para isso a capacitação dos professores em temas envolvidos com nutrição, para o seu bom desempenho na saúde escolar (RAZUCK et al., 2011).

Entretanto, existem algumas dificuldades, como a falta de comunicação e a insciência da comunidade sobre a participação do nutricionista no âmbito escolar, além do não comparecimento dos pais em reuniões escolares. Dentre os vários desafios para o êxito da promoção da saúde nas escolas, destaca-se, a associação entre profissionais da educação e da saúde abrangidos nesse processo de formação de hábitos saudáveis (JUZWIAK et al., 2013).

Considerando a grande influência que a educação nutricional no âmbito

escolar detém sobre a formação dos hábitos alimentares de um indivíduo, o presente estudo se propôs a desenvolver um método de educação alimentar e nutricional, criando um ambiente propício para uma aprendizagem flexível e bem-sucedida para uma alimentação saudável, em crianças de seis a dez anos em escolas públicas e particulares de Caucaia-CE, além de realizar uma comparação entre esses dois tipos de instituições educacionais, sobre o impacto da formação dos hábitos alimentares das crianças.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no mês de maio de 2018, sendo aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Academia Cearense de Odontologia/Centro de Educação Continuada, sob número do parecer de aprovação 2.646.349, onde se respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os preceitos éticos estabelecidos no que se refere a zelar pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo das informações, quando necessárias, tornando os resultados desta pesquisa públicos, serão considerados em todo o processo de construção do trabalho

Foram avaliados 60 alunos, com idade entre 6 a 10 anos, sendo 10 alunos de cada série (1º, 3º e 4º ano) do ensino fundamental e 10 alunos de cada série (1º, 3º e 4º ano) respectivamente, de uma escola pública e outra particular de Caucaia – CE. Foi aplicada em ambos os colégios um jogo educativo como método de educação alimentar e nutricional intitulado “brincadeira do supermercado” que consistiu em uma folha com 10 desenhos, 5 com alimentos saudáveis e 5 não saudáveis, e uma imagem de um carrinho de supermercados, onde as crianças devem colocar no carrinho somente os alimentos saudáveis.

Tal estratégia foi realizada em dois momentos: pré-teste e pós-teste. Após o pré-teste, foi ministrada uma palestra sobre alimentação saudável e não saudável. Depois da palestra, aplicou-se novamente o jogo educativo, caracterizando o momento pós-teste.

O pré-teste mostrou os resultados sobre o conhecimento prévio que as crianças possuíam sobre alimentação saudável e não saudável. O pós-teste avaliou se houve modificação no conhecimento da explicação dada sobre alimentação saudável e não saudável.

Dessa forma, deu-se como pontos para avaliação, a quantidade de acertos, tirando uma porcentagem dos acertos, alimentos saudáveis e não saudáveis e, assim, fazendo uma comparação entre os alunos da escola pública e particular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos acertos do 1º ano da escola pública e particular, no pós e pré teste, verificou-se que dos dez alunos da instituição pública, 50% (n=5) obtiveram três acertos dos cinco alimentos saudáveis a serem marcados. Na escola particular, 80% (n=8) conseguiram acertar todos os alimentos saudáveis. Comparando esses dados ao pós-teste, percebe-se uma diferença, onde 50% (n=5) das crianças da escola pública marcaram quatro alimentos saudáveis e 100% (n=10) dos estudantes da escola particular circularam corretamente os cinco alimentos.

Triches e colaboradores (2005) relatam que para o incentivo de hábitos alimentares saudáveis considera-se que o entendimento sobre alimentação e nutrição seja de suma importância, para que haja uma interferência em suas rotinas alimentares e em suas escolhas.

Representando o comparativo dos acertos do 3º ano, 40% (n=4) dos alunos tiveram quatro acertos e outros 40% (n=4) cinco acertos no teste aplicado na escola pública. Na escola particular 80% (n=8), observou-se os cinco acertos dos alimentos saudáveis. Já o pós-teste mostra que 70% (n=7) dos alunos da pública conseguiram marcar cinco acertos e 100% (n=10) dos participantes acertaram por completo o teste.

Sabe-se que uma alimentação saudável previne a aparição de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso da obesidade que apresenta estatísticas alarmantes, no mundo existem 41 milhões de crianças obesas e o Brasil representa um terço desse número. Tal estatística define como a alimentação das crianças está cada vez se tornando inadequada para seu desenvolvimento (OMS, 2016).

É válido lembrar que esse problema vem atingindo crianças de diferentes raças e classes socioeconômicas, ambos os sexos e todas as idades. Mas há um contraste em relação às classes socioeconômicas, mesmo que crianças de classe baixa estejam saindo da faixa da desnutrição e entrando na da obesidade, as com um poder econômico alto a taxa de obesidade infantil é maior, justamente por ter um poder aquisitivo mais fácil (MISHIMA; BARBIERI, 2009). Um âmbito social que pode ajudar as crianças a saírem dessa taxa alarmante de obesidade infantil é a escola, onde elas passam a maior parte do seu tempo, através do ensinamento sobre educação nutricional (RODRIGUES *et al.*, 2011).

O conhecimento deste a infância sobre os alimentos saudáveis e o que eles fazem no nosso organismo pode interferir diretamente nas escolhas alimentares do indivíduo (PINEZI; ABOURIHAN 2011). Corroborando com tal explanação, Lourenço e colaboradores (2014) afirmam que as crianças em idade escolar devem possuir um padrão alimentar, de acordo com as regras da alimentação saudável, ou seja, a sua alimentação deve ser variada e integrar alimentos que proporcionem os

nutrientes necessários em proporção e quantidade adequadas.

Dessa maneira, o pós-resultado mostra que a breve explicação foi eficiente para o entendimento dos alunos. Segundo Mahan e Escott-Stump (2002), é durante essa faixa etária que ocorre o aumento da influência do grupo social, que interfere na escolha dos alimentos dessas crianças, podendo alterar sua rotina alimentar.

Relacionado aos acertos do 4º ano, percebe-se que antes da explicação os alunos da escola pública 40% (n=4) obtiveram cinco acertos e, os da escola particular, 50% (n=5) estiveram na mesma faixa de acertos, com uma pouca diferença comparativa. Após a explicação, houve um acréscimo significativo, onde 80% (n=8) dos participantes da instituição pública conseguiram acertar os cinco alimentos saudáveis e os alunos da instituição privada conseguiram 100% (n=10) circular os cinco alimentos corretamente.

No que concerne o consumo de alimentos não saudáveis por essa população, Triches e colaboradores (2005), indicam que um dos fatores do aumento do consumo dos alimentos tidos como não saudáveis (refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos, etc), está ligado a excessiva comercialização e o excesso da exposição midiática, à disposição dos escolares.

A infância é o período onde começa a formação dos hábitos alimentares que poderão perdurar por toda a vida do indivíduo. Então, o entendimento sobre uma alimentação saudável deve ser moldado para que haja uma mudança efetiva no padrão alimentar das crianças (RAMOS et al., 2009), visto que os maus hábitos alimentares retratam-se como um dos principais fatores desencadeantes da obesidade, sendo notório a associação entre comportamento alimentar, cuidado e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (ROSSI et al., 2008).

Sendo este um trabalho a ser realizado em conjunto com pais, escola, professores e sociedade tendo grande importância para saúde das crianças, pois assim elas vão se manter saudáveis durante muito tempo e repassaram esses ensinamentos para seus filhos e quem sabe no futuro essas taxas de obesidade infantil possam ser reduzidas consideravelmente (ACCIOLY, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escola é um ambiente onde proporciona ao aluno um norte para seus conhecimentos, uma base para a formação dos estudantes em vários aspectos. Essa diferenciação no modo de ensino entre escolas públicas e particulares afetam esses pontos, principalmente no que se diz em relação à educação nutricional. A quantidade de crianças em idade escolar que entram na estatística da obesidade a cada dia é maior devido à falta de medidas preventivas para a mudança desses

hábitos alimentares dentro e fora do âmbito escolar.

Com isso, foi observado com clareza à disparidade entre os dados apresentados através das duas escolas, onde o conhecimento prévio sobre uma alimentação saudável e os alimentos que nela se incluem fez com que os dados dos alunos da instituição privada se sobressaíssem sobre os alunos da escola pública, mas percebeu-se que com o ensino de qualidade sobre aspectos da alimentação saudável influenciaram também no conhecimento dos alunos da escola pública por meio do pós-teste.

Assim é possível constatar a notória importância da inclusão de tecnologias educativas relacionadas nutrição de forma igualitária em escolas de ambos os aspectos socioeconômicos para que haja uma reversão nesses dados alarmantes, e consequentemente uma população futura mais saudável.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, Elizabeth. **A escola como promotora da alimentação saudável.** Ciência em Tela, São Paulo, v.2, n.2, p.1-9, 2009.
- JUZWIAK, C. R.; CASTRO, P. M.; BATISTA, S. H. S. S. **A experiência da Oficina Permanente de Educação Alimentar e em Saúde (OPEAS): formação de profissionais para a promoção da alimentação saudável nas escolas.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.1009-1018, 2012.
- LOURENÇO, Margarida et al. **Estado nutricional e hábitos alimentares em crianças de idade pré-escolar.** Revista de Enfermagem Referência, Coimbra, v.4, n.1, p.7-14, 2014. Mar. 2014.
- MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Nutrição na infância.** In: LUCAS, B. KRAUSE. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10.ed. São Paulo: Roca, 2002. cap.10, p. 229–246a.
- MISHIMA, F. K. T.; BARBIERI, V. **O brincar criativo e a obesidade infantil.** Estudos de Psicologia, São Paulo, v.14, n.3, p.249-255, 2009.
- PINEZI, F.G.; ABOURIHAN, C. L. S. **Formação e desenvolvimento de hábitos alimentares na pré-escola.** 2011. Disponível em: http://www.unibrasil.com.br/pdf/nutricao/2011-2/7_tcc.pdf. Acesso: 04 setembro de 2019.
- RAZUCK, R.C.S.R.; FONTES, P.G.; RAZUCK, F.B. **A Influência do professor nos Hábitos Alimentares.** VIII ENPEC – Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e Ciência-São Paulo, Brazil, 2011.
- RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. **Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2147-2161, nov.2013.
- RODRIGUES, L. et al. **Construindo conceitos sobre alimentação saudável com escolares da rede municipal de ensino.** Rev.Simbiose, São Paulo, v.4, n.6, p.144-154, dez. 2011.
- RODRIGUES, Paula Afonso. **Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em escolares da rede pública.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.1581-1588, 2011.

ROSSI, A.; MOREIRA E. A. M.; RAUEN, M. S. **Determinantes do Comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família.** Rev.Nutr. Campinas, v.21, n.6, p.739-748, Nov/dez, 2008.

TRICHES, R.; E. R. J.; GIUGLIANI. **Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares.** Revista Saúde Pública, v.39, n.4, p.541-547, 2005.

VIEIRA, M. F. A.; ARAÚJO, C. L. P.; HALLAL, P. C. et al. **Estado nutricional de escolares de 1a a 4a séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.1667-1674, 2008.

World Health Organization. [site da Internet] [acessado 2019 out 04]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/obesity/en/>

MEDIDA PSICOMÉTRICA DA EMPATIA E METODOLOGIAS DE ENSINO: RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS FORMADOS EM METODOLOGIAS DE ENSINO ATIVAS E TRADICIONAIS

Ana Clara Putrick Martins

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Luiza Meireles de Castro

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Thiago Vilela de Freitas

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

Carlos Renato dos Santos

Universidade Federal de Pernambuco
Vitória de Santo Antão – PE

Erika Kaneta Ferri

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Dourados – MS

Edneia Albino Nunes Cerchiari

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Campo Grande – MS

análise estatística, apresentação dos resultados e discussão foram feitos lançando mão da porcentagem válida. Os resultados obtidos foram a identificação de um nível de empatia maior em médicos provenientes do processo de ensino-aprendizagem de metodologias ativas, se comparados a médicos formados em metodologias tradicionais. Nesse sentido, é esperado que as mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) alcancem seus objetivos, no que tange a formação de médicos, com uma educação médica de perfil mais empático, crítico, reflexivo e humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Medida Psicométrica; Empatia; Metodologias de Ensino; Educação Médica.

PSYCHOMETRIC MEASURE OF
EMPATHY AND METHODS OF TEACHING:
COMPARISON BETWEEN MEDICS
GRADUATED IN ACTIVE LEARNING
AND TRADICIONAL TEACHING
METHODOLOGIES

ABSTRACT: The study consisted in the evaluation of psychometric measure between medics graduated in traditional and active learning teaching methods. Therefore, a

RESUMO: O estudo buscava avaliar a relação da medida psicométrica da empatia entre médicos formados em metodologias de ensino tradicional e ativa. Para tanto, foram aplicados um questionário sociodemográfico e ocupacional, juntamente com a Escala Jefferson de Empatia Médica. As variáveis foram coletadas e analisadas estatisticamente, sendo que os questionários com questões em branco (oito) foram excluídos da análise. Após a

sociodemographic and occupational questionnaire, along with the Jefferson Medical Empathy Scale were applied. The variables were collected and statistically analyzed. The questionnaires with blank questions (eight) were excluded from the analysis. After statistical analysis, presentation of results and discussion were made using the valid percentage. The results obtained were the identification of a higher level of empathy in medics coming from the teaching-learning process of active learning methods, compared to others graduated in traditional teaching methodologies. Therefore, it is expected that the changes in the National Curriculum Guidelines (2014) reach their objectives, regarding the medical education with a more empathic, critical, reflective and humanized profile.

KEYWORDS: Psychometric Measure; Empathy; Teaching Methods; Medical Education.

1 | INTRODUÇÃO

O advento da globalização promoveu mudanças na dinâmica da sociedade. Essas mudanças são expressas no aumento da expectativa de vida, alterações no perfil demográfico, ascensão da mulher no mercado de trabalho, desenvolvimento dos meios de locomoção, entre outros. Nesse sentido, a mudança no perfil da sociedade também promoveu mudanças no que concerne às necessidades e aos anseios no âmbito da saúde (MARINS, 2011).

Segundo a OMS, o conceito ampliado de saúde, elaborado na 8^a Conferência Nacional de Saúde em 1986, define que saúde é um estado dependente de diversos fatores biológicos, psíquicos e sociais, não apenas a ausência de doença. A partir dessa definição, é possível compreender a saúde como resultado concomitante de diversos aspectos, tanto biológicos quanto sociais, e o indivíduo como ser integral e indissociável de seus aspectos psicossociais.

Por conta disto, surgiu a necessidade de rever a formação dos profissionais de saúde, que já não correspondia às necessidades da população. Dentre esses profissionais, os médicos apresentavam, em suma, uma formação tecnicista, com olhar voltado para a doença e não para o indivíduo – sendo este perfil incapaz de suprir as novas demandas sociais.

Segundo Haddad (2011), dos fatores responsáveis por esse perfil seria a modalidade de metodologia de ensino adotada pelos cursos de graduação nas Instituições de Ensino Superior, o que dificultava a formação de médicos capazes de resolver com qualidade 80% a 85% dos problemas de saúde/doença da comunidade, mantendo uma relação ética com pacientes, sua família, a comunidade e a equipe de saúde.

Nesse sentido, no ano de 2014, foram instituídas, pelo Ministério da Educação, mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Medicina do

Brasil. Essas mudanças preveem a alteração no perfil dos médicos formados nas IES, preconizando que os mesmos sejam formados para:

“[...] considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social” (BRASIL, 2014).

Além disso, deve ser capaz de promover o bem-estar da comunidade por meio de

“[...] liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade” (BRASIL, 2014).

Ademais, as DCN 2014, como estratégia para a mudança no perfil dos egressos dos cursos de medicina, determinam que sejam utilizadas “[...] metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos” (BRASIL, 2014).

A determinação pelo emprego das metodologias ativas, visando à formação de médicos com uma visão holística do indivíduo, tem em seu cerne o modelo dawsoniano de educação médica. Este, propunha que a educação deveria ser capaz de formar médicos generalistas, responsáveis por medidas tanto curativas, quanto paliativas.

Assim, para alcançar esse perfil de profissional, em consonância com as demais características abordadas nas DCN, fez-se necessário a adesão de novas estratégias em detrimento dos modelos obsoletos de ensino. Nesse ínterim, as metodologias tradicionais, compreendidas como formadoras de indivíduos com olhar centrado na doença, que relevam os fatores psicossociais e têm como única verdade o conhecimento científico, devem ser substituídas por metodologias ativas, com a aprendizagem centrada no aluno e voltada para a formação de profissionais proativos, resolutivos e dialógicos.

Segundo Souza (2011), as metodologias tradicionais no ensino médico têm diversos fatores que perturbam sua eficácia, como o acúmulo de conhecimento biomédico em seis anos da graduação, ilusória autossuficiência das ciências biomédicas para resolver os principais problemas de saúde, ainda, dificuldade em formar um médico com perfil adequado às demandas dos principais modelos assistenciais.

Além disso, na Constituição de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica de Saúde (Nº8.080). Em suas doutrinas, ela traz a universalidade da atenção à saúde, equidade no acesso à saúde e a integralidade que reconhece o indivíduo como um ser indivisível e integrante de

uma comunidade (BRASIL, 1990). Por conseguinte, fez-se mister que os médicos fossem capazes de assimilar e seguir tais doutrinas. O seguimento dessas doutrinas deveria ser baseado em práticas humanizadas, que atendessem às novas demandas no âmbito da saúde e com um perfil generalista.

Dentre as várias atitudes e qualidades esperadas para os médicos egressos a partir das mudanças das diretrizes curriculares, encontra-se o fenômeno da empatia. Este é um conceito muito explorado por diversas áreas de pesquisa – social, psicológico, neurológico, artístico – detentor de diversas definições na literatura. Para essa pesquisa adotaremos o conceito de empatia de Falcone e col. (2008, p.323), sendo “A capacidade de compreender, de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando este entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada”.

A empatia dos indivíduos é uma medida psicométrica para qual existem vários questionários que consideram diferentes perspectivas do fenômeno empático. Nesse estudo, considera-se a perspectiva de Davis (1983), no que concerne à multidimensionalidade desse fenômeno, sendo considerados aspectos cognitivos, emocionais e sociais. Nessa pesquisa, considerou-se a compreensão neuropsicológica de Decety & Jackson (2004) acerca da possibilidade de aprender e desenvolver a empatia – haja vista que atitudes empáticas dependem de fatores sociais, bioquímicos, fisiológicos, situacionais, relacionais e comportamentais.

Por conseguinte, as mudanças nas diretrizes curriculares das universidades de medicina, em consonância com o perfil do médico preconizado pelas doutrinas do SUS, vão ao encontro da necessidade atual de médicos capazes de serem empáticos nas relações com os pacientes, proporcionando assim um atendimento humanizado e sob a perspectiva do indivíduo como um ser que comprehende aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O objetivo desse estudo foi compreender se há diferença da metodologia de ensino dos médicos e sua medida psicométrica de empatia e compreender se as mudanças nas DCN proporcionaram mudanças no perfil dos egressos dos cursos de medicina, com qualidades que vão ao encontro as expectativas.

2 | OBJETIVOS

Dessa maneira, um dos objetivos para o estudo foi avaliar a medida psicométrica de empatia médica, por meio da Escala Jefferson de Empatia Médica, dos médicos que estão registrados no Conselho Regional de Medicina de Campo Grande – MS e sua relação com as metodologias de ensino e aprendizagem. Ademais, caracterizar a amostra estudada quanto as variáveis sociodemográficas

e ocupacionais. E, por fim, identificar a metodologia de ensino em que se formaram os médicos registrados no CRM- MS, identificando, também, a possível existência de associações entre a modalidade metodológica de formação médica e o grau de empatia dos médicos nela formados.

3 | METODOLOGIA

Estudo primário, com período de segmento transversal, com perfil de avaliação epidemiológico analítico. Pesquisa aplicada de abordagem quantitativa, de caráter descritivo.

A coleta de dados foi feita através da aplicação de um questionário semiestruturado sociodemográfico ocupacional, além de uma escala de autorrelato em primeira pessoa, Escala Jefferson de Empatia Médica. O local de aplicação dos questionários ocorreu na cidade de Campo Grande – MS, no período de Setembro de 2017 a Maio de 2018.

Foram entrevistados 78 médicos da Cidade de Campo Grande – MS, com registro no Conselho Regional de Medicina de Mato Grosso do Sul. Como critério de inclusão para a pesquisa, os entrevistados devem ser médicos que atuam na cidade de Campo Grande – MS, em situação ativa regular, com inscrição do tipo principal, secundária e provisória. Excluindo-se os médicos formados em instituição de ensino no exterior, médicos com CRM inativos (falecidos, cassados, cancelados, transferidos) e os ativos inoperantes, com interdição cautelar parcial, suspenso parcial e suspenso por ordem judicial parcial.

Como instrumentos para a coleta de dados, foi utilizado um questionário sociodemográfico e ocupacional, elaborado pelos pesquisadores do projeto contentado 14 questões. Já para avaliar o nível de empatia médica, será utilizada a escala de autorrelato em primeira pessoa, Escala Jefferson de Empatia Médica. Avalia o nível de empatia médica sob a perspectiva multidimensional, sendo composto por 20 proposições, que são avaliadas por escalas Likert, que variam de 1 (“discordo fortemente”) a 7 (“concordo fortemente”). Escores mais altos indicam níveis mais elevados de empatia.

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software livre R, versão 3.3.3 (R Core Team, 2017). Através desta poderosa linguagem foram obtidas estatísticas descritivas e inferências diversas, tais como, técnicas multivariadas, bem como estatísticas paramétricas e não paramétricas, além de diversos procedimentos recentes não encontrados na maioria das plataformas pagas. Inicialmente estão previstos a obtenção de frequências, percentuais, médias, desvios-padrão, e coeficiente de correlação.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a pesquisa foram entrevistados o total de 78 médicos, sendo que dentre esses questionários foram excluídos 8, haja visto que tinham respostas em branco, o que influenciaria nos resultados da pesquisa.

Dentre os questionários da amostra estudada (70 médicos), a proporção foi de 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. A respeito da formação complementar em curso de residência médica, 12% estavam com o curso em andamento, 12% não possuíam curso de residência médica e 75% já haviam terminado.

Quanto a metodologia de ensino em que se formaram, 70% estudou em universidade que utilizava metodologia tradicional, enquanto 30% se formou em metodologia ativa. Na Tabela 1 estão descritas algumas características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes, conforme a metodologia de ensino em que foram formados.

Na Tabela 2, encontram-se a distribuição da medida psicométrica de empatia entre os médicos formados em metodologias ativa e tradicional. A Escala Jefferson de Empatia Médica é uma escala que avalia a empatia e gera escores mínimos de 20 e máximos de 140. Ela não classifica o indivíduo como “empático” ou “não empático”, mas sim quais atingiram médias maiores ou menores. Portanto, para uma melhor visualização, os dados foram inseridos em categorias: baixa (20 – 60 pontos), média (61 – 100) e alta (101 – 140).

A partir dessa distribuição, foi possível identificar que dos médicos formados em metodologia ativa que participaram da pesquisa, 83% tinham níveis altos de empatia, enquanto que 60% dos formados em metodologia tradicional apresentaram altos níveis de empatia. Para a nível médio de empatia, os médicos provenientes de metodologias ativas totalizam 17%. Paralelamente, no nível médio, encontram-se 25% dos de metodologia tradicional. Já para os baixos níveis de empatia, nenhum médico de metodologia ativa se enquadrou nessa categoria, enquanto 15% dos médicos de metodologia tradicional obtiveram baixas medidas psicométricas de empatia.

Os médicos formados em metodologia ativa se concentram na faixa de idade até 40 anos, enquanto os médicos de metodologia tradicional tem idade mais avançada.

Ademais, foi possível identificar que a metodologia tradicional está mais evidente em médicos provenientes de universidades públicas, enquanto a metodologia ativa está mais evidente nas universidades particulares.

	Metodologia	
	Tradicional	Ativa
Média de idade		
Entre 20 – 30 anos	5%	18%
Entre 31 – 40	20%	13%
Entre 41-50	23%	0%
Maior que 51	23%	0%
Gênero		
Feminino	35%	15%
Masculino	35%	15%
Cor da pele		
Amarela	8%	0%
Branca	53%	28%
Parda	5%	0%
Preta	5%	3%
Universidade		
Privada	13%	28%
Pública	58%	3%
Tempo de atuação profissional		
< 5 anos	10%	15%
> 5 e < ou igual 15	30%	13%
> 15 e < ou igual a 25	18%	0%
> 25	13%	13%

TABELA 1 - Características sociodemográficas e ocupacionais dos médicos entrevistados

	Tradicional	Ativa
Baixa	15%	0 %
Média	25%	17%
Alta	60%	83%

TABELA 2 - Medida psicométrica de empatia/metodologia de ensino

A mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (2014) dos cursos de Medicina preconizava a mudança da metodologia de ensino, sendo que esta deve passar a se basear em metodologias ativas, centradas no aluno e no desenvolvimento de habilidades e atitudes que vem ao encontro da formação generalista, do perfil visando o modelo biopsicossocial dos indivíduos e visando o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, as metodologias ativas utilizam recursos didáticos que visam qualificar o médico para que possa compreender o processo de saúde-doença com uma postura mais humana, crítica, reflexiva e ética, visando a integralidade da assistência, com responsabilidade social e compromisso (Júnior, 2016).

Esse trabalho avaliou se há diferença nos níveis de empatia em médicos formados em metodologias ativas e tradicionais. Várias escalas foram desenvolvidas para avaliar a empatia, mas a utilizada foi a Escala Jefferson de Empatia Médica, que foi elaborada para avaliar médicos e profissionais da saúde e contém aspectos clínicos e de atendimento em suas questões. Assim, foi identificado que dos médicos

formados em metodologias ativas, 83% se enquadram em níveis mais elevados de empatia. Enquanto isso, 60% dos médicos formados em metodologias tradicionais tem os níveis mais elevados. Por essas características, há uma proporção maior de médicos de metodologias ativas com altos níveis de empatia se comparado aos de metodologia tradicional. Porém, ambos tem sua maioria enquadrada nessa categoria, o que não nos permite inferir que os médicos de metodologia ativa são mais empáticos, mas sim que tem uma frequência maior de médicos empáticos.

Ao mesmo tempo, nenhum médico de metodologia ativa demonstrou ter baixos níveis de empatia, enquanto que 15% dos médicos de metodologia tradicional estão nessa categoria. Dessa forma, podemos dizer que a metodologia de ensino influencia no desenvolvimento da empatia, haja visto que não foram identificados médicos com “baixa” empatia, ao contrário dos médicos provenientes de metodologia tradicional, que tem “baixa” ou “média” empatia.

Diante dessa realidade, é reforçada a ideia da necessidade de alterações nos currículos das universidades de medicina, para que os egressos tenham aptidões sociais, empáticas e humanizadas para a prática clínica. A grade curricular deve possibilitar ao estudante de medicina a possibilidade de desenvolver e aprimorar sua empatia, seja com vivência na atenção primária, métodos construtivistas de ensino-aprendizagem, interação dialética com diferentes realidades e promoção de atitudes reflexivas.

Para Provenzano (2014), a boa prática médica passa a ter na empatia médica uma questão crucial. Nesse sentido, podemos descrever a empatia como uma qualidade importante e que promove benefícios tanto para o médico, quanto para o paciente. Dentre esses benefícios podemos citar a melhora na comunicação médico-paciente, provocando maior destimidez do paciente ao se expressar e, assim, possibilitando que a investigação diagnóstica do médico seja mais eficiente. Promove aumento no nível de confiança do paciente no médico, assim aumentando as chances de adesão aos tratamentos estabelecidos. Diminui o número de processos judiciais, cuja origem central é a comunicação insuficiente entre médico-paciente.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia de ensino nos cursos de Medicina influenciará tão significativamente o perfil dos egressos, quanto for trabalhada a perspectiva de aprimoramento da empatia.

É importante ressaltar que esse trabalho não visa comparar a competência dos médicos, nem afirmar que sem a empatia ou com baixos níveis de empatia o médico é menos completo. Esse estudo procurou avaliar se as mudanças das

diretrizes são suficientes ou capazes de mudar os níveis de empatia dos médicos, empatia a qual é esperada do médico generalista, no modelo biopsicossocial.

Dessa forma, estudos futuros precisam avaliar melhor o número da amostra e elaborar uma estratégia de coleta de dados diferente, isto é, outro modo de aplicar o questionário ou dispor de um maior tempo de pesquisa, haja visto a dificuldade em aplicar questionários com esses profissionais.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, C. **Instrumentos de avaliação da empatia: uma revisão sistemática da literatura.** 2004. Tese (Especialização em Psicologia – Ênfase em avaliação psicológica) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- BRASIL. **Lei n.º 8080, 1990.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://200.214.130.38/portal/arquivos/pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.
- BRASIL. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.
- BROLEZZI, A. **Empatia em Vygotsky.** Dialogia, São Paulo, n. 20, p. 153-166, jul./dez. 2014.
- BUELGA, S. **La empatía: entenderla para entender a los demás.** Barcelona: Plataforma Actual, 143p. Pensamientos psicológico, v.12, n. 2, p. 129-130, out. 2014.
- CRUZ, C.; FERNANDES, D.; PIMENTA, M. **Do pensamento clínico, segundo foucault, ao resgate do modelo biopsicossocial: uma análise reflexiva.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 30-39, jan./jul. 2013.
- DAVIS, M. **Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach.** Journal of Personality and Social Psychology. United States of America, v. 44 (1), p. 113 -126, 1983.
- DECETY, J.; JACKSON, P. The functional architecture of human empathy. **Behavioral and cognitive neuroscience reviews.** Washington, D.C., v. 3, n. 2, p. 71-100, jun. 2004.
- FALCONE, M. et al. **Inventário de Empatia (IE): Desenvolvimento e validação de uma medida brasileira.** Avaliação Psicológica, 7(2), p.321-334.
- FONTGALLAND, R.; MOREIRA, V. **Da empatia à compreensão empática: evolução do conceito no pensamento de Carl Rogers.** Memorandum, Belo Horizonte, agosto 2012. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a23/fontgallandmoreira01>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- HADDAD, A. **Educação médica no contexto da política de educação na saúde.** In: Marins JJN e Rego S, org. Educação Medica: gestão, cuidado, avaliação. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. Cap. 1, p. 19-41.
- HADDAD, A. **Educação médica no contexto da política de educação na saúde.** In: Marins JJN e Rego S, org. Educação Medica: gestão, cuidado, avaliação. 1. ed. São Paulo:Hucitec, 2011. Cap. 4, p. 67-82.
- HADDAD, A. **Educação médica no contexto da política de educação na saúde.** In: Marins JJN e Rego S, org. Educação Medica: gestão, cuidado, avaliação. 1. ed. São Paulo:Hucitec, 2011. Cap. 11,

p. 223-257.

HOJAT, M. **Empathy in patient care: antecedents, development, measurement, and outcomes.** 295 pp. New York, Springer, 2007.

JUNIOR, V. **Metodologia ativa na Educação Médica.** Rev Med, São Paulo, jul-set, 95(3), p.113-121, 2016.

MANFREDI, S. **Metodologia de ensino: diferentes concepções.** Campinas-SP: F.E./UNICAMP, mimeo 1993, p.2.

OMS. **Carta da Organização Mundial de saúde, 1946.** Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 18 out. 2018.

PROVENZANO, B. et al. **A empatia médica e a graduação de medicina.** Revista HUPE, Rio de Janeiro, 13(4), p.19-24, 2014.

ROGERS, C. **Tornar-se pessoa.** 5. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SCLiar, M. **História do conceito de saúde.** Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 24-41, mar 2007.

SOUZA, R.G.S. **Estratégias de mobilização para as transformações curriculares.** In: Marins JJN e Rego S, org. Educação médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 67-82.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NO PRÉ-NATAL E NA MATERNIDADE SOBRE A 'HUMANIZAÇÃO' DA ASSISTÊNCIA À MULHER

Isabele Fernanda Rios de Oliveira

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Curso de Enfermagem
Sorocaba/SP

Joice Pereira Ribeiro

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo -
Curso de Enfermagem
Sorocaba/SP

Valdina Marins Pereira

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
– FCMS. Profa. Associada, Departamento de
Enfermagem Sorocaba/SP

demonstram resistência para mudança de paradigmas. O trabalho teve como objetivo avaliar a percepção dos profissionais que atuam na assistência ao pré-natal e ao parto sobre "humanização" na assistência à mulher no período gravídico-puerperal. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário autoaplicável, previamente testado. O discurso do sujeito coletivo e análise de conteúdo foram utilizados para a organização e análise dos dados. Participaram do estudo 31 profissionais, em sua maioria do sexo feminino, com idade entre 20 e 50 anos, tempo de formação entre 1 e 11 anos, predominando enfermeiros. Os resultados mostraram que ainda prevalece uma concepção equivocada sobre humanização, que prioriza conduta médica e uso abusivo de tecnologia desnecessária e sem indicação real. Pode-se perceber movimento de contraposição, especialmente por parte dos enfermeiros, porém estes referiram dificuldade na aplicação de boas práticas na assistência ao parto por resistência de outros profissionais e de protocolos hospitalares que inviabilizam as mudanças necessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização na assistência ao parto; Assistência materno-infantil; Enfermagem obstétrica.

RESUMO: Na antiguidade a gravidez, trabalho de parto e parto sempre foram ocorrências vivenciadas em família e acompanhadas por parteiras. Com o passar dos anos, ocorreu um processo de modificação na assistência ao parto e gestação, passando estes fenômenos a serem vistos como patológicos, privilegiando assistência "medicalizada", tirando da mulher seu protagonismo, tornando-a objeto da assistência. Ainda são encontradas inúmeras intervenções desnecessárias que contribuem com a morbimortalidade materna e fetal. Diante destes dados o Ministério da Saúde tem investido em retomar o processo mais fisiológico, com a publicação de protocolos, diretrizes e leis; entretanto os profissionais

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS WHO ACT AT PRENATAL AND MATERNITY ON THE 'HUMANIZATION' OF WOMEN CARE

1 | INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, ocorreu um processo de modificação na assistência ao parto e gestação, passando estes fenômenos a serem vistos como patológicos, privilegiando a assistência em instituições hospitalares, com rotinas padronizadas e com utilização, nem sempre necessária, de tecnologias específicas (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Em razão dessa instrumentalização na assistência ao parto, a mulher deixa de ser sujeito da ação para tornar-se objeto; é retirada do papel de protagonista tornando-a submissa, em situação que a despersonaliza (MOURA et al, 2007).

Tentando modificar esse contexto, as possibilidades de “humanização” da assistência ao parto veem na esteira de inúmeras evidências constatadas cientificamente em estudos internacionais corroboradas por dispositivos legais do governo brasileiro e de alguns estados. Embasados nesses dispositivos, observam-se movimentos nacionais consolidados em Congressos, Encontros e Seminários, patrocinados, em sua maioria, pela Rede de Humanização do Nascimento e Parto (REHUNA), entre outras organizações.

Humanização, na visão dessas organizações, pressupõe que os procedimentos e atitudes dos profissionais que atendem à mulher sejam direcionados às necessidades dessa mulher. As intervenções somente deveriam ser aplicadas quando houvesse real indicação, e não apenas por uma prescrição de rotina, ao sabor de interesses administrativos e financeiros da instituição prestadora. Muito apropriada é a conceituação de Dias & Domingues (2005):

“[...] a humanização da assistência ao parto implica também e, principalmente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, não intervenha desnecessariamente, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê.”

Dentre os principais elementos não compatíveis com os princípios da humanização e que precisam ainda ser vencidos, estão: o despreparo de equipes de assistência ao parto, a infraestrutura inadequada dos serviços de assistência ao trabalho de parto e parto e o consequente aumento de cesáreas (GENTILE; FILHO, 1997).

Para que ocorra um parto adequado é fundamental o preparo da gestante que deve ser iniciado precocemente, no pré-natal (OMS, 1985).

O Ministério da Saúde vem publicando, desde a década de 90, dispositivos

legais que visam à assistência integral à mulher e ao bebê. Em 1998, vários dispositivos foram sancionados, entre estes: a implantação de metas para o percentual de cesarianas nos hospitais conveniados ao SUS (Port. N. 2.816/1998), responsabilizando gestores municipais pela prevenção de fatores de risco gestacional; a inclusão, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), da remuneração a Enfermeiros Obstetras pela assistência ao parto normal sem distócia (Port.n.2.815/1998); a aprovação do modelo de Laudo de Enfermagem para internação hospitalar-AIH (Port. n.163/1998); culminando, em agosto de 1999, com a criação do Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do SUS (Port.n.985/GM-1999), para atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. A meta desta nova modalidade é dar assistência perinatal à gestação de risco habitual, realizando apenas o parto normal e fazendo os encaminhamentos aos níveis secundário e terciário, quando pertinentes.

A Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999 do Estado de São Paulo, por sua vez, garantiu o direito do acompanhante durante o trabalho de parto antes da regulamentação federal que foi publicada em 2005, garantindo esse mesmo direito em todas as maternidades do país, conveniadas ao SUS.

O conceito de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério, foi consolidado através da portaria/GM nº569, de 01/06/2000, que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do SUS. Mais recentemente, a Rede Cegonha, se propôs a assegurar gravidez, parto e puerpério, bem como à criança, o direito à assistência adequada para o nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (OMS, 1996)

Partindo do princípio de que a assistência ao pré-natal e ao parto ainda não é condizente com a legislação supracitada na maioria das instituições assistenciais do Brasil e em nosso meio, este estudo objetiva verificar a percepção dos profissionais que atuam nessas instituições sobre o conceito de “humanização” da assistência à gestação e ao parto e quais as dificuldades encontradas para aplicação dos dispositivos legais vigentes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise quanti-qualitativa. Os dados obtidos a partir do instrumento de coleta de dados (ICD) foram analisados segundo a natureza das questões: as de cunho quantitativo (caracterização dos sujeitos estudados), são apresentados em tabelas, em números absolutos e relativos; os dados qualitativos foram organizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo, conforme metodologia proposta por Lefèvre & Lefèvre (2006). Uma vez organizados

os discursos, o conteúdo obtido foi analisado segundo Bardin (2016).

Os sujeitos desta pesquisa foram constituídos de todos os profissionais liberais que estavam atuando na assistência ao parto e ao recém-nascido nas maternidades do Hospital Santa Lucinda e do Conjunto Hospitalar de Sorocaba/SP; e os que atuavam na assistência à gestante nas Unidades Básicas de Saúde também no município de Sorocaba. Foram excluídos aqueles profissionais que se encontravam em férias ou em licença na ocasião da coleta dos dados. Esta foi realizada através de encontros entre as pesquisadoras e profissionais. Os profissionais foram convidados a preencherem um formulário a respeito da percepção e da prática dos dispositivos legais pertinentes à humanização da assistência à gestação e ao parto.

O perfil dos profissionais participantes é apresentado no Quadro 1 e os dados de qualitativos (questões abertas) foram organizados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006) e o conteúdo resultante foi analisado segundo BARDIN (2016).

Havendo mais de uma IC, ou categoria de resposta, para cada questão, foram montados discursos únicos, encadeando-se as Expressões Chaves (ECH) correspondentes às IC's semelhantes, obtendo-se um Discurso Coletivo (DSC) para cada categoria de resposta. Os DSC's que são apresentados no tópico Resultados, são identificados pelas IC's e são seguidos por números correspondentes aos sujeitos cuja “fala” tenha sido incluída.

O projeto do presente estudo foi elaborado segundo as diretrizes da Resolução 466/2012 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-CEP-FCMS-PUCSP, tendo sido aprovado na reunião de 8 de agosto de 2017, pelo parecer n. 2.207.343.

3 | RESULTADOS

Foram abordados, neste estudo, 75 profissionais, porém foram devolvidos apenas 31 questionários, preenchidos adequadamente. Os dados sociodemográficos dos respondentes são apresentados no Quadro 1, a seguir.

Faixas Etárias	N	%
20 – 29	5	16,1
30 – 39	12	38,8
40 – 49	5	16,1
50 e mais	9	29,0
Total	31	100,0

Sexo		
Feminino	26	83,9
Masculino	5	16,1
Total	31	100,0
 Profissão		
Médico	9	29,0
Enfermeiro	18	58,1
Dentista	4	12,9
Total	31	100,0
 Tempo de Formação (anos)		
Até 5	4	12,9
6-10	11	35,5
11 e mais	16	51,6
Total	31	100,0
 Local de Trabalho		
UBS	17	54,8
H.Sta Lucinda	9	29,0
CHS	5	16,2
Total	31	100,0

Quadro 1- Perfil dos profissionais que atuam em Instituições de assistência à mulher na gestação e no parto, entrevistados sobre conceituação e prática da humanização- 2018

4 | ANÁLISE DOS DISCURSOS E DISCUSSÃO

Alguns dos sujeitos abordados entendem assistência obstétrica humanizada como respeito, acolhimento, apoio emocional, atendimento integral, utilizando expressões que endossam essa percepção, como mostrado no DSC abaixo

“Atender a paciente como um todo, com respeito; conversar, chamar pelo nome e não [...] por mãezinha/princesa [...], não gritar [...]. Respeitar os limites da paciente e mediando quando possível e viável as vontades maternas e da família, respeitando suas opiniões, escolhas durante pré-natal, individualidade, espiritualidade, crenças [...], melhorando relações interpessoais, mas mantendo assistência técnica adequada.”

“Acolher a gestante desde o início da gestação, atenção para a paciente, tratar a paciente com respeito e ter empatia, ouvir, acalmar, diminuir medo e entender-las, ajudar. [...] Tentar entender seus medos e receios, suprir queixas psicológicas [...] é a adequada avaliação das necessidades da gestante ou puérpera seja física ou emocional; minimizar angústias e receios.”

“Atendimento individualizado, atender a mulher no seu contexto geral, respeitando sua individualidade [...] e dimensões do ser humano física, espiritual, psicológica, mental e social.”

Apesar de a assistência obstétrica humanizada envolver esses aspectos,

segundo o documento do Ministério da Saúde (MS), publicado em 2001, trata-se de uma abordagem mais ampla e complexa, envolvendo, além de conhecimento, práticas e atitudes que visem a promoção do parto e do nascimento saudáveis, respeitando os aspectos culturais e psico-emocionais da mulher e família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Na visão de Moura et al. (2007), humanização na assistência obstétrica resgata o caráter fisiológico do nascimento, respeita a parturiente em suas quatro dimensões, espiritual, psicológica, biológica e social, diminuindo assim, as intervenções desnecessárias, estimulando a autonomia da mulher e incorporando ao cuidado seus saberes, cultura e valores.

No presente estudo observou-se algumas “falas” referindo-se à importância da segurança da mulher e do recém-nascido e, como constatado pelo autor acima; alguns outros respondentes também referiram a necessidade de diminuir o uso de procedimentos invasivos desnecessários.

*“Garantir experiências da maternidade com segurança e bem-estar, **oferecendo** a gestante e família ter seu bebê sem traumas futuros desnecessariamente, **reduzindo** riscos e danos.”*

*“Trabalho de parto e parto em que o mesmo evolua normalmente **com** menos intervenções, não realizar lavagem intestinal, tricotomia, episiotomia e indução.”*

Alguns discursos se referiram à conduta médica como absoluta na assistência, pensamento hegemônico e arcaico, já que o parto é um processo fisiológico e natural.

“Manter conduta médica sempre como principal conduta na assistência, [...] respeitando decisões da gestante, desde que não interfira no atendimento médico.”

Esse tipo de assistência, segundo Almeida et al. (2015), impede o processo natural do parto, causando medo, tensão e dor à parturiente.

O parto de risco habitual deve ser acompanhado pelo Enfermeiro e/ou Obstetriz, capacitado para a assistência menos intervencionista, preservando a segurança, como recomenda o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN, 2015).

Com relação ainda à 1ª questão formulada neste estudo sobre o que é Humanização no parto, poucos discursos mencionaram presença do acompanhante, sendo que a lei que preconiza este direito está em vigência há mais de 18 anos no estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1999) e há 13 anos em todo território nacional (BRASIL, 2005).

Entretanto, na segunda questão do Instrumento de coleta (Conhecimento dos dispositivos legais...) a mais citada foi a lei do acompanhante. Quanto a este aspecto, ressalta-se que o perfil sócio-demográfico dos respondentes (ver Quadro

1) refere 11 anos de formação, em média, deduzindo-se que, provavelmente, essa legislação não foi abordada durante a Graduação desses respondentes. Por este motivo, alguns autores preconizam que esse tema deveria ser objeto de reflexão e educação permanente nas instituições prestadoras de assistência à mulher (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

Os discursos obtidos também fizeram alusão ao plano de parto, o qual viabiliza a autonomia e respeito às decisões da mulher, em especial quanto à diminuição de intervenções desnecessárias.

*“Discutir com a equipe seu parto e pré-natal, **respeitando** plano de parto e escolha do tipo de parto”*

*“**Decidir** o porquê de certas condutas [...] com diminuição ou ausência da instrumentalização e uso restrito de episiotomia, **extinguindo** lavagem intestinal e tricotomia.”*

Porém, Moura et al. (2007), não observaram a mudança no paradigma intervencionista, mas destacam a importância de os profissionais se capacitarem para atuar com respeito aos clientes, com ética, resgatando o papel ativo da mulher no processo parturitivo.

Os temas envolvendo alojamento conjunto, aleitamento materno e amamentação, foram muito pouco citados; este fato talvez se deva ao pouco tempo de implantação das leis que incluem esses itens, como a Rede Cegonha (BRASIL, 2011), por exemplo.

Em 2016, foi lançado outro dispositivo que aborda o Alojamento Conjunto e Amamentação (BRASIL, 2016), porém com princípios e objetivos já anteriormente incentivados pelo Ministério da Saúde visando à diminuição da morbimortalidade materna e neonatal.

Podemos dizer que os dispositivos legais se complementam para uma assistência adequada, promoção da saúde e prevenção de danos. Contudo vimos como os sujeitos abordados nesta pesquisa conhecem de forma fragmentada, as leis e os objetivos do Ministério da Saúde.

Há ainda uma porcentagem relevante dos entrevistados nesta pesquisa que desconhecem os dispositivos legais, relatando muitas vezes o não acesso a essas informações. Saliente-se que buscar conhecimento técnico-científico é de responsabilidade do profissional, para evitar a imperícia e a imprudência (FREITAS; OGUISSO, 2003).

“Não conheço nenhuma lei e não me recordo número de leis, não tive acesso às leis. [...]. Não conheço as leis de humanização. Embora não tenha conhecimento das leis, acredito que as mesmas devem e são cumpridas.”

Neste estudo alguns profissionais relatam a impossibilidade de seguir as preferências das gestantes de alto risco ou de outras pacientes que opinam sobre

a necessidade de determinados exames. Estudo de REIS et al (2017), realizado em quatro hospitais que prestam atendimento à mulher no trabalho de parto no município de Cuiabá, Mato Grosso, detectou a prática de ações de humanização prestadas de forma parcial pelos profissionais da saúde, devido a rotinas centradas no médico, despreparo e desinteresse da equipe assistencial, similar aos discursos de alguns dos sujeitos deste estudo, que referem dificuldades dependentes da equipe de plantão e/ou do chefe de turno.

“[...] a prática de uma atenção humanizada ainda está longe de uma realidade de trabalho, principalmente em decorrência de normas e rotinas institucionais rígidas e do inadequado espaço físico das salas de pré-parto e parto.”

Por outro lado, um dos respondentes deste estudo mencionou não ter dificuldades em aplicar os dispositivos legais no ambiente de trabalho.

“Sempre se chega ao acordo com uma boa conversa, aberta e franca. [...] mas já atuei em hospitais e sempre que precisou de algum tipo de denúncia e ou outro tipo de intercorrência sempre foi tranquilo. Nossa hospital trabalha na humanização”

Há ainda sujeitos deste estudo que relatam trabalhar na atenção básica e não ter contato com parto, mas referem prestar assistência adequada e humanizada, oferecendo informações e bem-estar às gestantes. A atenção humanizada no pré-natal é imprescindível pois é ambiente propício para fornecer informações essenciais e estimular a autonomia feminina, fortalecendo a mulher para o parto (REIS, 2017).

Quando questionados sobre a possibilidade de as parturientes opinarem sobre a realização ou não da episiotomia, em muitos dos discursos obtidos os sujeitos alegam que a decisão de tal procedimento faz parte da conduta médica, além de afirmarem que a paciente não tem conhecimento técnico para opinar sobre essa questão.

“Nesse ponto acho que saber a necessidade da episiotomia é da alçada do médico [...] neste caso deverá ser avaliado a necessidade, as condições clínicas da paciente e do bebê. Sendo a paciente [...] muito bem esclarecida quanto aos riscos caso seja realizada”.

“Opinar sempre é válido, porém a paciente não tem conhecimento específico para decidir a real necessidade, [...] visto que a maioria sequer sabe sobre episiotomia.”

A episiotomia é, ainda, um dos procedimentos mais difundidos no âmbito da obstetrícia, sendo justificada em alguns casos. Em contrapartida, este procedimento além de provocar maior perda sanguínea, não previne traumas perineais, podendo inclusive aumentá-los. (OLIVEIRA E MIQUILINI, 2005).

Já sobre a possibilidade de opinião na indução do parto, um terço dos discursos obtidos alegam ser decisão do médico, e outros mencionam que a cliente deve ser orientada sobre a importância da indução medicamentosa... priorizando o protocolo, como mostra o DSC abaixo.

*“Acredito ser fundamental o conhecimento sobre indução para que possa opinar [...] a paciente não pode opinar contra protocolos [...] e não tem conhecimento específico para decidir a real necessidade [...]. Manter essa parturiente sempre informada do risco e benefício de uma indução bem indicada, **para** [...] condução do parto.”*

*“Devemos avaliar e orientar essa parturiente sobre a importância da indução naquele momento [...] pois **para** algumas parturientes a indução conduz melhor o trabalho de parto [...]”*

A indução medicamentosa do parto, da mesma forma que a episiotomia, nem sempre traz benefícios para condução do mesmo, sendo responsável pelo aumento da dor e restrição da mulher ao leito; leva a períodos mais longos de trabalho de parto e contrações nem sempre eficazes por interferirem com a dinâmica natural do útero (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005); leva, quase sempre, à necessidade de episiotomia, que é desnecessária caso as boas práticas sejam adotadas.

O modelo de atenção obstétrica no Brasil, como se pode observar, coloca como prioridade uma conduta médica muitas vezes defasada e distorcida. (AQUINO, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 80, juntamente com o Ministério da Saúde (na década de 90) tem elaborado recomendações e manuais técnicos para as boas práticas na assistência obstétrica, porém os mesmos não têm sido efetivos (LEAL at al, 2014). Encontram-se ainda hoje taxas altíssimas de episiotomia, indução do parto, posição litotômica, restrição hídrica e alimentar no trabalho de parto e prevalência de cesarianas acima do razoável, segundo a OMS. Por outro lado, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, mais seguros para mãe e bebê, acessíveis em qualquer instituição pois são de baixo custo, ainda não são implantados na maior parte dos hospitais e são pouco valorizados pelos profissionais.

Em contrapartida, neste estudo, alguns sujeitos concordaram que a gestante deve opinar sobre episiotomia e em relação à indução do parto.

*“A gestante tem o direito de recusar qualquer medicação, acho que depois de empoderar a paciente sobre benefícios e riscos ela tem autonomia para escolher [...] desde que não coloque em risco a vida do recém-nascido ou sua própria segurança. [...] Acredito que paciente e médico devem entrar em acordo, **pois**, [...] a indução do parto deveria ser aceita e não imposta.”*

Um trabalho análogo a este, publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem, menciona o esforço para se resgatar o parto como processo natural, que dispense, sempre que possível, procedimentos desnecessários e dando o direito de escolha e respeito à autonomia da mulher (GUIMARÃES et al.; SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

Houve discrepância quanto à aplicação da humanização no ambiente de trabalho: alguns discursos afirmam que a prática é humanizada, outros mencionam

que ela é aplicada parcialmente por encontrar resistência por parte de outros profissionais da equipe, mostrando ainda subserviência de algumas categorias profissionais em relação aos médicos.

[...] o ambiente se torna mais harmonioso. [...] Onde eu trabalho vejo a “humanização” sempre presente. [...] Existe uma parceria muito boa entre enfermagem, médicos e pacientes, e a maioria das pessoas, as quais conheço a fazem com muita “humanização” ou empatia. [...] Mesmo com alto volume de atendimento e parto creio que a maioria das pacientes que são atendidas, ficam felizes quanto aos médicos no geral.”

“A humanização é realizada parcialmente, no entanto ela necessita melhorar muito e precisa ser de toda equipe [...] ainda há médicos que não estão inteirados. [...] Temos muito o que melhorar e estar dispostos a mudanças para exercer humanização [...] acredito que a enfermagem é mais humana no atendimento.”

[...] Ainda há um grande olhar de preconceito, [...] necessitamos reverter o processo negativo de violência obstétrica sofrida pelas mulheres.”

Pode-se observar um movimento realizado em direção à humanização por parte da equipe de enfermagem, visto que é a classe de profissionais mais propensa às práticas humanizadoras, por ter o cuidado ao ser humano como sua principal atribuição (ALMEIDA, GAMA; BAHIANA; 2015).

Contudo, ainda existem muitas barreiras para se efetivar a mudança do paradigma da assistência. Exemplo é a falta de estrutura física, apontada em muitos dos discursos aqui obtidos, para comportar o acompanhante da parturiente bem como para se promover ações não farmacológicas para alívio da dor em muitas maternidades, como descrito nos discursos obtidos.

Nota-se um conceito de humanização, algumas vezes, equivocado por parte da equipe de assistência ao ciclo gravídico-puerperal; não é compreendido ainda que o parto é um momento extremamente importante da vida daquela mulher-mãe e do nascituro; e que o essencial é proporcionar conforto, acolhimento e segurança para a mulher. E que esses cuidados não exigem tecnologias avançadas, altos investimentos econômicos ou estrutura física luxuosa, mas sim reflexão conjunta dos atores para mudança gradativa nas práticas de relacionamento interpessoal.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção sobre “humanização” dos profissionais, segundo os discursos obtidos, é fragmentada e nem sempre, condizente com as diretrizes previstas na legislação vigente. Demonstra, no geral, pouco conhecimento da legislação publicada e divulgada desde 1998. Além disso, ficou evidente em grande parte dos discursos, a desvalorização da opinião da mulher e da família, personagens fundamentais no processo do parto.

Grande parte dos discursos reunidos (DSC) privilegiam condutas e procedimentos da rotina institucional, que quase sempre são invasivos e visam a acelerar artificialmente o processo do parto.

Entende-se que as Universidades são responsáveis por formar opinião. Daí a premência da transformação no modelo de ensino; urge que este seja baseado em evidências científicas e não em rotinas convencionais.

É necessário que toda a equipe de saúde tome para si a responsabilidade de resgatar os princípios de humanização na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, resgatando o caráter fisiológico do nascimento, estimulando a autonomia da mulher e incorporando seus saberes, cultura e valores ao cuidado prestado.

As instituições de saúde têm como dever, a capacitação e atualização dos profissionais que nela atuam e que as representam perante os clientes; têm ainda a obrigação de fiscalizar constantemente para que se cumpram os dispositivos legais vigentes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.D.C, GAMA, E.R, BAHIANA, P.M. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Rev Enfermagem Contemporânea**. 2015. v4(1):79-90. Jun 2015 [citado em 2018 24 de julho]; 4(1):79-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30(Suppl 1): S8-S10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a lei 8080 de 19 de setembro de 1990 para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato no âmbito no sistema único de saúde. Diário oficial da União 8 Abr de 2005; Sessão I: 1 .

BRASIL – Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109.

BRASIL – Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 24 out. 2016; Seção 1:120.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 25 jun 1986.

CASTRO, de J.C; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. 2005 Dez; 13(6): 960-967. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600007&lng=en.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Principais legislações para o exercício da enfermagem.** 3ºed. São Paulo: COREN, 2015. p. 24-25.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2005 Set; 10 (3): 699-705. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300026&lng=en.

FREITAS, G.F; OGUISSO, T. Ocorrências éticas na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2003 dez [citado 2018 julho 24]; 56(6):637-639. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000600009>.

GENTILE, F.P; FILHO, G.N; Almeida, CA. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Caderno de Saúde Pública**. 13(2): 221-226, 1997.

LEAL, M.C; PEREIRA, A.P.E; DOMINGUES, R.M.S; MADEIRA, F.M.M.T; DIAS, M.A.B; NAKAMURA, M.P; at al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de baixo risco. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30 (Supl 1): S17-S32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A.M.C. O sujeito coletivo que fala. **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2006 Dez; 10(20): 517-524. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71672007000400018&lng=en.

MOURA, F.M.J.S.P; CRIZOSTOMO, C.D; NERY, I.S; MENDONÇA, R.C.M; ARAÚJO, O.D; ROCHA, S.S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. 2007 Ago; 60 (4): 452-455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

OLIVEIRA, S.M.J.V de; MIQUILINI, E.C.. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2005 Set; 39(3): 288-295. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>.

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1985. Appropriate technology for birth. **Lancet** 24;2(8452):436-

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1996. Care in normal birth; a practical guide. Maternal and Newborn Health /Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. Genebra; **World Health Organization** 32832006000200017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.

REIS, T.L.R; PADOIN, S.M.M; TOEBE, T.F.P; PAULA, C.C; QUADROS, J.S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017 mar;38(1):e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

SÃO PAULO. **Lei nº 10.241 de 17 de março de 1999.** Dispõe sobre direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Diário oficial executivo 18 mar de 1999; p. I, V109. N51.

SOUZA, T.G. de; GAÍVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online) [Internet]. 2011 Set; 32(3): 479-486. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000300007>.

PERFIL E DISCURSO DOS DISCENTES SOBRE AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E DO PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Luana Salvador de Lemos

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas
Recife - Pernambuco

Joselma Cavalcanti Cordeiro

Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências Médicas
Recife – Pernambuco

RESUMO: A Graduação em Saúde Coletiva teve início em 2009 no Brasil, desde então, universidades vem construindo seus Projetos Pedagógicos baseados nas discussões das Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas em 10/08/2017. Este trabalho objetivou identificar o perfil dos discentes e o seu entendimento sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da Graduação em Saúde Coletiva (GSC) da Universidade de Pernambuco (UPE). Trata-se de uma pesquisa de abordagem quali-quantitativa. Os dados foram coletados no mês de maio de 2017 através de entrevista semiestrutura e o questionário, apresentando como proposta de análise, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O público alvo foram os 42 discentes das 04 primeiras turmas do GSC. Nos resultados, o perfil dos discentes demonstrou predominância:

no sexo feminino; na idade de 20 < 29 anos; no ensino médio completo quanto à escolaridade dos pais; a maioria dos discentes não trabalha; estudaram o ensino médio em escola privada; residem na capital e Região Metropolitana do Recife; não possuem outros cursos; e o nível de renda da família foi de 1 a 3 salários mínimos. Nas entrevistas, a maior parte dos entrevistados conhecia superficialmente tanto as DCN quanto o PPC. Em relação à orientação das DCN no PPC se dividiu em: concordância que a mesma o orientou; e alguns estudantes opinaram que as DCN não orientou totalmente o PPC. Sobre o processo de divulgação, os discentes concordaram que a divulgação destes dois instrumentos é essencial, porém, há necessidade de uma maior abrangência dos meios de acesso.

PALAVRAS-CHAVE: Discentes; Perfil; Saúde Coletiva; Diretrizes Curriculares Nacionais; Projeto Pedagógico.

PROFILE AND DISCUSSION OF STUDENTS ON NATIONAL CURRICULUM GUIDELINES AND THE PEDAGOGICAL PROJECT OF THE COLLECTIVE HEALTH GRADUATION COURSE OF THE PERNAMBUCO

ABSTRACT: The Graduation in Collective Health is recent in Brazil, since then universities have been discussing and building their Pedagogical Projects based on the National Curriculum Guidelines. This study aimed to identify the profile of students and their understanding of the National Curriculum Guidelines (NCG) and the Pedagogical Course Project (PCP) of the Collective Health Graduation (CHG) of the University of Pernambuco (UPE). This is a qualitative research with a descriptive approach. Data were collected in May 2017 through the semi-structure interview and the questionnaire, presenting as a proposal for analysis, the Collective Subject Discourse (CSD). The target audience were the 42 students from the first four GSC classes. In the results, the profile of the students showed predominance: in females; at the age of 20 <29 years; in high school complete with parental education; most students do not work; studied high school in a private school; reside in the capital and metropolitan region of Recife; have no other courses; and the family income level was 1 to 3 minimum wages. In the interviews, most interviewees were superficially aware of both NCG and PCP. Regarding the orientation of the NCG in the PCP, it was divided into: agreement that it oriented it; and some students opined that NCG did not fully guide the PPC. Regarding the disclosure process, the students agreed that the disclosure of these two instruments is essential, but there is a need for a wide range of means of access.

KEYWORDS: Students; Profile; Public health; National Curriculum Guidelines; Pedagogical project.

INTRODUÇÃO

A formação de sanitarista em graduação e a implantação de cursos para a mesma vem sendo discutida ao longo da década de 90, por intermédio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), oriundo das ponderações dos profissionais da área de saúde e da academia, e dos documentos produzidos pela Organização Pan-americana da Saúde. Visto que, para o Sistema Único de Saúde e toda a sua organização, há uma necessidade de um profissional que esteja engajado e qualificado para as demandas oriundas do mesmo (FERREIRA et al., 2013).

A adoção do Curso de Graduação em Saúde Coletiva nas regiões do Brasil, atualmente, há 23 cursos em desenvolvimento distribuídos nas cinco regiões brasileira, ratifica a importância das Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Pedagógico do curso supracitado, como instrumentos norteadores e construtivos da formação do profissional sanitarista (FERREIRA et al., 2013).

Com base na Constituição de 1988, que representou um marco histórico no Brasil, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), veio para responder a

necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, diferente do biomédico e, com os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Para isto, surgiu a necessidade de um novo perfil de profissional da saúde tendo as referências para as demandas da população, desencadeando assim a emergência de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde (MOREIRA; DIAS, 2015).

No parecer CNE/CES nº 1.133/2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais dão as orientações, que devem ser articuladas com a Instituição de Educação Superior (IES) para a construção dos currículos. Buscando flexibilidade, diversidade e qualidade nas formações dos estudantes graduandos, com o propósito de prepará-los para responder aos processos de transformações que a sociedade apresenta, como as do mercado de trabalho e as do exercício profissional. Para os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva as DCN foram aprovadas pelo Ministério da Educação em 10/08/2017(PARECER CNE/CES Nº: 242/2017).

As Diretrizes Curriculares propõe que os currículos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referencias nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária (BRASIL, 2001).

Assim, considerando-se as DCN como instrumento norteador para a implantação dos cursos, o Projeto Pedagógico de Curso constitui-se como um documento de orientação para o fazer educativo, contendo o objetivo do curso, o perfil, as competências e habilidades.

O Curso de Graduação em Saúde Coletiva foi implantado na UPE no segundo semestre de 2013, apresenta um projeto que busca capacitar para os processos de gestão e coordenação dos serviços, desenvolvimento de ações com o propósito da prevenção/vigilância e de promoção da saúde, utilizando o método de educação em saúde e, para tal dispõe de uma proposta pedagógica baseada no currículo integrado, tendo a inserção dos estudantes na prática desde o 1º período, e a contemplação de todos os níveis do sistema de saúde (FERREIRA et al., 2013).

O presente estudo com o propósito de contribuir com o aprimoramento do GSC, recém implementado na UPE, partiu da seguinte questão: Qual o perfil dos discentes e seu entendimento sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descrito com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados foi realizada durante o mês de maio do ano de 2017 na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram o questionário, quanto às informações do perfil, enviado por e-mail de cada estudante e a entrevista semiestruturada apresentando 05 questões analisadas através da proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. Lefèvre e Lefèvre (2005) define o Discurso do Sujeito Coletivo como uma estratégia metodológica que a partir das pesquisas sociais empíricas de opinião, mediante perguntas abertas, reuni depoimentos coletivos, que são redigidos na primeira pessoa do singular.

O público alvo foram os 42 discentes das 04 primeiras turmas do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco. O CGSC da UPE possui 20 vagas, e apresenta apenas a segunda entrada devido a algumas dificuldades, por exemplo, a infraestrutura e recursos humanos, e mesmo com poucas vagas, 50% / 60% dos estudantes desistem do curso ao decorrer do tempo, uns principalmente nos primeiros períodos (PERNAMBUCO, 2014).

Todas as etapas desta pesquisa estiveram em concordância aos critérios éticos preconizados segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos foram convidados a participar desta pesquisa e, em aceitando, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfis dos discentes

A questão do perfil dos discentes é essencial, devido a apresentar uma visão de conhecimento destes sujeitos sociais que estão desenvolvendo papéis importantes na construção do curso de Graduação em Saúde Coletiva na UPE, não somente referente a isto, porém também como futuros profissionais de saúde.

Na tabela 1, foram participantes desta pesquisa, os alunos das quatro primeiras turmas do curso de Graduação em Saúde Coletiva da UPE, do total de 42 estudantes, tivemos 40 que participaram da entrevista e 38 do questionário. Devido aos questionários terem sido enviados ao e-mail de cada estudante, o motivo de não adesão foi: a indisponibilidade de tempo para a resposta durante o período solicitado. Mas ainda assim a quantidade de participantes foi satisfatória tanto nas entrevistas quanto nos questionários.

Estudantes por turma	Participaram				Não participaram			
	Entrevista		Questionário		Entrevista		Questionário	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Primeira Turma (9)	8	20,0	7	18,4	1	50,0	2	50,0
Segunda Turma (11)	11	27,5	11	28,9	-	-	-	0,0
Terceira Turma (12)	11	27,5	11	28,9	1	50,0	1	25,0
Quarta Turma (10)	10	25,0	9	23,7	-	-	1	25,0
Total (42)	40	100,0	38	100,0	2	100,0	4	100,0

Tabela 1. Distribuição dos estudantes da Graduação em Saúde Coletiva da UPE, segundo participação na pesquisa. Recife, 2017.

Fonte: Elaboração própria dos autores. 2017.

Na tabela 2, abaixo, na distribuição dos estudantes da graduação em saúde coletiva da UPE, segundo sexo e turma, o sexo feminino é majoritário em todas as turmas com o valor de 85,7 %, destacando-se a terceira turma. Essa questão da quantidade de mulheres dos cursos de saúde, foi demonstrada também na pesquisa de Lorena e Akerman (2016), na qual notou-se que 65% dos 80 estudantes do curso de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) é do sexo feminino.

Turma	Feminino		Masculino		Total	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
Primeira turma	9	21,4	-	-	09	21,4
Segunda turma	9	21,4	2	4,8	11	26,2
Terceira turma	12	28,6	-	-	12	28,6
Quarta turma	6	14,3	4	9,5	10	23,8
Total	36	85,7	6	14,3	42	100,0

Tabela 2. Distribuição dos estudantes da Graduação em Saúde Coletiva da UPE, segundo sexo e turma. Recife, 2017.

Fonte: Elaboração própria dos autores. 2017

Na Tabela 3, nota-se que a idade dos estudantes do curso de saúde coletiva está entre vinte e vinte nove anos para todas as turmas do curso. Sendo assim, este perfil de ingresso entra em concordância com os demais cursos de graduação, com os estudantes entrando no curso após finalizar o ensino médio. O que também foi apresentado na pesquisa com os graduandos do curso de Saúde Pública da USP, onde a idade da maioria, variou de 20 a 29 anos (LORENA e AKERMAN, 2016).

Faixa etária	Turma							
	Primeira turma		Segunda turma		Terceira turma		Quarta Turma	
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)
< 20 anos	-	-	-	-	-	-	6	75,0
20 a 29 anos	7	100,0	9	81,8	12	100,0	2	25,0
30 anos e +	-	-	2	18,2	-	-	-	-
Total	7	100,0	11	100,0	12	100,0	8	100,0

Tabela 3. Distribuição dos estudantes da Graduação em Saúde Coletiva da UPE, segundo turma e faixa etária. Recife, 2017.

Fonte: Elaboração própria dos autores. 2017.

A escolaridade é uma importante variável na pesquisa, devido a que estas informações são necessárias para se conhecer o nível educacional dos pais, subsidiando a compreensão do contexto social do estudante.

A pesquisa intitulada “Estudantes de graduação em saúde coletiva – perfil sócio demográfico e motivações” realizada em 2013 por Castellanos et al. apresentou quanto à escolaridade dos pais dos estudantes, que a categoria fundamental incompleto mostrou maior valor, sendo o pai com 29,9 % e a mãe com 24,6 %. Em comparação com o perfil dos discentes do CGSC da UPE, nota-se que diverge com a pesquisa supracitada, visto que a categoria de escolaridade que se sobressai é a do ensino médio completo demonstrando um valor de 47,4 % da mãe, e 45,7 % do pai.

A adolescência é a fase da vida onde os jovens passam por várias transições, e escolhas importantes, como qual carreira seguir e qual ocupação profissional exercer. Esta característica decisiva é influenciada pela sociedade, pela família, e pelos próprios jovens, que na maioria das vezes, acaba culminando em indecisões de qual curso escolher para sua futura profissão (ARAÚJO; LUNARDI; SILVEIRA; THOFEHRN; PORTO, 2011).

Além da pressão social no estudante para terminar o ensino médio para ingressar numa universidade pública/faculdade, o trabalho apresenta-se, também, como uma necessidade para se estabelecer economicamente e socialmente para muitos estudantes. No nosso estudo, nota-se que a maioria, 71 %, não exercem atividade remunerada, e 29 % a fazem. Na visão dos estudantes de saúde coletiva, este fato de exercer um trabalho, às vezes, dificulta na realização de algumas atividades, como as complementares, o que influencia no desenvolvimento acadêmico requisitado.

O censo de educação superior de 2014 realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) apresentou que 82,4

% dos ingressantes dos cursos de graduação são originários da rede privada, equivalendo a mais de 4/5 do total dos universitários. Este fato também é observado no curso de graduação em saúde coletiva, onde 53 % dos estudantes vieram de escolas privadas.

O censo demográfico de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostrou que quanto ao nível superior, 29 % dos estudantes se deslocam da sua cidade para estudar. Este dado supracitado está relacionado, também, com a realidade dos estudantes que residem no interior, onde há uma dificuldade na locomoção até a universidade, alguns optam em mudar-se de local para facilitar o processo de locomoção ou se adequar a realidade familiar.

Para os nossos estudantes, a procedência do interior foi para 23,7 %, e o local atual de residência é a Região Metropolitana para 52,6 %, ou seja, a maioria. Lembrando-se que em poucos casos, os estudantes já haviam feito à mudança do local que residem, antes de ingressarem na universidade.

Uma matéria produzida pelo site caderno do ENEM em 2017, explica as vantagens dos cursos diurnos, dentro delas, estão: segurança, conciliação estudo e trabalho, conciliação com outras atividades, disponibilidade em acordar cedo para estudar, e diminuição da vida social noturna. Em razão disto, o fato do curso de graduação em Saúde Coletiva na UPE ser ofertado no período da manhã, é tido como oportunidade para alguns estudantes conciliarem o horário para cursarem outro curso sendo ele técnico ou superior. Observa-se que 26 % dos discentes possuem outros cursos, o que também está articulado com a idade dos ingressantes/alunos.

Uma pesquisa realizada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES) mostrou que dois terços dos estudantes universitários originam-se de um núcleo familiar com renda média de 1,5 salário mínimo. Em relação aos estudantes de Saúde Coletiva da UPE, é observado que 59,4 % apresentaram um nível de renda da família de 1,5 a 3 salários mínimos.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Motivo da escolha do curso de graduação em Saúde Coletiva

Quanto à escolha do curso, sabendo que isto influencia no engajamento dos estudantes ao curso, respondendo ao segundo objetivo específico da pesquisa, três ideais centrais foram destacadas nas falas dos entrevistados, que foram coincidentes com os resultados relatados pelos estudantes de graduação do curso de Saúde Pública na USP na pesquisa realizada por Lorena e Alkerman em 2015, quanto ao desconhecimento ante um curso novo, a dificuldade de acesso à

primeira opção, e a influência de familiares e amigos.

A primeira referente ao curso ter sido escolhido como segunda opção de escolha no processo de inscrição. Os estudantes relataram que seus objetivos eram outros, assim como os cursos que queriam cursar (biomedicina, medicina, história, enfermagem, serviço social), e que o curso de saúde coletiva servia como uma garantia de entrada na universidade.

Ideia Central: segunda opção de escolha

DSC 1: Não era a minha primeira opção de curso, minha primeira opção era outra. Eu vi que tinha essa opção de saúde coletiva, e, dentre as opções era o que eu mais tinha me identificado, porque era relacionado à saúde.

A segunda se refere ao desconhecimento do mesmo, devido ao curso de graduação em Saúde Coletiva ser novo tanto na Universidade de Pernambuco quanto no Brasil, as informações sobre o mesmo ainda são limitadas, um dos motivos sobre o desconhecimento do curso e da sua proposta.

Ideia central: desconhecimento do curso

DSC 2: Ao chegar a época do vestibular, estava indeciso em qual curso escolher. No processo de inscrição, dentre as opções, vi a opção de curso Saúde Coletiva. Não sabia do que se tratava e fui pesquisar sobre, porém as informações referentes ao curso eram escassas, só depois pesquisei no site da UPE, onde a descrição é mais abrangente.

A última questão apontada foi à escolha do curso, ter sido influenciada por amigos e parentes, que já ouviram e conhecem o curso.

Ideia central: escolha do curso por influência de pessoas próximas

DSC 3: Escolhi o curso de Saúde Coletiva, devido a ter referência de pessoas que conhecia e/ou fizeram o curso. Não conhecia ao certo qual era o propósito do curso, porém a influência de amigos e familiares auxiliou na escolha e nas perspectivas em relação a ele.

Conhecimento sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Pedagógico do curso de graduação em Saúde Coletiva

Alicerçando ao fato de que a graduação em Saúde Coletiva não apresenta uma década de implantação no âmbito nacional e estadual, e o processo de construção dos instrumentos estruturantes como as Diretrizes Curriculares Nacionais e o Projeto Pedagógico do curso serem atuais, uma das causas que proporcionam uma busca por novos saberes e conhecimentos para alguns estudantes, porém, para outros, não.

Dito isto, o desconhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais e/ou do Projeto Pedagógico do curso foi um dos pontos relatados nas falas dos seguintes

entrevistados.

Ideia central: desconhecimento das DCN e/ou do PPC

DSC 4: Não tenho conhecimento sobre, porém já ouvi falar em reuniões sobre o reconhecimento do curso, entretanto, não li estes documentos.

Em contrapartida, alguns estudantes afirmaram que possuem pouco conhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais e/ou do Projeto Pedagógico do curso logo no início do curso, ou ao decorrer dele.

Ideia central: Algum conhecimento sobre as DCN e/ou do PPC

DSC 5: Conhecer, eu conheço um pouco. Recordo-me no início do curso, que acompanhei e li sobre, porém bem por cima, não tão profundamente. Lembro de algumas áreas que continha no documento, como a gestão, a educação, e a atenção à saúde.

Alguns discentes referenciaram o Módulo Interprofissional (MI) vivenciado no primeiro período como um incentivador para conhecer as DCN e o PPC.

Ideia Central: conhecimento das DCN e/ou do PPC através do MI

DSC 6: Conheci os documentos através do Módulo Interprofissional, principalmente o Projeto Pedagógico do Curso. Alguns trabalhos sobre o PPC foram elaborados, como requisito no módulo.

Mesmo que o CGSC e o Módulo Interprofissional (MI) iniciaram em 2013.2, observamos que houve três posições dos alunos frente ao conhecimento do PPC e das DCN: os que não conheciam; os que conheciam um pouco; e os que conheceram um pouco durante o módulo interprofissional. Ressaltamos a influência do PET/Graduasus/Pro-saúde que subsidiou na discussão das DCN e o PPC para o nosso curso.

Entendimento do conhecimento dos alunos quanto às Diretrizes Curriculares Nacionais como orientação do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UPE

A importância das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) tanto para os cursos de saúde, quanto para o curso de graduação em Saúde coletiva é essencial, pois orienta na construção do curso e nos seus princípios. Desta maneira, saber o entendimento dos estudantes sobre esta importância é crucial, já que os mesmos são sujeitos sociais no desenvolvimento do CGSC na UPE.

Observou-se que o entendimento da orientação das DCN no PPC da UPE, foi de acordo com o conhecimento dos discentes referente aos instrumentos supracitados, com a vivência e quanto ao que já ouviram falar a respeito, onde

sugiram três ideias centrais.

Na primeira, os alunos relataram que acreditam/acham que as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de SC orientou a proposta do Projeto Pedagógico do curso na UPE.

Ideia central: PPC orientado pela DCN

DSC 7: Acredito que sim, até porque as Diretrizes Curriculares Nacionais é um documento nacional, padrão. Então, para reconhecimento do curso da UPE, eles devem basear-se nos subsídios necessários para construção do curso, pois é necessário.

Na segunda, foi levada em conta que o curso está em construção, e a cada semestre – se necessário – há algumas mudanças para o seu fortalecimento, também foi pautada.

Ideia Central: PPC orientado parcialmente pela DCN

DSC 8: Foi o pontapé inicial para começar o curso na universidade, porém o curso está em construção. Considero que com o passar do tempo propostas vão surgindo, e é necessária a discussão do curso correlacionando com as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Como terceira ideia central, algumas críticas foram levantadas quanto à orientação das diretrizes no projeto pedagógico do curso.

Ideia central: críticas quanto à orientação da DCN no PPC

DSC 9: Acredito que como as Diretrizes Curriculares Nacionais foram aprovadas não há muito tempo, logo o primeiro Projeto Pedagógico do Curso não foi tão orientado assim. Houve algumas reuniões sobre os eixos do curso, entretanto, algumas áreas estão a desejar quanto ao âmbito nacional. A estrutura do curso não tem um objetivo estabelecido no projeto, porém o curso está em andamento.

Desta forma foi observado, que como as DCN estavam sendo desenvolvidas neste período (PARECER CNE/CES N.242/2017), e o PPC também vem sendo atualizado, os alunos apresentaram compreensão deste processo de adaptação entre um e outro documento.

Identificação da forma de divulgação e dos meios de acesso as Diretrizes Curriculares Nacionais e ao Projeto Pedagógico do curso de graduação em Saúde Coletiva

Os meios de acesso e divulgação tanto das DCN e do PPC é primordial para o fortalecimento e conhecimento aprimorado do curso e seus princípios. Sendo assim, nesta pesquisa, procurou-se saber tais meios e a importância de sua divulgação, respondendo ao quarto objetivo específico.

Em relação aos meios apareceram duas ideias centrais. Na primeira foi observado que o e-mail foi o meio de acesso mais ressaltado pelos os mesmos, assim como a ABRASCO, eventos e a própria internet. Na segunda foi pautada a necessidade de abrangência de outros meios (e estratégias) de divulgação e acesso para melhor esclarecimento da proposta e estrutura do curso.

Ideia central: meios de divulgação e acesso das DCN e do PPC

DSC 10: Lembro que o Projeto Pedagógico do Curso foi disponibilizado via e-mail pelos professores logo no primeiro período. Dentre outras formas, em congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), e em encontros dos estudantes de Saúde Coletiva.

Ideia central: necessidade de outros meios de divulgação e acesso das DCN e do PPC

DSC 11: Acredito que é importante divulgar, para assim o aluno conhecer mais sobre curso, o seu perfil, e as diretrizes. Há a necessidade de expandir a divulgação para além das redes sociais, como em congressos, banners, panfletos. Buscar meios que sejam interessantes para oferecerem informações aos estudantes.

Quanto à importância da divulgação, os estudantes enfatizaram a necessidade de melhorá-la, e de que assim pode auxiliar tanto no desenvolvimento do curso quanto na evasão do mesmo.

Ideia central: importância da divulgação

DSC 12: A divulgação é importante e necessária desde o primeiro período, ao chegar ao curso. É importante tanto para os que estão cursando quanto para os que tem interesse em cursá-lo. Acredito que ao entender melhor o curso, o profissional que ele forma e sua proposta, haverá uma maior procura por vagas nas graduações.

Concepção da atuação do sanitarista no processo de trabalho nos serviços de saúde

Os alunos relataram qual era a sua opinião sobre a atuação do sanitarista, apresentando nas falas duas ideias centrais, a primeira diz respeito às diversas áreas de local de trabalho, e a segunda sobre a importância deste profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para a população.

Ideia central: as áreas de atuação do sanitarista

DSC 13: O campo de trabalho do sanitarista é bem amplo. As áreas de atuação vão desde a atenção básica aos serviços de alta complexidade. O sanitarista atua nos âmbitos da gestão, planejamento, vigilância, educação popular, e dentre outras áreas a qual a pessoa se identificar.

Ideia central: importância do sanitarista para a sociedade

DSC 14: O papel do sanitarista é direto com a população. Vejo o sanitarista como um profissional importante para a sociedade, para o sistema de saúde, devido as causas e perspectivas que ele luta. O conhecimento e a integralização dos eixos de formação do sanitarista constituem uma mudança para preencher a lacuna que existe no serviço de saúde.

Concluindo, observamos através das falas dos entrevistados que os conteúdos, conhecimentos, e experiências durante a graduação em Saúde Coletiva na UPE, construíram a concepção do profissional sanitarista, incluindo a sua abrangência de atuação no processo de trabalho nos serviços de saúde, voltado para as necessidades da população e para as demandas que o SUS apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação do perfil e entendimento dos discentes sobre as Diretrizes Curriculares e do Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco permitiu conhecer como o acesso à informação é relevante na construção de um curso acadêmico.

Nos resultados, o perfil dos discentes demonstrou predominância: no sexo feminino; na idade de 20 < 29 anos; no ensino médio completo quanto à escolaridade dos pais; a maioria dos discentes não trabalha; estudaram o ensino médio em escola privada; residem na capital e Região Metropolitana do Recife; não possuem outros cursos; e o nível de renda da família foi de 1 a 3 salários mínimos.

A organização e a estruturação do curso de graduação em saúde coletiva constituem uma importante ferramenta para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde em âmbito nacional e estadual, e ressalta-se a necessidade de maior conhecimento, acesso, divulgação e participação nos instrumentos orientadores para os sujeitos envolvidos na graduação.

Neste sentido, é importante destacar a responsabilidade do profissional sanitarista, com formação interdisciplinar, como ator estratégico para atuar nos serviços de saúde, e serem agentes transformadores nas realidades dos territórios, para implementar políticas sociais comprometidas com a participação e o bem estar social, o que implicada na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Dois Terços dos Universitários das Federais tem renda familiar de 15 salário** mínimo. Disponível em: <<http://www.andifes.org.br/dois-tercos-dos-universitarios-das-federais-tem-renda-familiar-de-15-salario-minimo/>>. Acesso em: 16 de novembro de 2016.

ARAÚJO, A.C; LUNARDI, V. L; SILVEIRA, R. S; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A.R. **Transição da Adolescência para a Fase Adulta na Ótica de Adolescentes**. Revista de enfermagem: UERJ, Rio

de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):280-5.

BRASIL. Caderno do Exame Nacional do Ensino Médio. Curso diurno ou noturno: qual é o melhor?. Disponível em: <<http://cadernodoenem.com.br/fique-ligado/17-06-2017/curso-diurno-ou-noturno-qual-e-o-melhor.html>>. Acesso em: 15 dezembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **PARECER CNE/CES 1133/2001**. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **PARECER CNE/CES Nº: 242/2017**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CASTELLANOS, M. E. P. et al. **Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações**. *Ciência. saúde coletiva*: 2013, vol.18, n.6, pp.1657-1666.

FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso et al. **Anteprojeto para implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UPE**. Recife: UPE, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico - 2010**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=publicacoes>>. Acesso em: 08 de janeiro de 2017.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo de Educação Superior, ano 2014**. Disponível em: <<http://inep.gov.br/web/guest/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2017.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul (RS): Educs; 2005.

LORENA & AKERMAN. **Uma ou várias? Identidades para o sanitarista**. Editora Hucitec; 2016.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. **Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. Abcs Health Sciences**, [s.l.], v. 40, n. 3, p.300-305, 21 dez. 2015. NEPAS.

PERNAMBUCO. Universidade de Pernambuco. **Bacharelado em Saúde Coletiva**. Pernambuco: Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.upc.br/graduacao/cursospresenciais.html?view=article&id=447:bacharelado-em-saude-coletiva&catid=113:project-2>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2016.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: REFLEXÕES BIOÉTICAS

Juliane dos Santos Almeida

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

Sérgio Donha Yarid

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

Edite Lago da Silva Sena

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. Jequié, BA, Brasil.

aplicação destas práticas, e que as mesmas não são prescritivas, mas sim sugeridas, indicadas e encaminhadas pelos profissionais de saúde, através da comunicação interpessoal estabelecida. Destarte, a pesquisa demonstra a imprescindibilidade da formação continuada e da inserção temática da PICs nos cursos de graduação, bem como, o reconhecimento por parte dos gestores municipais a fim de expandi-la no escopo de suas ações voltadas a prevenção de agravos e promoção saúde no território.

PALAVRAS-CHAVE:

Terapias

Complementares; Saúde Pública; Ética; Cuidado.

INTEGRATIVE AND ADDITIONAL

PRACTICES IN THE CONTEXT OF HEALTH

PREVENTION AND PROMOTION: BIOETHIC

REFLECTIONS

ABSTRACT: The research aims to discuss the ethical responsibility in the use of Integrative and Complementary Practices (PICs), in the context of prevention and health promotion. Methodologically it is the theoretical-reflexive study from the literature review, subdivided into the following categories: Theoretical and legal

RESUMO: A pesquisa tem por objetivo discutir sobre a responsabilidade ética na utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), no contexto da prevenção e promoção da saúde. Metodologicamente consiste no estudo teórico-reflexivo a partir da revisão da literatura, subdividido nas seguintes categorias: Aporte teórico e legal das Práticas Integrativas e Complementares e Aspectos éticos na utilização das Práticas Integrativas e Complementares. Os resultados indicam que a inclusão das PICs no âmbito do SUS fomenta discussões ético-legais quanto ao exercício profissional na

support of Integrative and Complementary Practices and Ethical Aspects in the use of Integrative and Complementary Practices. The results indicate that the inclusion of PICs within the SUS fosters ethical-legal discussions regarding professional practice in the application of these practices, and that they are not prescriptive, but suggested, indicated and referred by health professionals through interpersonal communication. established. Thus, the research demonstrates the indispensability of continuing education and thematic insertion of PICs in undergraduate courses, as well as the recognition by municipal managers in order to expand it in the scope of their actions aimed at disease prevention and health promotion. in the territory.

KEYWORDS: Complementary Therapies; Public health; Ethic; Watch out.

1 | INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICs) configuram-se enquanto sistemas e recursos que visam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (TELESI-JÚNIOR, 2016; CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Diante de tais considerações, as PICs fundamentam-se enquanto uma maneira inovada de aprender e praticar saúde, contrapondo-se a uma visão cristalizada numa perspectiva biomédica, altamente tecnologicista e fragmentada, que por ora não dão conta do sujeito enquanto ser holístico. Assim, se torna parte de um processo alternativo e inovado de promover saúde com vistas à integralidade do cuidado (TELESI-JÚNIOR, 2016, SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014), tanto na prevenção quanto no tratamento de doenças, centrado na maneira singular como cada sujeito experiencia o processo saúde-doença, inclusive no que diz respeito ao cuidado de si (VARELA; AZEVEDO, 2014; AYRES, 2017, FUENTES, 2016).

Considerando suas bases legais, as PICs é instituída pela portaria n. 971, de 3 de maio de 2006, que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006), alterada por meio da Portaria n° 702, de 21 de março de 2018 para incluir novas práticas, reconhecidas como abordagem de cuidado por diversas categorias profissionais de saúde no país tanto nas esferas Estaduais, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2018).

Em confluência com a AB a PNPIC por meio de suas diretrizes e ações, esta pautada na promoção da saúde, humanização, educação popular e educação permanente de povos e comunidades, possibilitando além da incorporação das PICs em diferentes contextos, a ampliação no escopo das ações terapêuticas aos usuários do sistema (LOSSO; FREITAS, 2017). Do mesmo modo, a PNPIC infere

sobre a implantação dessas práticas na AB como recurso terapêutico colaborador na ampliação do acesso as mesmas, no aumento da resolutividade, e na continuidade do cuidado humanizado e integral (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Destarte, com o advento da PNPIc foram desenvolvidas tanto na esfera federal, estadual e municipal, o desencadeamento de políticas, programas, ações e projetos, com vista a institucionalização PICs, possibilitando o acesso a tais práticas pelo SUS, o que outrora restringia-se ao escopo da iniciativa privada ou conveniada de saúde (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014)

Entretanto, a inserção de tais práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) desvela-se como um desafio para os gestores públicos, tendo em vista o financiamento insuficiente, falta de espaço para execução de tais práticas, limitação nos recursos humanos capacitados, bem como a dificuldade de integrar as PICs e ao modelo biologicista vigente (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Tendo em vista a recomendação por parte da PNPIc quanto a importância da divulgação de conhecimentos básicos das PICs, tanto para os profissionais de saúde, quanto gestores e usuário sob responsabilidade da esfera estadual e federal (BRASIL, 2006). Estudos apontam para o quanto efêmero dessa propagação, diante da fragilidade no processo de formação, curso e capacitação envolto neste cenário, cuja insuficiência do conhecimento incita perspectivas equivocadas sobre a temática, impactando na desvalorização do seu alcance e prejudicando sua aplicabilidade (CARVALHO; NÓBREGA, 2017; LOSSO; FREITAS, 2017).

Destarte, a PNPIc encontram-se em fase de implementação e têm suscitado reflexões sobre as dificuldades encontradas quanto ao conhecimento, entendimento e à aceitação dessas práticas no âmbito do Sistema de Saúde vigente no Brasil, gerando dúvidas e desconfortos por parte dos profissionais da área (MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012 SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

Nesse contexto aponta-se para o seguinte questionamento: Quais as implicações éticas no que tange a responsabilização diante da utilização das Práticas Integrativas e Complementares? Diante de tais considerações, o presente estudo através de uma reflexão teórica consubstanciada a partir da revisão de literatura tem por objetivo discutir sobre responsabilidade ética na utilização das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), no contexto da prevenção e promoção da saúde. Ademais, tem o potencial de sugerir ideias fecundas a fim de investigar o campo das Práticas Integrativas e Complementares em saúde com novos delineamentos metodológicos.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, consubstanciado a partir de uma revisão de literatura, pautado no levantamento científico tendo como base a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se como estratégia de busca os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) conjugados pelo operador booleano AND: “terapias complementares” AND “ética”. No levantamento bibliográfico foram encontradas 642 publicações. Seguidamente para análise dos estudos, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: documentos disponibilizados na íntegra, em idiomas Português, espanhol e inglês, que versavam sobre Terapias Complementares e ética médica, publicados no período dos últimos 5 anos. E como critérios de exclusão: teses, monografias, materiais não convencionais, congresso e conferência. Sendo assim, a partir da leitura e análise dos estudos selecionados, considerou-se um total de 32 artigos. Desse modo, após a avaliação minuciosa do material elencado, evidenciaram-se artigos e diretrizes que serviram de embasamento teórico para as discussões narrativas desenvolvidas no presente estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Aporte teórico e legal das Práticas Integrativas e Complementares

O campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) se configuram enquanto um conjunto de práticas de cuidado, por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras, pautadas na humanização do cuidado e centradas na integralidade do sujeito, que não pertence ao escopo da medicina tradicional, para tanto contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que visam a estimulação dos mecanismos naturais no que tange a prevenção de agravos e a recuperação da saúde (BRASIL, 2013).

Suas origens remontam os anos 70, decorrente da I Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, em Alma Ata (1978), delineando as primeiras recomendações quanto à implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares em todo o mundo (TELESI-JÚNIOR, 2016; SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

No Brasil esse movimento ganhou força a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) (TELESI-JÚNIOR, 2016), legitimado e institucionalizado a partir da década de 80, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) considerando a descentralização e a participação popular, que possibilitou aos estados e municípios atuarem com maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde (GONTIJO; NUNES, 2017; BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva Telesi-Júnior (2016) faz referência aos diversos documentos e eventos nacionais, relatórios e portarias, decorrentes da VIII Conferência Nacional de Saúde, que compõe a trajetória de implantação das Práticas Integrativas, no sentido de regularizar a homeopatia, acupuntura, fitoterapia, o uso de plantas medicinais e a adoção de práticas corporais e meditativas, entre outras, por meio da criação de convênios e por diversos grupos de trabalho dedicados a elaborar projetos e políticas para a área.

Seguidamente, no ano de 2006, foi instituída em 3 de maio a portaria n. 971, que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mediante a inserção das respectivas práticas no SUS, isto é, medicina tradicional chinesa (MTC), acupuntura, plantas medicinais, fitoterapia, homeopatia e termalismo/crenoterapia, sugerindo novas perspectivas e ‘racionalidades médicas’ (GONTIJO; NUNES, 2017).

Diante do reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e incorporação das Medicinas Tradicionais e Complementares, denominadas pelo Ministério da Saúde do Brasil como Práticas Integrativas e Complementares, a portaria Nº 633, de 28 de Março de 2017, atualiza o serviço especializado de 134 PIC na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2017).

Do mesmo modo, através da necessidade de inclusão de outras práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC, aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonoterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia, por meio da portaria nº 702, de 21 de Março de 2018. Sendo estas, reconhecidas como abordagem de cuidado por diversas categorias profissionais de saúde no país tanto nas esferas Estaduais, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2018).

Desse modo, estrutura-se enquanto uma nova maneira de aprender e praticar saúde, caracterizadas pela interdisciplinaridade e por uma linguagem singular própria, na contramão de uma visão altamente ancorada no paradigma biomédico, tecnologicista e fragmentada que não dão conta multidimensionalidade do sujeito. Tornando-se parte de um processo renovado e alternativo de promover saúde mais aptos a cuidar do ser humano em sua totalidade (TELESI-JÚNIOR, 2016, SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

Diante disso, pesquisas demonstram que os modelos reducionistas e biologicistas, cristalizado no modelo biomédico, vem sendo questionados por sua restrição no que tange a incapacidade para lidar com as dimensões do ser biopsicossocial, apontando para as PICs como possibilidade de abordagem

na prevenção ou tratamento de doenças, com foco no estilo de vida pessoal e no cuidado de si (VARELA; AZEVEDO, 2014; AYRES, 2017, FUENTES, 2016), enquanto oferta de serviços terapêuticos, como também na combinação destes com os procedimentos terapêuticos tradicionais (FUENTES, 2016).

Diante de tais considerações, autores inferem sobre a insatisfação manifestada pelos usuários concernente a medicina tradicional nos serviços de saúde, nos últimos anos, tendo em vista seu caráter altamente tecnicista, bem como, o adoecimento decorrente dos efeitos colaterais dos tratamentos, e ausência de cura para algumas doenças. Isso posto, as PICs tornam-se opção atrativa para muitos usuários dos serviços de saúde (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

Além de promover a ampliação na concepção do processo saúde-adoecimento, as PICs caracterizam-se como estratégia propulsora diante paradigma assistencial hegemônico em saúde, produzindo e legitimando outras práticas e saberes em saúde. Centrada na autonomia do usuário no processo do autocuidado, no processo de desmedicalização, evidenciado a promoção da saúde das pessoas e coletividades em detrimento da doença (LOSSO; FREITAS, 2017). Pautado na compreensão holística do ser humano e na sua singularidade no processo saúde-adoecimento, a PNPI propõe a integralização da atenção à saúde, através da interação das ações e serviços existentes no sistema (FERREIRA et al., 2017).

Polar ao modelo biomédico as PICs volta-se a dimensão da terapêutica, e no aprofundamento dos problemas explicados contextualmente de acordo com o estilo de vida pessoal de cada sujeito. Curioso explicitar, que as pessoas que utilizam dessas práticas preocupam-se com a eficácia dessas terapêuticas em detrimento da científicidade dos recursos usados (FERREIRA et al., 2017).

No que tange a implantação das PICs, torna-se necessário o planejamento administrativo, político e institucional, por parte dos gestores municipais, junto aos profissionais e a sociedade civil, pautado na gestão participativa e democrática considerando as necessidades do território (LOSSO; FREITAS, 2017). Embora a PNPI fomente a implantação das PICs no âmbito do SUS, ainda não estabelece as ações e recursos necessários para o desenvolvimento de sua oferta, dificultando solidificar-se, tornando-se um desafio para os gestores em saúde (CAVALCANTI et al., 2014).

Do mesmo modo, estudos demonstram a fragilidade quanto a mensuração e avaliação das PICs em relação aos sistemas de informação atuais, que inviabilizam o registro adequado dessas práticas (SOUZA et al., 2012) e a subnotificação da oferta desses serviços (LOSSO; FREITAS, 2017).

Destarte, verifica-se o despreparo dos profissionais de saúde em relação as PICs, bem como, a vulnerabilidade no planejamento de sua implementação nos três níveis de atenção à saúde, decorrente da desvalorização dessa terapêutica por

parte da gestão, o que torna imprescindível capacitá-los e implementar programas que o efetivem (FERREIRA et al., 2017).

Tendo em vista a magnitude e multiplicidade do campo das PICs, articulado a diversos métodos terapêuticos, pautado em tecnologias leves e filosofias orientais, torna-se imprescindível uma atenção diferenciada por parte da equipe de saúde (FERREIRA et al., 2017). De modo que a PNPICT está pautada no desenvolvimento das PICs em caráter multiprofissional (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Destarte, ressalta-se que o objetivo da inserção das PICs na AB não é dispor do melhor tipo de cuidado, mas, configurar-se enquanto possibilidade alternativa e diversificada das práticas ofertadas no processo do cuidado. Haja vista que, os serviços que ofertam a medicina integrativa constituem-se enquanto campo propício para reconstruir o sentido da atenção à saúde, bem como, dos processos de trabalho das equipes, mesmo diante da predominância da racionalidade biomédica, num convívio sincrético e respeitoso dentro das lógicas distintas de cuidado (SCHVEITZER; ZOBOLI, 2014).

3.2 Aspectos éticos na utilização das Práticas Integrativas e Complementares

A literatura aponta para uma contemporaneidade fortemente ancorada no absolutismo tecnicista, o que deflete reflexões sobre o processo do cuidado (PESSINI, 2012). Neste aspecto, propõe-se a noção de cuidado como relação dialógica e dinâmica, em contraposição a uma perspectiva curativista, controladora e verticalizada pautada na relação estática objetificadora (KALICHMAN; AYRES, 2016; AYRES, 2017).

No entanto, mediante as mudanças paradigmáticas no âmbito da saúde, estas impulsionam uma nova configuração nos padrões de cuidado, antes biologista, para uma nova abordagem voltada à integralidade do sujeito, cujos processos se desburocratizam em prol de um modelo adaptativo, com relações reciprocas em detrimento da passividade do paciente, sendo este ativo no processo do cuidado (PESSINI, 2012). Assim, tais mudanças demandam reflexões voltadas ao campo da saúde (BANDEIRA-COELHO; COSTA; LIMA, 2013).

A inclusão das PICs no âmbito do sistema de saúde vigente, fomenta discussões ético-legais quanto ao exercício profissional na aplicação destas práticas no cotidiano do trabalho em saúde (MAGALHÃES; ALVIM, 2013). Desse modo, se torna imprescindível discuti-las tanto no âmbito acadêmico, quanto nos respectivos serviços de saúde, além da promulgação de leis na garantia de sua oferta. Visto que, embora instituída em 2006, um número ainda limitado de profissionais conhecem a PNPICT, portanto se configura enquanto uma área carente de divulgação e oferta de cursos de capacitações que versem sobre a temática (MACHADO; CZERMAINSKI;

LOPES, 2012).

Neste aspecto, autores inferem sobre o direito à saúde por diversas formas e de acordo com os mais diversos contextos, tanto no que diz respeito ao direito a saúde tradicional, quanto o direito aos modos de cuidado em saúde complementares e alternativos (STUTTAFORD et al., 2014).

Neste aspecto, segundo Ferreira et al., (2017) as práticas não convencionais em saúde versam sobre o cuidado não medicamentoso, visto a diminuição dos efeitos colaterais, e a mudança no que tange a perspectiva centrada na doença, podendo ser aplicadas junto à medicina convencional, já que quando interligadas proporcionam um cuidado holístico. Isso posto, identifica-se por meio da literatura científica a possibilidade de aplicação de tais práticas em todos os níveis de atenção à saúde, haja vista que quando aplicada da maneira adequada e segura, tende a potencializar a evolução do quadro clínico beneficiando-o (FERREIRA et al., 2017).

Tendo em vista esta magnitude, é importante que o usuário do serviço conheça os procedimentos ao qual será submetido, bem como, seus mecanismos causais. Assim, torna-se antiético por parte dos profissionais de saúde ofertar tratamentos ou procedimentos dos quais desconheça os mecanismos causais, inclusive no escopo da medicina alternativa (SHAHVISI, 2016). Corroborando com essa perspectiva, aponta-se para algumas questões éticas que emergem neste campo, respectivamente sobre a importância da informação prestada ao paciente ou usuário do serviço, no que diz respeito às questões éticas envolvidas na pesquisa, do custo, e instruções indispensáveis a sua realização (TEICHFISCHER, 2012).

No escopo dessas discussões, se volta à atenção para o direito de escolha por parte do usuário do serviço, de optar por esta modalidade terapêutica ou não, diante do respeito e valorização de sua participação enquanto sujeito singular, autônomo, participativo e ativo na produção de saúde, que delibera sobre o contexto do cuidado, na relação de troca entre os saberes envolvidos. O que de certo modo, implica o acesso adequado às informações, bem como, as possibilidades terapêuticas, cuja condição ética fundamenta-se em suas próprias bases legais e filosóficas (MAGALHÃES; ALVIM, 2013).

Pesquisas indicam a importância do consentimento informado enquanto promotor da autonomia do paciente, através da compreensão do mesmo sobre o tratamento que será submetido, tendo em vista o estabelecimento do vínculo entre profissional e paciente, bem como, a diminuição da diferença de poder estabelecido entre eles (SHAHVISI, 2016).

Neste cenário que envolve o uso das práticas alternativas no processo do cuidado em saúde, no que diz respeito à prevenção de agravos e promoção da saúde, encontra-se como alternativa favorável à saúde contanto que o usuário conheça sua finalidade, os riscos e os benefícios de tais terapêuticas (FERREIRA

et al., 2017).

Portanto, os achados na literatura demonstram que as PICs são sugeridas por parte dos profissionais da saúde, através da indicação e ou encaminhamento, cujo diálogo entre profissional-usuário se torna imprescindível na decisão pela aceitação ou não, e continuidade da ação terapêutica, isto é, contrário ao modelo prescritivo, verticalizado diante do suposto saber muitas vezes adotado nas ações de saúde (MAGALHÃES; ALVIM, 2013). A indicação de tais práticas fundamenta-se na comunicação interpessoal, respeitando a capacidade crítica daquele que recebe a informação e tem capacidade de deliberar sobre, ao invés de passivamente aceitar (FERREIRA et al., 2017).

Deste modo, incita-se sobre o dever de compartilhar com os usuários informações adequadas quanto ao manejo correto das terapias que venham a ser complementares no tratamento e na manutenção de sua saúde (MAGALHÃES; ALVIM, 2013) respeitando os princípios da beneficência, não-maleficência, da justiça e da autonomia.

Etimologicamente a autonomia é a capacidade de autogovernar-se, refere-se à capacidade de decisão do que é “bom” ou o que é o seu “bem-estar”. Neste aspecto, é um dever moral respeitar a autonomia das pessoas, reconhecendo o modo singular de cada sujeito, bem como a multidimensionalidade ético-social. Seguidamente a Beneficência significa fazer o bem, agir em benefício do outro, tanto no que diz respeito à saúde física, quanto emocional e mental. No âmbito da saúde, se reporta a atuação médica voltada a perspectiva ética de suas condutas, no que tange à procura do procedimento adequado ao paciente, visando reduzir os riscos potencializar os benefícios (BANDEIRA-COELHO; COSTA; LIMA, 2013).

Já, o princípio da não-maleficência se refere a obrigatoriedade de não causar mal ou dano intencional ao outro, apresentando-se enquanto conceitos contrários, visto que a não-maleficência consiste na obrigação de não ocasionar danos enquanto que a beneficência consiste na obrigatoriedade de prevenir os danos. E o princípio da Justiça aponta para a equidade no que tange o acesso aos serviços de saúde e distribuição dos seus recursos. Sendo assim, diz respeito à imparcialidade por parte do pesquisador, voltada aos colaboradores de experimentos biomédicos, sem qualquer tipo de discriminação, seja ela de qualquer ordem, visto que os benefícios alcançados devem ser obrigatoriamente distribuídos de forma equânime entre eles (BANDEIRA-COELHO; COSTA; LIMA, 2013).

De certo, conforme explora Bandeira-Coelho e Costa; Lima, (2013), a bioética emerge como um instrumento potente no auxílio às discussões decorrentes desse avanço técnico-científico e das mudanças paradigmáticas, pautando-se em procedimentos éticos no contexto da interdisciplinaridade.

Diante disso, Pessini (2012) aponta para três desafios a serem enfrentados no

que diz respeito à ética do cuidado, respectivamente o compromisso ético, político ecológico, a competência técnica aliada a competência ética e a reflexão ética consistente. Sendo imprescindível, portanto, o reencantamento na arte do cuidado.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da reflexão deste estudo teórico, constata-se que tais práticas não são prescritivas, mas sim sugeridas, indicadas e encaminhadas pelos profissionais de saúde, através da comunicação estabelecida entre as pessoas.

A pesquisa também demonstra a imprescindibilidade da formação continuada e da inserção temática da PICs nos cursos de graduação, sob sua responsabilidade. Do mesmo modo, aponta para a necessidade de atenção e sensibilidade quanto a essa modalidade de cuidado por parte dos gestores municipais para que sejam reconhecidas. Visto que a temática precisa ser explorada no campo conceitual e experimental de cada prática, a fim de expandi-la no escopo de suas ações preventivas, de promoção e reabilitação.

Ademais, o presente estudo incita sobre a importância da avaliação e monitoramento das ações das PICs no âmbito do SUS, através da notificação de tais experiências nos sistemas de informação, bem como, a atenção especial diante das questões éticas envolvidas nestas práticas, apontando para a bioética principalista, como proposta de mobilização das discussões éticas voltadas ao processo do cuidado em saúde, ancoradas nos princípios da beneficência, não-maleficência, da justiça e da autonomia. No entanto, denota-se a necessidade de mais estudos, a partir de novos delineamentos metodológicos para o fortalecimento das evidências encontradas na literatura científica.

REFERENCIAS

AYRES, J. R. C.M. **Care: work, interaction and knowing health practices.** Revista Baiana de Enfermagem, Bahia, v. 31, n. 1, p. 1- 4, 2017.

BANDEIRA-COELHO, A.F.V.C.M.; COSTA, A.K.G.; LIMA, M.G. **Da ética principalista para a bioética de intervenção: sua utilização na área da saúde.** Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v.7, n.4, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de Maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 de Maio de 2006.

_____, 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.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 633, de 28 de Março de 2017.** Atualiza o serviço

especializado 134 Práticas Integrativas e Complementares na tabela de serviços do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de Março de 2018.** Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPI, 2018.

CARVALHO, J.L.S.; NÓBREGA, M.P.S.S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 4, 2017.

CAVALCANTI, F.; AMADO, D.; ASQUIDAMINI, F. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: histórico, avanços, desafios e perspectivas. In: BARRETO, A. F. (Org.). Práticas integrativas em saúde: proposições teóricas e experiências na saúde e educação. Recife: UFPE, p. 139-153, 2014.

FERREIRA, J.A.; CARNEIRO, A. D.; SOUZA, P.T.L. et al. Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. Revista Online de pesquisa: Cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 200-207, 2017.

FUENTES, D. (Bio) Ética, Investigación y Medicina Complementaria: Una Prioridad en Salud Pública. Revista Peruana de Medicina Integrativa, v. 1, n. 1, p. 38-44, 2016.

GONTIJO, M. B. A.; NUNES, M. de F. Práticas Integrativas e Complementares: Conhecimento e Credibilidade de Profissionais do Serviço Público de Saúde. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 301-320, 2017.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J.R.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S.F.T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n.3, p. 171-187, 2017.

MACHADO, D.C.; CZERMAINSKI, S.B.C.; LOPES, E.C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 615-623, 2012.

MAGALHAES, M.G.M.; ALVIM, N.A.T. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 646-653, 2013.

PESSINI, L. Ética do cuidado e humanização no mundo da saúde: questões de fim da vida. In: Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois/Coordenação de Dora Porto, Volnei Garrafa, Gerson Zafalon Martins e Swenderberger do Nascimento Barbosa. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/ SBB; 2012.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 184-191, 2014.

SHAHVISI, A. No Understanding, No Consent: The Case Against Alternative Medicine. Bioethics, v. 30, n. 2, p. 69-76, 2016.

STUTTAFORD, M.; AI MAKHAMREH, S.A.I.; COOMANS, F. et al. The right to traditional, complementary, and alternative health care. Glob Health Action; v.7, p. 24121, 2014.

TEICHFISCHER, P. **Ethical implications of the increasing use of complementary and alternative medicine.** *Forsch Komplementmed*, v. 19, n. 6, p. 311-8, 2012.

TELESI-JÚNIOR, E. **Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS.** *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 86, 2016.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

VARELA, D. S. S; AZEVEDO, D. M. **Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família.** *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 273-290, 2014.

PROJETO DE EXTENSÃO PELO DIREITO DE DECIDIR: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Caroline Eloisa da Silva Sousa

Enfermeira

Universidade de Pernambuco- UPE

Recife- Pernambuco

Maria Benitta Alves da Silva Spinelli

Enfermeira

Mestre em Saúde Materno Infantil Pelo Instituto De Medicina Integral De Pernambuco- IMIP

Professora Assistente Da Universidade De Pernambuco-FENSG/UPE

Coordenadora De Enfermagem Do Centro Integrado De Saúde Amaury De Medeiros-Cisam/

UPE

Vice-Presidente Da Aben Seção PE – Gestão

2016/2019

Recife- Pernambuco

com acolhimento da equipe interdisciplinar, para as usuárias atendidas no Ambulatório da Mulher do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros no Município do Recife-PE.

METODOLOGIA: O estudo é de caráter de Ação, com uma proposta metodológica de promover o conhecimento. Os dados deste estudo são referentes ao período de março a dezembro de 2017.

RESULTADOS: As ações de extensão são desenvolvidas semanalmente. Possuem abordagens coletivas sobre os conceitos de saúde sexual e reprodutiva; sendo também ofertados preservativos femininos e masculinos, a contracepção de emergência e o teste rápido de gravidez. Foram realizadas 19 ações de extensão no período de 16 de março a 18 de dezembro de 2017, atingindo um público total de 381 mulheres com faixa etária de 14 a 57 anos.

CONCLUSÃO: A educação em saúde é uma ferramenta indispensável para levar informações acerca da prática sexual segura, possibilitando que as mulheres possam expressar suas dúvidas, medos e anseios através de uma assistência humanizada, que visa, solucionar dificuldades e enfatizar os direitos da mulher, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde sexual e reprodutiva, educação em saúde, Direitos da

RESUMO: INTRODUÇÃO: A saúde sexual e reprodutiva tornou-se uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde, estabelecendo como princípio o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais. Esse modelo de atenção tem como enfoque o planejamento reprodutivo e a oferta de informações em um contexto de escolha livre da mulher.

OBJETIVOS: Oferecer acesso à detecção precoce da gestação e orientações sobre planejamento reprodutivo, uso do preservativo feminino e uso da contracepção de emergência,

mulher.

EXTENSION PROJECT FOR THE RIGHT TO DECIDE: SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH

ABSTRACT: INTRODUCTION: Sexual and reproductive health has become one of the priority areas of Primary Health Care, establishing as a principle respect for reproductive and sexual rights. This model of care focuses on reproductive planning and information provision in a context of women's free choice. **OBJECTIVES:** To provide access to early pregnancy detection and guidance on reproductive planning, use of the female condom and use of emergency contraception, with the reception of the interdisciplinary team, for users seen at the Amaury de Medeiros Integrated Health Center Women's Ambulatory in the Municipality. from Recife-PE. **METHODOLOGY:** The study is of Action character, with a methodological proposal to promote knowledge. Data from this study refer to the period from March to December 2017. **RESULTS:** Extension actions are developed weekly. Have collective approaches to the concepts of sexual and reproductive health; female and male condoms are also offered, emergency contraception and rapid pregnancy testing. Nineteen extension actions were carried out from March 16 to December 18, reaching a total audience of 381 women aged 14 to 57 years. **CONCLUSION:** Health education is an indispensable tool to bring information about safe sexual practice, enabling women to express their doubts, fears and anxieties through humanized assistance, which aims to solve difficulties and emphasize women's rights, contributing for a better quality of life.

KEYWORDS: Sexual and reproductive health, health education, Women's rights.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação consiste em um processo fisiológico natural caracterizado por uma sequência de adaptações que ocorrem no corpo feminino após ser fertilizado. Para a preparação do corpo, uma série de modificações dos mais diversos sistemas é necessária para que esse organismo esteja apto a acolher, nutrir e dar vida a um novo ser. Além das mudanças físicas, transformações psicológicas também fazem parte do processo, pois a gestante busca compreender e aceitar a sua nova imagem. Pode-se considerar que a gravidez é um estado de saúde que envolve mudanças fisiológicas iguais ou até maiores quando comparadas às que acompanham muitos estados patológicos (MANN, 2010).

Por muito tempo a maternidade encontrou-se intrinsecamente vinculada à identidade feminina, baseado na ideia de que gerar uma nova vida faz parte da natureza do sexo feminino. Com o passar dos anos, as mulheres vêm quebrando

esse conceito. A maternidade hoje, não define mais a pessoa da mulher, passando a ser entendida como escolha disponível a constituição desta, estando relacionada aos desejos individuais que a mulher desenvolve para si, tornando-se uma opção dentre outros projetos pessoais, e não mais um dever imposto pela sociedade (BARRETO, 2010).

Com isso, a atenção em saúde reprodutiva e em saúde sexual tornou-se uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde, estabelecendo como princípio o respeito aos direitos reprodutivos e sexuais. Esse modelo de atenção tem como enfoque o planejamento familiar, onde implica não somente a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, como também a oferta de informações e acompanhamento pelo profissional de saúde, em um contexto de escolha livre e informada da mulher, visando uma redução no número de gravidezes indesejadas; de gestações sem acompanhamento ao pré-natal; de abortos ilegais, de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Em 2011 foi lançada pelo governo federal a Rede Cegonha (RC) que corresponde a uma rede de cuidados com o objetivo de garantir às mulheres não só o planejamento reprodutivo, como o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério, abortamento e atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principal objetivo a redução da taxa de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2014).

Com o objetivo de fornecer maior acesso às mulheres para a detecção precoce da gestação e um melhor acolhimento da equipe de Atenção Básica (AB), respeitando e orientando cada usuária de acordo com as necessidades individuais das mesmas, a RC implantou entre suas ações o Teste Rápido de Gravidez (TRG). A partir disso, as ações desenvolvidas pela equipe de Atenção Básica em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva serão ampliadas, tornando-se possível: a orientação para planejamento reprodutivo; a detecção precoce da gestação para que o pré-natal seja iniciado em tempo apropriado; a identificação de situações convenientes para uso da contracepção de emergência, como em casos de relação desprotegida (ocorrida em até cinco dias), em situação de gravidez indesejada ou ocorrência de violência sexual; o acolhimento e o atendimento de mulheres em idade adulta, jovens e adolescentes e casais em situação de gravidez indesejada; a identificação de situação de violência sexual e o atendimento de mulheres adultas, jovens e adolescentes vítimas da agressão; a detecção de vulnerabilidade para gravidez indesejada; a orientação para mulheres e casais com dificuldades conceptivas; a identificação de situações de exposição ao risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), HIV e hepatites B e C por meio da oferta dos testes rápidos para a mulher e parceria sexual (BRASIL, 2014).

Para contornar essa situação têm existido esforços para o desenvolvimento

e a adoção de novas alternativas que propiciem a dupla proteção, evitando a gravidez indesejada e as IST/HIV/AIDS, contribuindo para a educação em saúde das mulheres. Para responder a essa demanda, o Ministério da Saúde passou a fornecer o preservativo feminino em programas de prevenção. Porém, a meta inicial foi atender mulheres mais vulneráveis à pressão de parceiros, à desigualdade social e de gênero e à violência sexual e doméstica, compreendendo as profissionais do sexo, usuárias de drogas injetáveis ou parceiras soropositivas de usuários, ou parceiras soropositivas, e mulheres com DST (MICHELETTI, 2003).

Em geral qualquer mulher pode usar o preservativo feminino de forma segura e eficaz, porém é mais aceito por mulheres que conheçam seu corpo e tenham domínio sobre a forma correta de usá-lo. Para isso, é importante a orientação correta, pois as principais barreiras ao uso são as dificuldades de manuseio do método, desconforto e barulho durante a relação sexual. A dificuldade de manuseio é explicada pela pequena ou nenhuma experiência das mulheres com método de barreira intravaginal e pela falta de intimidade com seu próprio corpo, sendo fundamental a oferta de ações educativas na promoção do método (MICHELETTI, 2003).

A disponibilização do TRG apresenta-se como um instrumento que favorece o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, possibilitando a identificação de fatores de risco à saúde para que intervenções sejam desenvolvidas em tempo hábil. Além de possibilitar a melhoria do acesso à Atenção Básica para o atendimento às mulheres adultas, jovens e adolescentes em fase reprodutiva e suas parcerias, levando em consideração os diferentes significados que a reprodução pode ter para cada pessoa, em determinados momentos da vida (BRASIL, 2014).

Neste contexto, o Projeto de extensão Pelo direito de decidir: Saúde Sexual e Reprodutiva objetiva oferecer acesso à detecção precoce da gestação (TRG), orientação sobre planejamento reprodutivo, uso do preservativo feminino e uso da contracepção de emergência, com acolhimento da equipe interdisciplinar, para as usuárias atendidas no Ambulatório da Mulher do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco (CISAM-UPE), no Município do Recife-PE.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter de Ação, com uma proposta metodológica de promover o conhecimento, tomando ciência do motivo que levou a mulher a procurar o serviço de saúde, a fim de solucionar um problema coletivo no qual o público-alvo da ação estará inserido. O projeto também traz como proposta a integração docente e discente, no qual os discentes têm a oportunidade de vivenciar e reproduzir na

prática todo conhecimento adquirido nas disciplinas ministradas em sala de aula, favorecendo o processo de construção da aprendizagem.

A ação de extensão é realizada no Ambulatório da Mulher do CISAM-UPE, localizado na cidade de Recife-Pernambuco, por discentes do curso de enfermagem da UPE, orientados pela coordenadora de enfermagem do CISAM-UPE e docente da UPE. Os dados deste estudo são referentes ao período de março a dezembro de 2017. A amostra foi constituída pelas usuárias atendidas no Ambulatório da Mulher do CISAM-UPE, em idade fértil, com atraso menstrual e/ou relação sexual desprotegida, contemplando as mulheres sexualmente ativas. A ação respeita a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde, a qual se refere às diretrizes da pesquisa com seres humanos e visa, dentre outras coisas, a não identificação dos indivíduos estudados.

3 | RESULTADOS

Duas ou mais pessoas trabalhando juntas em um determinado espaço com o objetivo de alcançar resultados, é considerado como uma organização que procura obter seus objetivos com sucesso. Na academia, bem como na gestão pública de um serviço de saúde, o êxito no trabalho desenvolvido ocorre quando uma equipe trabalha em conjunto para obter resultados de forma eficiente, usando os poucos recursos para obter o máximo de resultados, e estes resultados serem informados aos cidadãos de forma acessível e de fácil compreensão.

Os discentes participantes deste projeto de extensão aprofundam as teorias que são estudadas e discutidas cotidianamente nas disciplinas vistas em sala de aula, que abordam assuntos ligados à ginecologia, obstetrícia, fisiologia, anatomia, planejamento reprodutivo, políticas de saúde, entre outros.

A partir da relação teórica e prática, os discentes em conjunto com a orientadora realizam ações de extensão com abordagens coletivas sobre os conceitos de saúde e planejamento reprodutivo, focando na promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva; sendo também oferecido preservativo feminino e masculino; o teste rápido de gravidez; e a contracepção de emergência, em casos de relação desprotegida, gravidez indesejada ou ocorrência de violência sexual; e para que tenham suas dúvidas e/ou anseios esclarecidos.

As ações de extensão são desenvolvidas semanalmente todas as 4^a e 6^a no turno da tarde. No período de 16 de março a 18 de dezembro de 2017, foram realizadas 19 ações de extensão, atingindo um público total de 381 mulheres com faixa etária de 14 a 57 anos; e distribuídos um total de 177 preservativos femininos e 313 preservativos masculinos, além de 01 contracepção de emergência. Além disto, o projeto participou do Dia C da Ciência, ação desenvolvida no CISAM; e dos

mutirões da saúde promovidos pelo CISAM-UPE, onde são realizadas ações de prevenção para câncer de colo do útero, câncer de mama, IST, dentre outras.

Tal proposta visa proporcionar não só contribuições que venha a transformar o conhecimento da sociedade, para aqueles que buscarem informações através das rotinas ambulatoriais, mas também, aprendizado ao aluno que desenvolve o projeto, criando uma troca de experiências daquilo que é vivenciado em sala de aula, com o que é posto em prática na execução do projeto.

Sendo fundamental considerar o conhecimento que a população da ação tem sobre o tema abordado; as atividades desenvolvidas são reflexivas a partir da realidade dessa população. Portanto, o projeto prioriza e reconhece os conhecimentos prévios e sempre insere os assuntos a serem trabalhados na realidade em que vivem as mulheres que procuram o ambulatório, favorecendo o diálogo sobre a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva e a identificação de fatores de risco à saúde da mulher para que intervenções sejam elaboradas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida das usuárias do Ambulatório da Mulher do CISAM-UPE.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto de extensão Pelo Direito de Decidir: Saúde Sexual e Reprodutiva utiliza a educação em saúde para levar informações acerca da prática sexual segura, possibilitando que as mulheres possam expressar suas dúvidas, medos e anseios através de uma assistência humanizada, que visa contribuir para uma melhor qualidade de vida, solucionar dificuldades e enfatizar os direitos da mulher.

Sendo de grande relevância a prática da educação em saúde como ferramenta indispensável para a formação de discentes e disseminação de informações acerca da saúde sexual e reprodutiva; possibilitando que as mulheres possam expressar suas dúvidas, medos e anseios, através de uma assistência humanizada que visa solucionar dificuldades e enfatizar os direitos da mulher, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Ana Paula Valasques; OLIVEIRA, Zulmerinda Meira. **O ser mãe: expectativas de primigestas.** Rev Saúde.com. Bahia, 2010. p.9-23,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica: Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Brasília-DF, 2014. V 10, p.5-15.

MANN, Luana et al. **Alterações biomecânicas durante o período gestacional: uma revisão.** Motriz. Journal of Physical Education. UNESP. Rio Claro, 2010. V. 6,n.3, p. 730-741.

MICHELETTI VCD; GMI Preussier; Pedro ENR. **Preservativo feminino: uma possibilidade de autonomia para as mulheres HIV positivas.** Rev Bras Enferm. Brasília (DF), 2003. 56(6):699-701. (2º parágrafo).

QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO PÚBLICO EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Tais Fabiane Mendes Nascimento

Administradora, Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/3286314352842096>

Juciara Ramos Pereira

Enfermeira, Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/0070605780865185>

Romeu Espindola Lefundes

Médico, Universidade do Estado da Bahia-UESB
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/5733410168974932>

Heleno Viriato de Alencar Vilar

Odontólogo, Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/5732376320587109>

Manuella Serra Tanan

Enfermeira, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais HC UFMG- EBSERH
<http://lattes.cnpq.br/9424140796664037>

Marta Lúcia Silva

Enfermeira, sócio administradora da Moreira Consultoria e Soluções em gestão em pública.
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/2595108068971892>

Valéria Gomes da Silva

Psicóloga, Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF na Prefeitura Municipal de Itiruçu-BA
<http://lattes.cnpq.br/5788575867511793>

Maiara Norberto de Souza

Enfermeira, Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/8428374380885945>

Claudio da Silva Almeida

Médico, Escola de Ciências Médicas de Alagoas (Ecmal) Maceió – AL
<http://lattes.cnpq.br/9054323908128169>

Angélica da Silva Calefano

Psicóloga, Faculdade de tecnologia e ciências – FTC
Jequié, BA.

<http://lattes.cnpq.br/2542230598534426>

Maria Edna Santos de Novaes Miranda

Pedagoga, Centro educacional Nilson Andrade Santos.
Lajedo do Tabocal, BA

<http://lattes.cnpq.br/9786944240042047>

Lays Santos França

Enfermeira, Rede de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Planaltino - BA.
Jequié – BA

<http://lattes.cnpq.br/5596212775679269>

RESUMO: A qualidade transformou-se na mais importante arma competitiva e muitas organizações estão apostando nesse modelo de gerência do futuro. No que diz respeito

especificamente à qualidade no atendimento, podemos dizer que o primeiro passo está na adequação do processo de recrutamento e seleção às necessidades da empresa e, principalmente, a gestão no controle de qualidade. As organizações hospitalares não têm apenas o papel de ofertar serviços de saúde às pessoas, mas a função social passou a ser norteadora de seu papel preponderante, isto é, a construção de um mundo novo, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais para com a comunidade, assim como prestar um atendimento ao público de qualidade. Cabe lembrar que a qualidade no atendimento não pode ser vista como um dever por parte da empresa, um simples “favor” que a mesma presta aos consumidores. Mas sim como uma obrigação para a empresa que busca o sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Organização e Administração, atendimento ao público, serviços de saúde.

QUALITY IN CUSTOMER SERVICE IN PUBLIC HOSPITALS

ABSTRACT: Quality has become the most important competitive weapon and many organizations are betting on this management model of the future. With regard specifically to quality of care, we can say that the first step is in adapting the recruitment and selection process to the company's needs and, especially, the management in quality control. Hospital organizations not only have the role of providing health services to people, but the social function has come to guide their preponderant role, that is, the construction of a new world and, therefore, must also assume social responsibilities towards them. The community, as well as providing quality public service. It is worth remembering that the quality of care cannot be seen as a duty on the part of the company, a simple “favor” that it provides to consumers. But rather as a must for the company that seeks success.

KEYWORDS: Organization and Administration, public service, health services.

1 | INTRODUÇÃO

Serviço público traz ao imaginário de grande parte da população, grandes filas, servidores mal-humorados, falta de materiais, falta de pessoal, etc. Trata-se, necessariamente, da falta de qualidade no serviço público. Este é um ponto que não foge a pauta de discussões sobre o tema Gestão Pública. Porém, outro fato tão imperativo é da necessidade do serviço público para a coletividade.

Teorias econômicas têm tentando ao longo da história moderna da humanidade explicar o comportamento dos indivíduos e das nações. Em princípio acreditava-se que o mercado era uma instituição tão completa quanto era complexa, e por tal motivo seria capaz de se auto-gestar. Mas as sucessivas crises econômicas, tanto em nível mundial e local, mostram que o papel do Estado tem sido muito mais

necessário do que se pretendia.

Alguns teóricos insistem na necessidade da retirada total do Estado da economia, reservando-se a esfera social e política. Outros defendem a presença estatal na medida da proporção da equidade social, contanto que ela passe primeiramente pela estabilidade econômica. Outros teóricos defendem, ainda, não só a presença do Estado como a total intervenção do mesmo em todas as esferas da vida em sociedade, necessitando de instituições mais presentes, melhores estruturadas e de forte capacidade reguladora.

Discussões teóricas mais aprofundadas a parte, essa explanação inicial pretende estabelecer o vínculo real, plausível, concreto, entre Estado e Sociedade Civil. Considerando-se que aquele foi instituído e deve atuar em benefício desta. Para que então se possa esclarecer o real objetivo desse artigo: propor uma discussão teórica, mas breve a cerca da qualidade do serviço público, focando-se no atendimento ao público nos prestadores de serviços médico-hospitalares da rede pública.

Primeiramente esclarece-se que administração pública, ou gestão pública, pode ser definida como atividade concreta e imediata desenvolvida pelo Estado para assegurar os interesses da coletividade, realizada através de um conjunto de órgão e de pessoas jurídicas, aos quais a Lei atribui o exercício da função administrativa do Estado. Ou seja, o ordenamento jurídico em sua norma máxima, a Constituição Federal, coloca como principal objetivo da administração pública o interesse público, em benefício da coletividade, seguindo por princípios a legalidade, a imparcialidade, moralidade, publicidade e eficiência.

As mudanças observadas no mundo moderno têm sido cada vez mais rápidas e mais freqüentes. Ao ponto de ser possível afirmar que a única certeza é a mudança! Assim, o mundo muda por que seus indivíduos e as relações que estabelecem mudam. E o que os indivíduos mais têm reclamado para si é qualidade: de trabalho, de educação, de saúde, de moradia, de lazer... de vida!

No contexto em que as necessidades dos homens são ilimitadas enquanto que os recursos para satisfazê-las são escassos, analisar a qualidade no atendimento ao cliente nos prestadores de serviços médico-hospitalares da rede pública, implica numa contribuição para a sociedade como um todo, não apenas consumidores e prestadores de serviços. Trata-se de ressaltar padrões de qualidade de atendimento, excelência produtiva, competitividade etc.; mas também a qualidade de vida referida no parágrafo anterior.

2 | A GESTÃO PÚBLICA EM QUESTÃO

O termo gestão refere-se ao ato de gerir, gerenciar, administrar. Contudo, as novas modalidades de gestão, sejam de equipamentos ou de funções, especialmente na esfera pública – quanto a reforma do aparelho estatal brasileiro –, impõem uma reformulação nesse termo. Carneiro Júnior (2002, p. 28), citando os estudos de Elias¹, coloca que o termo gestão a partir da referência à dimensão política presente na formulação de políticas e da regulação entre os interesses do capital, na perspectiva do mercado – esfera privada –, e do Estado, visando à produção e ao cuidado de bens públicos.

Esse autor afirma que os questionamentos atuais quanto a participação do Estado na economia e na produção de bens sociais bem como o tamanho de sua estrutura burocrática e de serviços tem sido alvo de críticas, são oriundos da nova estratégia política e econômica delineada em meados da década de 70, diante do cenário da grande crise mundial do capitalismo desencadeada pela crise do monopólio da produção e distribuição de petróleo; apresentando substantivas críticas ao *welfare state*.

Nos anos de 1980, a acumulação capitalista passou por novas configurações tecnológicas do setor produtivo e por mudanças nas forças políticas dos diversos países. Configurou-se, então, novo arranjo geopolítico mundial com hegemonia de grupos político-econômicos conservadores de ideologia neoliberal, bem representados por Thatcher, na Grã-Bretanha, e Reagan, nos EUA.

Quanto aos países da América Latina, esses se incorporaram globalização econômica no final da década de 1980, mediante mecanismos de controle externos de investimento, resultado das sucessivas crises acometidas pela política de juros e taxação. Para esses países foram exigidas políticas de ajustes macroeconômicos, viabilizadas pela reforma do aparelho estatal, caracterizadas pela privatização de patrimônios estatais e pela ruptura de políticas públicas universalizantes, visando atrair capitais internacionais, na perspectiva de que tais investimentos favorecessem o crescimento econômico. Essas foram as principais medidas do que se denominou “Consenso de Washington”, política de cunho neoliberal.

Para Carneiro Júnior (2002, p 32-33), o Estado retomou a centralidade nos anos 90, quando a emergência da “terceira onda”, caracterizada por um Estado forte, tomou força com instituições estáveis e efetivas nas funções de coordenação e regulação do interesse público, diferentemente das anteriores. Estado como instrumento de desenvolvimento social – “primeira onda” – e Estado como protetor do direito de propriedade – “segunda onda”.

Nesse contexto, a reforma da concepção do Estado e de sua burocracia, implica

1. ELIAS, P. M. E. (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Gestão da saúde para a eqüidade. [Apresentado ao 7. Congresso Paulista de Saúde Pública, Santos, 2001].

num ideário da administração pública gerencial; contrapondo-se à administração pública burocrática, característica do Estado interventor. Ou seja, “esse novo Estado é concebido por uma estrutura técnica racional, o que o torna mais ágil no desempenho de suas funções e mais eficaz em face das novas necessidades advindas da reordenação política e econômica do mundo contemporâneo.” (CARNEIRO JÚNIOR op. cit, p. 33)

Em resumo, a nova administração pública baseia-se na incorporação, no setor público, de um conjunto de conceitos e técnicas gerados nas empresas privadas. Teve início na Inglaterra em 1980 e até o momento atual pode-se constatar quatro modelos. Os pressupostos dessa reforma fundamentam-se no ajuste fiscal, enfocados na diminuição do quadro de funcionários e modernização da administração pública, mediante o privilegiamento do núcleo estratégico do Estado – legislação, formulação de políticas públicas, fiscalização, regulamentação e financiamento de recursos – bem como de parcerias com setores e serviços da sociedade civil.

Especificamente no caso da saúde, e as demais áreas sociais, nas proposições de reformas do aparelho do Estado constata-se a separação das funções de financiamento, prestação de serviços e gestão em diferentes espaços institucionais que envolvem diferentes agentes sociais, especializados para cada uma dessas dimensões, e com ênfase nos mecanismos de definição de produtividade de consumo de ações e no gerenciamento por projetos. (CARNEIRO JÚNIOR op. cit, p. 38).

2.1 AS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

As organizações hospitalares não têm apenas o papel de ofertar serviços de saúde às pessoas, mas a função social passou a ser norteadora de seu papel preponderante, isto é, a construção de um mundo novo, devendo, para tanto, também assumir responsabilidades sociais para com a comunidade. Segundo Campos (1987), as organizações modernas devem preocupar-se e responsabilizar-se pela qualidade de vida, atendendo aos valores básicos, crenças e objetivos fundamentais que norteiam a época e a sociedade na qual estão inseridas. Dessa forma, não há como eximir o hospital da analogia a uma empresa.

O hospital possui os mesmos problemas de receitas e despesas, ordem legal, administrativa, trabalhista, além da sistemática global do empresariado capitalista, ou seja, busca sobremaneira a maximização do superávit financeiro, indispensável para acompanhar a evolução tecnológica médica e ampliar ou manter seu capital estrutural.

De modo genérico, o objeto social da empresa hospitalar é fixado com base na idéia que os membros constitutivos têm sobre o ramo de especialização a

ser explorado. Assim, ao se formar uma instituição filantrópica com a finalidade de atuar no campo hospitalar, é muito provável que o objeto social envolvido seja proveniente da necessidade que um grupo de pessoas observou como carência de uma comunidade. Portanto, a alusão é específica à prestação de serviços.

O sucesso da administração hospitalar reside no melhor aproveitamento racional dos recursos estruturais, humanos e de clientes, requerendo para tal intento, que cada estratégia operacional seja direcionada no sentido da consecução dos objetivos institucionais da organização. Marinho (1998), ao fazer referência aos estudos de Mintzberg e Quinn, coloca que os hospitais devem ser tratados como organizações profissionais. Para que essas organizações funcionem bem, tudo depende da capacitação e dos conhecimentos de seus executores. Ele explica que, por envolver aspectos subjetivos, os resultados das organizações profissionais não são facilmente medidos ou padronizados. As dificuldades de mensuração têm sido contornadas, parcialmente, para efeitos gerenciais, usando-se indicadores de desempenho.

3 | QUALIDADE DO ATENDIMENTO

De acordo com Falconi Campos (1995, p. 25),

[...] um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente. Portanto, em outros termos pode-se dizer: projeto perfeito, sem defeitos, baixo custo, segurança do cliente, entrega no prazo certo no local certo e na quantidade certa." *Ou seja*, "O verdadeiro critério da boa qualidade é a *preferência* do consumidor.[...]

Para o referido autor, o objetivo principal de uma empresa é satisfação das necessidades das pessoas: consumidores (através qualidade), empregados (através crescimento do ser humano), acionistas (através produtividade), e vizinhos (através contribuição social). Uma das maneiras de atingi-lo é através da prática do Controle da Qualidade Total (TQC).

Não obstante, acredita-se que as organizações não sejam apenas instrumentos de produção de bens e serviços, mas o ambiente no qual os homens contemporâneos estão inseridos para passar toda a sua vida, representando o cenário no qual se desvenda o seu destino, e que permite ou nega a possibilidade de realizarem plenamente as suas ambições. Por conseguinte, as organizações caracterizam-se como elementos relevantes para o desenvolvimento socioeconômico de uma nação, ao proporcionarem a realização dos objetivos da coletividade. Ter um propósito definido para as organizações, centraliza a atenção no que é relevante e desenvolve as suas habilidades para atingir seus objetivos.

Qualidade não é apenas subjetiva; ela é também relativa às expectativas que

o cliente tem em relação aos produtos e por isso é necessário conhecer quais são essas expectativas e como elas são formadas. Clientes têm expectativas sobre a qualidade básica que um produto proporciona e/ou quanto ao grau de serviço que desejam e merecem receber. Portanto, o cliente saíra satisfeito somente se obtiver o que espera

Vásques (2008) define qualidade total como sendo uma forma de gestão que começa com o comprometimento da alta direção da organização, atinge e requer a participação de todos os componentes da mesma, utiliza o conhecimento e o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho, incentiva e aplica o trabalho em equipe, de forma a atender cada vez melhor e até exceder, aos anseios, exigências e expectativas dos clientes, observando sempre as ações da concorrência e do mercado. É preciso definir formas para executar cada uma dessas ações. O autor afirma que assim ajudará as empresas a venderem melhor o seu produto. “É preciso conhecer melhor o que é feito e o que ocorre em sua organização, e a qualidade total o ajudará nisso.”

A expressão “Total Quality Control” deve ser creditada a A. V. Feigenbaum, americano, aparecendo no seu livro “Total Quality Control”, publicado em 1961. Em sua concepção o controle da qualidade é exercido por especialistas. O modelo japonês difere deste enfoque porque adota o Controle da Qualidade Total com envolvimento de todos os empregados de todos os setores da organização, em todos os níveis hierárquicos. Daí ser denominado de TQC “no estilo japonês”. (CARRION,2008)

Atualmente, na era da pós-modernidade, observa-se uma transferência do foco de mercado do produto para o cliente. Antes a produção em massa de bens duráveis atendia as necessidades de consumo em massa dos indivíduos. Mas as necessidades humanas são ilimitadas. As pessoas criam expectativas não apenas à aquisição de produtos ou a contratação de um serviço, mas, também, quanto a toda a imagem que a marca da empresa traz. A satisfação do cliente passa, necessariamente, pelo conceito de qualidade dos produtos e/ou serviços. Assim, qualidade relaciona-se às expectativas que o cliente tem em relação aos produtos e por isso é necessário conhecer quais são essas expectativas e como elas são formadas.

No mundo corporativo a qualidade tem sido mencionada como fator de diferencial competitivo. Qualquer que seja o tipo de organização em que se trabalhe – um hospital, uma universidade, um banco, uma companhia de seguros, uma administração municipal, uma companhia aérea, uma fábrica -, a competição sempre está presente: competição por clientes, por estudantes, por pacientes, por recursos, por fundos. Na maioria das organizações de todos os tipos, restam muito poucas pessoas que ainda precisam ser convencidas de que a qualidade é a mais

importante das armas competitivas.

A redução continua dos custos, a produtividade e melhoria da qualidade têm demonstrado que são essenciais para as organizações se manterem em operação. A qualidade transformou-se na mais importante arma competitiva e muitas organizações estão apostando nesse modelo de gerência do futuro.

No que diz respeito especificamente à qualidade no atendimento, podemos dizer que o primeiro passo está na adequação do processo de recrutamento e seleção às necessidades da empresa e, principalmente, a gestão no controle de qualidade. Esse processo inicia-se com as especificações ao cargo, o perfil desejado do candidato à vaga. Mas de certo que a gestão em qualidade prevê um controle constante e durante os processos de treinamento e desenvolvimento de pessoas que os funcionários irão desenvolver-se pessoalmente e profissionalmente em sintonia com os objetivos da organização (COBRA, 1994).

4 | CONCLUSÃO

A qualidade dos serviços está nos detalhes. A relação entre o fornecedor e comprador do serviço está presente em muitos pontos individualizados de contato. Isso torna um serviço essencialmente distinto de um produto físico tangível, especialmente no que se refere à garantia de qualidade.

Analizar a qualidade em serviços esbarra na subjetividade de critérios que se relacionam tanto as necessidades dos consumidores quanto aos limites dos ofertantes de serviços. Associam-se a esses fatores os critérios de intangibilidade mais fortemente presentes na oferta de serviços médicos. Observa-se uma relação direta entre lucratividade e qualidade. Tem-se uma ação conjunta de redução de custos e de perdas com crescimento diretamente proporcional de lucro. Associado também a fidelização do cliente. O único resultado possível é o sucesso.

Cabe lembrar que a qualidade no atendimento não pode ser vista como um dever por parte da empresa, um simples “favor” que a mesma presta aos consumidores. Mas sim como uma obrigação para a empresa que busca o sucesso. Fidelizar o cliente é parte fundamental nesse processo. As empresas que não se atentarem para essa realidade infelizmente correm o risco de serem excluídas do mercado.

O consumidor está mudando sua postura. Ele está cada vez mais exigente. Mais do que adquirir um serviço ele deseja adquirir a própria imagem que a empresa passa. O mesmo acontece para os prestadores de serviço público. E as reformas proposta para o Estado refletem esse posicionamento. Por ser trata de bens públicos, voltados para o benefício da coletividade precisam estar refletindo essa mudança de postura dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, J. de. Q **O hospital no contexto empresarial**. São Paulo: Pioneira, 1987.
- CARNEIRO JUNIOR, N. **O setor público não-estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde**. São Paulo, 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- CARRION R. **Círculos de Controle de Qualidade**. Disponível em <<http://www.angelfire.com/ca2/quali/ccq.html>> acessado em 09 maior 2008
- COBRA, Marcos **Administração de vendas**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994
- FALCONI CAMPOS, V. **O valor dos recursos humanos na era do conhecimento**. Belo horizonte, MG: Fundação Christiano Ottoni, Escola de engenharia da UFMG 1995
- MARINHO, A. **Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de ranking**. Revista de Administração Pública, 1998. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 07 maio 2008.
- VASQUES, R. J. **Qualidade Total: caminho para sobrevivência e competitividade**. Disponível em <<http://www.rh.com.br>> Acessado em 08 maio 2008

UMA AVALIAÇÃO COMBINADA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DO PROJETO DE EXTENSÃO ENTRELAÇADOS PALHAÇOTERAPIA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE

Doron Reginatto

Universidade de Pernambuco – Faculdade de Ciências Médicas
Recife – Pernambuco

Cecília Coelho Moraes de Brito

Universidade de Pernambuco – Faculdade de Ciências Médicas
Recife – Pernambuco

Osvaldo Carlos Rodrigues Júnior

Universidade de Pernambuco – Faculdade de Ciências Médicas
Recife – Pernambuco

Thiago de Oliveira Silva

Universidade de Pernambuco – Faculdade de Ciências Médicas
Recife – Pernambuco

Patrícia Muniz Mendes Freire de Moura

Universidade de Pernambuco
Recife – Pernambuco

RESUMO: O estudante de medicina se depara com vários agentes estressores ao longo da formação acadêmica, prejudicando não somente a sua qualidade de vida, como a construção de um profissional de saúde mais humanizado. Diversos estudos propõem que atividades lúdicas desenvolvidas por projetos de Palhaçoterapia, por exemplo, possam minimizar tais níveis de estresse. O presente

estudo realizou uma análise qualitativa, através da aplicação de um questionário sobre qualidade de vida entre 90 estudantes, divididos em participantes e não-participantes do projeto Entrelaçados Palhaçoterapia, da Universidade de Pernambuco. Os resultados encontrados sugerem que ações desta modalidade se justificam e devam ser incentivadas objetivando a formação de um médico menos sobrecarregado pelo estresse acadêmico e mais empático.

PALAVRAS-CHAVE: Estudantes de Medicina; Avaliação de Estresse; Estresse acadêmico; Palhaçoterapia.

A COMBINED EVALUATION BETWEEN
MEDICAL STUDENTS OF THE
EXTENSION PROJECT ENTRELAÇADOS
PALHAÇOTERAPIA FROM UNIVERSIDADE
DE PERNAMBUCO – UPE

ABSTRACT: The medical student faces with various stressors throughout the academic education, harming not only their quality of life, but also the construction of a more humanized health professional. Several studies propose that playful activities developed by Clowntherapy projects, for example, can minimize such stress levels. The present study conducted a qualitative

analysis, by applying a questionnaire on quality of life among 90 students, divided into participants and non-participants of the project Entrelaçados Palhaçoterapia, of Universidade de Pernambuco. The results suggest that actions of this modality are justified and should be encouraged aiming the formation of a physician less burdened by academic stress and more empathetic.

KEYWORDS: Medical Students; Stress Evaluation; Academical stress; Clowntherapy

1 | INTRODUÇÃO

As ideias de “Patch Adams” são consideradas um grande marco para produções de estudos acerca das mudanças provocadas em pacientes por intervenções lúdicas em ambiente hospitalar por Palhaços-Terapeutas [3]. Seguindo essas ideias surgiu, em 2007, o projeto Palhaçoterapia, posteriormente chamado Entrelaçados Palhaçoterapia, formado por acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade de Pernambuco (UPE), tendo como objetivo o encontro, de uma forma mais profunda e humana, atingindo pacientes, acompanhantes, profissionais de saúde e até mesmo os próprios “palhaços-estudantes”, diminuindo os níveis de estresse dos envolvidos nas atuações hospitalares.

Em 1997, Capra et al já propuseram, que o estresse é um desequilíbrio do organismo secundário à influência ambiental, sendo essencial para a homeostase do organismo em doses moderadas. Porém, ao se expor ao estresse de forma prolongada, há um desequilíbrio constante, ocasionando sinais e sintomas físicos e psicológicos, até culminar em doenças orgânicas ou no âmbito da psique [1,6,7]. Como exemplo, há evidências de uma associação entre o estresse emocional e a queda na concentração salivar de imunoglobulinas, especialmente a imunoglobulina A secretora (S-IgA), agente protetor das mucosas. Assim, a mucosa passa a ficar vulnerável ao ataque de vários agentes patogênicos, favorecendo a instalação, sobretudo, de infecções do trato respiratório, comprovando a suscetibilidade a infecções a partir do estresse psicológico [6].

A todos fatores que podem desencadear desregulações da homeostase e causar estresse físico e/ou psicológico dá-se o nome de estressor [1], que podem ser externos ou internos ao indivíduo. De acordo com Lipp, já em 1996, o estresse se divide em quatro fases: alerta, resistência, quase exaustão e, por fim, a exaustão [8]. Desta forma, há uma progressão gradual do estresse, culminando com o desenvolvimento de “desgaste funcional” e sinais e sintomas físicos, até o momento em que a pessoa perde sua “funcionalidade”, atingindo a fase final do estresse.

No curso de medicina, é perceptível a negligencia de algumas faculdades em relação ao cuidado com o estresse no estudante. A educação médica possui uma

densa carga de estressores, impactando em uma população jovem e, por muitas vezes, vulnerável. Assim, ao invés de serem criados médicos empáticos com seus pacientes – o que se espera de um profissional da saúde – os futuros médicos acabam assimilando características contrárias a estas devido ao estresse ao qual são expostos durante os seis anos de curso médico [1], não se conseguindo formar o “médico humanizado”. Em estudo realizado na Universidade Católica do Chile (PALLAVICINI et al), evidenciou-se que 91% dos estudantes haviam passado por situação de estresse que podia durar meses. Os sintomas relatados estão entre ansiedade, tensão muscular, irritabilidade intensa, somatização em diversos órgãos, cansaço ou esgotamento permanente, desinteresse ou falta de concentração mental. Os sintomas aumentavam a partir do terceiro período com um pico no quinto ano de curso. Esta pesquisa mostrou que as principais causas de estresse eram o excesso de exigências acadêmicas e falta de tempo para se dedicar a atividades afetivas e espirituais [1].

Furtado et al chama atenção para as características do estudante de medicina que o torna vulnerável ao estresse: perfeccionismo e traços obsessivo-compulsivos de personalidade [1]. Assim, o aluno com perfil mais perfeccionista, ao falhar ou não corresponder com as expectativas, passa a sentir falta de controle, desesperança, fracasso, raiva, desespero e até mesmo ideação suicida. Neste contexto, o estudante de medicina pode se sentir paralisado pelo medo de errar, fazendo-o sentir-se impotente e com ideias de abandono do curso.

Diante deste contexto, acredita-se que haja uma necessidade da implantação de programas que abordem o caráter do estresse nos cursos de medicina [1], acreditando-se que a participação no projeto Entrelaçados Palhaçoterapia, projeto de humanização na saúde, atua de forma a reduzir a intensidade do impacto de estressores durante o curso médico. Uma das ideias predominantes neste projeto é de que os benefícios que os “palhaços-estudantes” trazem para o paciente são pequenos em relação aos benefícios que trazem para si próprios. Além disso, a participação no projeto faz com que o estudante passe a ter uma visão diferenciada do curso durante todo ele, contribuindo para a formação de um profissional de saúde mais empático e humanizado, que enxerga e se preocupa com o paciente de uma forma diferente.

2 | OBJETIVOS

- Objetivo Geral:
 - Investigar o percentual de estresse em estudantes que participam do projeto Entrelaçados Palhaçoterapia e os não-participantes.

- Objetivos específicos:
 - Caracterizar quanto ao sexo, os grupos de estudantes que participam do programa da Entrelaçados Palhaçoterapia e os não-participantes;
 - Aplicar escala de estresse nos grupos de estudantes que participam do programa da Entrelaçados Palhaçoterapia e os não-participantes;
 - Investigar se existe diferenças no percentual de estresse entre os grupos de estudantes que participam do programa da Entrelaçados Palhaçoterapia e os não-participantes.

3 | METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada a partir da aplicação de questionário para avaliação de nível de estresse desenvolvido por Vasconcellos (1985), com duração de Novembro/2015 à Abril/2016. Após a aplicação dos questionários, levou-se 02 meses para a interpretação dos dados e discussão.

- O questionário para avaliação de nível de estresse

O teste consta de 60 itens com respostas que variam de 0 a 3 de acordo com a frequência de cada sintoma relatado no questionário. O score total varia de 0 a 180 pontos, sendo os de menor pontuação relacionados à ausência ou baixa frequência dos sintomas de estresse, enquanto os de alta pontuação estão associados à alta frequência destes sintomas.

- Caracterização dos Grupos:

Período/Frequência	Semanal	Quinzenal	Mensal	Total
2º	6	0	0	6
3º	5	0	0	5
4º	2	1	0	3
5º	5	4	0	9
6º	6	9	4	19
7º	2	5	3	10
8º	0	1	1	2
9º	0	0	2	2
Total	26	20	10	56

Tabela 1: Organização dos estudantes do Grupo Teste quanto ao período acadêmico e à frequência de atuações

	Grupo Teste		Grupo Controle	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
2º	2	4	2	4
3º	3	2	3	3
4º	3	0	3	0
5º	6	3	6	4
6º	13	6	9	2

7º	6	4	1	1
8º	0	0	0	0
9º	0	0	0	0
Total	52		38	

Tabela 2: Distribuição dos participantes conforme o período acadêmico e o sexo

4 | RESULTADOS

Este projeto de pesquisa conta com a formação de dois grupos distintos: (1) o Grupo Teste, composto por estudantes participantes do projeto Entrelaçados Palhaçoterapia; (2) Grupo o Controle, composto por estudantes não participantes do projeto. Inicialmente o estudo tinha como objetivo encontrar um N total de 168 participantes, de forma que ficassem pareados da seguinte de forma 1:2, com 56 estudantes no Grupo Controle, a fim de não haver distorção dos resultados ao se comparar os grupos. Os autores, porém, não conseguiram alcançar o espaço amostral pré-determinado ao longo dos seis meses de acompanhamento.

Foram respondidos 90 questionários, sendo 52 do Grupo Teste e 38 do Grupo Controle. A análise dos dados permitiu a elaboração dos Gráficos a seguir, sendo realizada a comparação entre as médias dos *scores* de cada período entre os grupos e comparação entre o sexo dos participantes – Gráficos 1, 2 e 3.

Na avaliação dos resultados, tem-se que o Grupo Controle possui uma pontuação mais elevada, levando a um maior nível de estresse nestes estudantes (médias de 36,63 do Grupo Controle *versus* 33,91 do Grupo Teste). Pode-se observar, ainda, a grande diferença entre os grupos no 4º Período do curso médico. Algumas hipóteses podem ser levantadas para justificar este aspecto, sendo a principal hipótese o fato dos acadêmicos entrarem no ciclo médico nesta etapa, com maior contato com os diversos agentes estressores presentes na Faculdade de Medicina – um grande salto de responsabilidades, maior interação com os pacientes, relação mais próxima entre médico/paciente/doença, mais intensa “vivência médica” – e o fato de que, neste período, os participantes do projeto (Grupo Teste) atuam com maior frequência, em sua maioria.

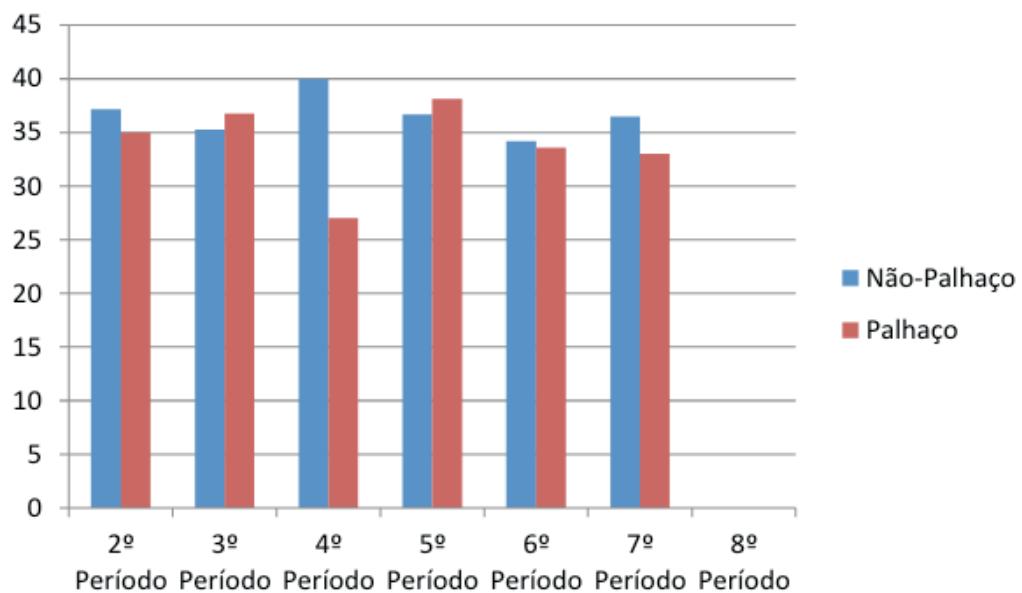


Gráfico 1 - Comparação entre as médias de cada período

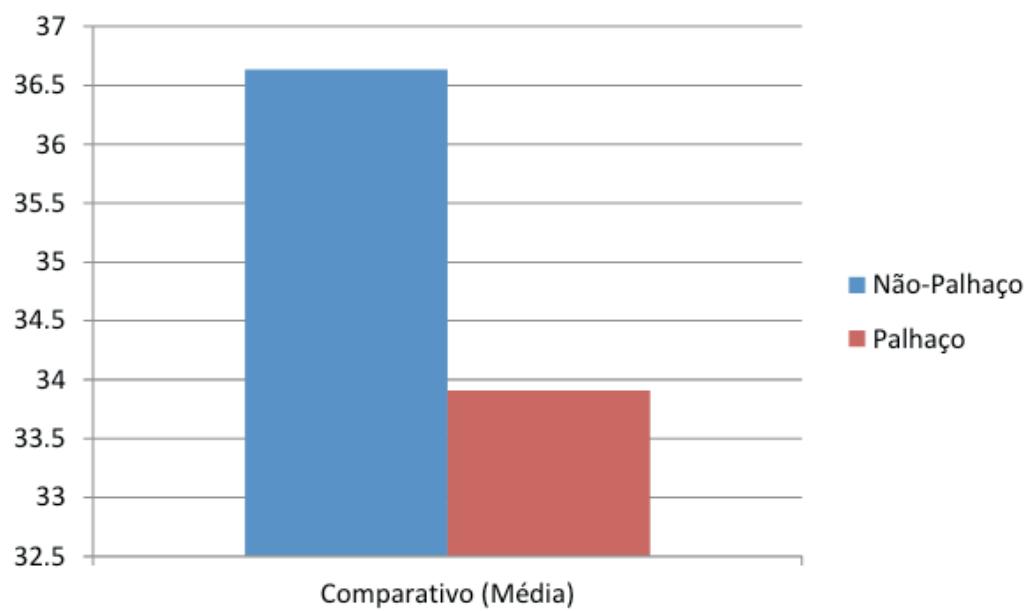


Gráfico 2 - Comparação entre as médias totais entre Grupo Teste e Grupo Controle

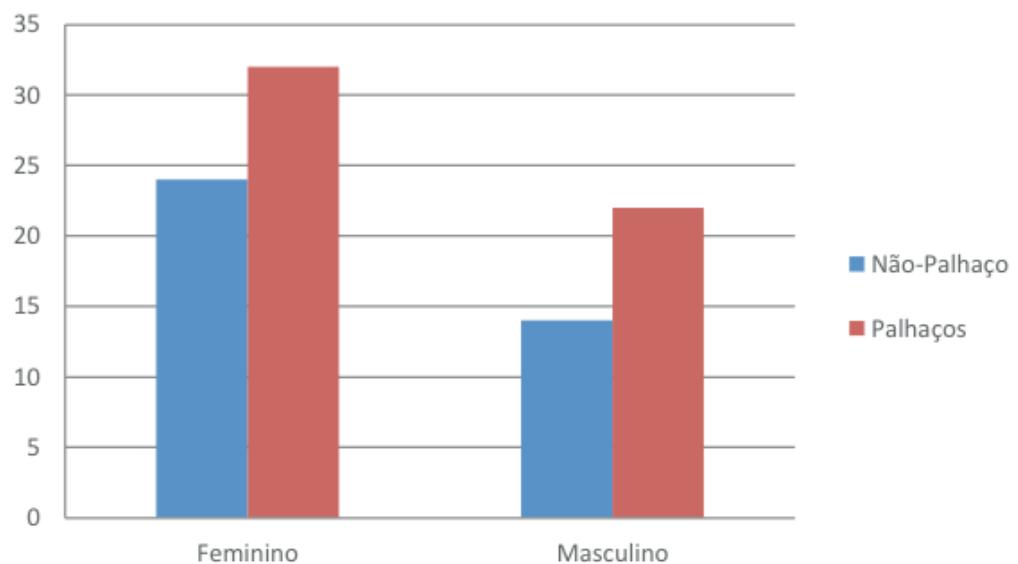


Gráfico 3 - Comparação entre os sexos dos grupos do estudo

5 | CONCLUSÃO

Algumas hipóteses foram levantadas para se justificar o não atingimento do número esperado de participantes. Entre elas, a mais aceitável foi o próprio fardo de estressores durante a formação médica, compondo uma vasta carga de atributos e ocupações, em diversos ambientes de aprendizado, que exigem a maior parte do tempo do estudante. Não raro, observa-se estudantes de medicina se dedicando as atividades acadêmicas em detrimento de momentos de descanso, lazer ou até mesmo com seus familiares.

Embora o estudo não tenha atingido o espaço amostral inicialmente planejado, foi possível identificar diferença significativa entre os grupos analisados. Desta forma, ratifica-se hipóteses levantadas em outros trabalhos, levando a conclusão da sobrecarga física e emocional que o curso médico traz para os estudantes. O alto nível e intensidade de estressores ao longo do curso pode atuar de forma dramática no desenvolvimento de futuros profissionais de saúde que frequentemente negligenciam a própria saúde em prol da formação médica os mais diversos atributos e exigências.

Por outro lado, é possível evidenciar, ainda, como atividades no âmbito da humanização e exercício de empatia e ressignificação, como as que são propostas nas atividades lúdicas do Entrelaçados Palhaçoterapia, pode gerar um impacto positivo na amenização dos estressores durante o curso médico.

REFERÊNCIAS

1. FURTADO, E.S.; FALCONE, E.M.O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**. 2003;7(2):43-51.
2. BENNETT, M.P.; LENGAVHER, C.A. Human and laughter may influence health. II. Complementary therapies and humor in a clinical population. **eCAM**. 2006; 3(2):187-90
3. AIRES, P.P.; GUEDES, A.; GOMES R.C.C.; BRASILEIRO R.S.F.; DIÓGENES S.G.; OLIVEIRA C.P.V.; AZEVEDO M.F.V.; Projeto Y de riso, sorriso e saúde: 5 anos de Palhaçoterapia na universidade federal do Ceará. **Rev. Extensão em ação**. 2011; 1(1):59-68
4. SOUZA A.L.; RODRIGUES M.O.C.; CARNAÚBA F.P., BARBOSA L.R. A utilização da terapia do humor no ambiente hospitalar: revisão integrativa. **Revista Saúde**. Santa Maria. 2013; 39(2):49- 56
5. COHEN S.; TYRREL D.A.J.; SMITH A.P. Psychological stress and susceptibility to the common cold. **N Engl J Med**. 1991; 325(9):606-12
6. NASCIMENTO, G.G. **O efeito do estresse psicológico na imunidade salivar secretória** [S.I.]. LUME Repositório Digital, 2009. Disponível em <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/18463>>. Acesso em Dez/2015.
7. AMENÁBAR, J.M. **Níveis de cortisol salivar, grau de estresse e de ansiedade em indivíduos**

com síndrome de ardência bucal. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

8. BENNETT, M.P.; LENGAVHER, C.A. Human and laughter may influence health. I. History and background. **eCAM**. 2006; 3(1):61–63
9. ZONTA, R. Estratégias de Enfrentamento do Estresse Desenvolvidas por Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro, v.29, nº 1, jan./abr. 2005

VASECTOMIA: OPÇÃO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO COMPLEXO UPE

Lucas Lessa Nunes

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco –
Universidade de Pernambuco
Recife-PE

Taciana Andrade de Abreu

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco –
Universidade de Pernambuco
Recife-PE

Priscylla Marinho dos Santos

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco –
Universidade de Pernambuco
Recife-PE

Bruna Sampaio de Sá

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco –
Universidade de Pernambuco
Recife-PE

Ralph Ruy Demy da Silva de Souto

Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco –
Universidade de Pernambuco
Recife-PE

Breno Arcanjo Chaves

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

Jamal Mohamed Salem Junior

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

Guilherme Tiburtino de Queiroz Sales

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC

Recife-PE

Danilo Luiz Brandão Regis

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

Roberto Aarão Cohen Foinquinos

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

Tibério Moreno de Siqueira Júnior

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

Francisco José Cardoso Cavalcanti

Departamento de Urologia - Hospital Universitário
Oswaldo Cruz - HUOC
Recife-PE

VASECTOMY: FAMILY PLANNING OPTION

AT UPE COMPLEX

OBJETIVO: o objetivo deste resumo visa explanar a legislação para a cirurgia de vasectomia, quais são as etapas no Complexo UPE e como o processo é realizado. **Descrição:** de acordo com o artigo 226 da lei 9263 da Constituição Federal, homens e mulheres têm direito ao planejamento familiar. Há métodos comportamentais e de barreira, medicações

orais e injetáveis, implantes subcutâneos e dispositivos intrauterinos. A vasectomia é considerada um método definitivo. De acordo com o artigo 10 da mesma lei, só é permitida a esterilização voluntária quando o homem for maior de 25 anos de idade ou tiver, pelo menos, dois filhos vivos. Para dar seguimento, o paciente deve comparecer espontaneamente ao CISAM (Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros) onde é avaliado pela equipe de enfermagem, assistente social e psicólogo, que orientam sobre o método e desencorajam a esterilização precoce. Posteriormente, o paciente é encaminhado ao ambulatório de urologia do HUOC para avaliação e agendamento da cirurgia, que só é executada respeitando o prazo legal de 60 dias desde a manifestação do desejo. Na operação, sob anestesia local em bolsa escrotal, o cordão espermático é acessado, isola-se e retira-se 1 cm de extensão do canal deferente de cada lado, impedindo o trânsito de espermatozoides. As extremidades são cauterizadas e ligadas separadamente para evitar recanalização. **Considerações finais:** a cirurgia é efetiva, de baixo custo, pouco complexa e dispensa internação, porém requer rigor à aplicação da lei, a fim de evitar futuros arrependimentos. **Palavras-chave:** vasectomia, planejamento familiar, UPE.

REFERÊNCIAS

Brasil. (12 de jan de 1996). *LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996*. Acesso em 20 de 03 de 2018, disponível em PLANEJAMENTO FAMILIAR: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm

Gonzaga Silva, L. F. (11 de 06 de 2012). *A polêmica do “ou” na lei de vasectomia*. Fonte: portal.cfm.org.br: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=22992:a-polemica-do-ou-na-lei-de-vasectomia

VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL: AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Francisco Fernandes Abel Mangueira

Enfermeiro - Mestre em Saúde Pública-UEPB
Campina Grande-PB.

Gustavo Correia Basto da Silva

Cirurgião Dentista - Mestre em Saúde Pública-UEPB
Campina Grande-PB.

Amanda Soares

Enfermeira - Mestra em Saúde Pública-UEPB
Campina Grande-PB.

Joanna Monique Fernandes de Almeida

Enfermeira – Especialista em Regulação em Saúde no SUS-(HSL)
São Paulo-SP.

Rondinele Antunes de Araújo

Enfermeiro – Especialista em Gestão em saúde-(Unimontes)
Montes Claro-MG

Osires de Medeiros Melo Neto

Engenheiro Civil – Especialista em Geotecnia-UniBF
Paraná-PR

Olímpia Maria Teixeira Ribeiro

Enfermeira – Especialista em Obstetrícia e Neonatologia-UNIT
Aracaju-SE

de apoio não reduziram os números de casos de violência a esse público. Dentre os diversos tipos de agressões, destaca-se o abuso sexual infantil no âmbito familiar. Não tão distante da realidade das equipes da Atenção Primária, alguns destes casos chegam às unidades Básicas de Saúde. Estudo descritivo, tipo relato de experiência vivenciado por profissionais de saúde da atenção básica do município de Bom Jesus – PB acerca da assistência prestada as vítimas de violência sexual infantil no âmbito domiciliar. O acolhimento ao acusado e a vítima permitiu o levantamento de dados após anamnese e exame físico, sendo a partir de então estabelecido e elaborado um plano de cuidado e de apoio para ambos, de acordo com o que ficou estabelecido judicialmente, ou seja, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF acompanha o acusado e o Centro de Referência e Assistência Social – CRAS acompanha a vítima. É perceptível falhas na ausculta e acolhimento, apesar dos profissionais passarem por treinamentos é importante que sejam estabelecidos estratégia específica, pois a cultura social e a baixa escolaridade da população interferem consideravelmente.

PALAVRAS-CHAVE: Agressão Sexual; Auxiliares em Cuidados em Saúde; Atenção Primária em Saúde

RESUMO: Os avanços das políticas públicas de saúde com a criação de leis específicas de proteção à criança e ao adolescente e de grupos

ABSTRACT: The advances in public health policies with the creation of specific laws to protect children and adolescents and support groups did not reduce the number of cases of violence to this public. Among the various types of aggressions, child sexual abuse is highlighted in the family context. Not so distant from the reality of the primary care teams, some of these cases reach the basic health units. This is a descriptive study, a report of experience experienced by health professionals of primary care in the municipality of Bom Jesus-PB on the assistance provided to victims of child sexual violence in the home environment. The acceptance to the accused and the victim allowed the data collection after anamnesis and physical examination, and from then on established and elaborated a plan of care and support for both, according to what was established judicially, that is, the nucleus of support to Family health-NASF accompanies the accused and the Center for referral and Social assistance – CRAS accompanies the victim. It is noticeable failures in auscultation and reception, although professionals undergo training it is important to establish a specific strategy, because the social culture and low schooling of the population interfere considerably.

KEYWORDS: Sexual Assault; Health Care Assistants; Primary Health Care

1 | INTRODUÇÃO

Dentre as formas de acesso ao Sistema único de Saúde – SUS, destacamos como uma das principais portas de entrada a Atenção Básica, baseando-se em sua definição estabelecida pela Política Nacional de atenção básica, em que se caracterize por um conjunto de ações de saúde, promoção e proteção da saúde, reabilitação, manutenção da saúde individual e ou coletivo. Essas ações são desenvolvidas por equipes de profissionais da saúde dirigidas a populações específicas e em territórios delimitados, sendo por essa via de acesso o maior contato dos usuários com o SUS (Brasil, 2006).

A atenção integral ao usuário do Sistema Único de Saúde – SUS não se concentra e não se limita apenas pela a atuação da Atenção Básica, pois os serviços disponibilizados por si só é incapaz de suprir a demanda e ou as necessidades de saúde da população. Portanto, para uma assistência integral a população que entrou em vigor uma proposta atual; as redes de serviços de saúde. Este é um serviço muito importante para assistir as necessidades da população, pois se trata de um sistema não hierarquizado, onde cada serviço tem seu papel específico e sua importância na prestação de assistência à comunidade dentro de suas competências, ou seja, não segue um modelo de hierarquização, mas sim uma forma de comunicação horizontal (TANAKA, 2011).

Principal porta de entrada do SUS, a Atenção Básica oferta diversos serviços

ao usuário, como acolhimento, escutar, oferecer respostas resolutivas para a maioria dos problemas de saúde, amenizar danos e sofrimentos e se comprometer pela efetividade dos cuidados, mesmo que ofertados em outros pontos da rede de saúde, a AB prima pela integralidade dos serviços prestados. Por isso, é importante destacar o trabalho em equipe, em que os saberes de cada profissional se somem e possam proporcionar uma atenção integral voltada para a população de territórios definidos que estão sob a responsabilidade sanitária das equipes de saúde (FIGUEIREDO, 2015).

São diversos os problemas sociais que necessitam das intervenções da Atenção Básica, dentre eles destacamos a violência infantil no âmbito familiar. Desde a antiguidade até os dias atuais a violência sexual contra criança e adolescentes acontecem no ambiente familiar. O pedido de socorro dessas vítimas para que a justiça fosse feita, levou o Estado a criar medidas de proteção para as crianças e adolescentes brasileiras (SOUSA e GODOY, 2010).

Apesar destas já estarem previstas na Constituição Federal, em leis específicas como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), disque denuncia e Conselho Tutelar; a violência sexual contra as crianças não chegou ao afim, e como mostram alguns estudos, estes números aumentaram consideravelmente. Com a ineficácia das leis já existentes quanto a essas medidas, alguns parlamentares lançaram no Congresso Nacional propostas de criação de leis mais severas contra as pessoas que cometem abusos sexuais contra crianças e adolescentes (SOUSA e GODOY, 2010).

Diante da complexidade dos problemas supracitados, se faz necessário um olhar amplo por parte de uma equipe multiprofissional, podendo assim apoiar a inserção da equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF na rede de serviços, o que garante a continuidade e a integralidade da atenção. Nessa perspectiva foram criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, formado por profissionais de diversas áreas de conhecimento como nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e psicólogos, que atuam de maneira integral com as equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica para populações específicas (FIGUEIREDO, 2015).

A rede de saúde do SUS é entendida como espaço favorável para enfrentar a problemática da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, desde o acolhimento, notificação, orientação e proteção das vítimas de violência, até as medidas mais complexas. Portanto, por possuir um vínculo direto com a comunidade, os profissionais da ESF são peças fundamentais na investigação, monitoramento e denuncia dos casos de violência contra crianças, onde é importante ressaltar a ligação da rede de saúde do SUS com outros órgãos competentes, como conselho tutelar, por exemplo, (SOUSA e GODOY, 2010).

A violência sexual contra crianças e adolescentes, segundo a Organização

Mundial de Saúde - OMS é definida como uma atividade sexual não consentida, não compreendida totalmente, ou seja, situação em que a vítima não está preparada; infringindo assim as leis e regras sociais. O abuso sexual infantil pode causar vários danos à vida de uma criança, como transtornos de ansiedade, depressão, medo, falta de interesse por brincadeira e estudos. Danos físicos também podem ser causados por tal ato, como por exemplo: lacerações, rompimento de hímen, Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs, sangramentos e gravidez (TAPIA; ANTONIASSE e AQUINO, 2014).

A atuação da equipe da ESF é muito importante na prevenção, promoção e recuperação da saúde das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no ambiente familiar. Estudos realizados apontam os profissionais de saúde como membros essenciais na identificação de vítimas e grupos de riscos para a violência, como também “peças” eficazes na execução de ações preventivas e medidas específicas (ÁVILA. *et al*;2012).

Diante do exposto, percebe-se a importância da atuação da Atenção Básica nas diversas situações que requer uma atenção específica por cada indivíduo, como por exemplo, as crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência vivenciada através da prestação de serviços de saúde, por profissionais da Atenção Básica, a uma vítima de violência sexual infantil no âmbito familiar.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência vivenciado por profissionais de saúde da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus – PB acerca da assistência prestada as vítimas de violência sexual infantil no âmbito domiciliar. Desenvolvido durante o acompanhamento de um caso de violência sexual intrafamiliar no primeiro semestre até meado do segundo semestre do ano de 2017, em que um tio adolescente violentou sexualmente o seu sobrinho, um menor de 12 anos de idade.

A coleta dos dados realizada que deu origem ao relato de experiência foi às anotações do prontuário da vítima e do acusado, que por correr em segredo de justiça (já que se trata de menores de idade) o prontuário do acusado fica armazenado sob total sigilo da equipe de saúde da Secretaria Municipal de Saúde e o da vítima fica sob a responsabilidade da equipe do Centro de Referencia e Assistência Social – CRAS do mesmo município, como determinado judicialmente.

As anotações nos prontuários demonstram os cuidados da equipe da Atenção Básica tanto a vítima quanto ao acusado, pois após a mãe juntamente com a vítima

terem procurado atendimento na Unidade Básica do município, tiveram o acolhimento da equipe de enfermagem. Em seguida foram encaminhados para consulta médica, onde foram realizados os exames físicos, psicossociais e prescrição dos cuidados imediatos, como medidas profiláticas (administração de vacinas para prevenir algumas Infecções Sexualmente transmissíveis), por exemplo. Por determinação judicial a vítima segue sob os cuidados dos profissionais da equipe do CRAS, especialmente cuidados psicológicos. Já o acusado segue sendo acompanhado pela equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF que também recebe cuidados psicológicos quinzenalmente, assim como também os demais cuidados se necessário da equipe de saúde que integram a Atenção Básica.

A apreciação desse relato de experiência se alcançou abordando os profissionais que atuam na Atenção Básica, como também, através das informações registradas nos prontuários dos envolvidos, os quais só são permitidos o acesso aos profissionais de saúde que acompanham o caso. A discussão foi realizada a partir dos dados encontrados em documentos, como os prontuários, por exemplo, assim como através de informações fornecidos pelas equipes que acompanham o caso, levando-se em consideração a ética profissional e do sigilo exigido judicialmente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os cuidados disponibilizados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica aos usuários do SUS seguem os modelos exigidos pelo Ministério da Saúde como, por exemplo, os cadernos da atenção básica e também o que estabelece a lei orgânica da saúde 8080/90 que trata da universalidade, integralidade e equidade. As equipes que integram a AB como ESF e NASF e parcerias afins (outras secretarias) como CRAS, por exemplo, proporcionam um acolhimento e acompanhamento das pessoas envolvidas neste caso dentro das regras e normas estabelecidas por cada órgão competente dentro de suas limitações.

O acolhimento ao acusado e a vítima permitiu o levantamento de dados após anamnese e exame físico, sendo a partir de então estabelecido e elaborado um plano de cuidado e de apoio para ambos, de acordo com o que ficou estabelecido judicialmente, ou seja, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF acompanha o acusado e o Centro de Referência e Assistência Social – CRAS acompanha a vítima.

O NASF que integra a equipe de apoio a ESF do município de Bom Jesus é atualmente composto por Um fisioterapeuta, uma nutricionista, uma assistente social e uma psicóloga. A principal assistência que esta sendo prestada ao o acusado é o acompanhamento psicológico, em que o mesmo faz sessões de terapias a cada

quinze dias. A vítima após receber os primeiros cuidados da equipe da ESF do município, segue sendo acompanhando pela equipe do CRAS também do mesmo município. Sempre que se for necessário, a criança (vítima) será encaminhada para atendimento da equipe da ESF.

Por se tratar de um assunto bastante delicado, é imprescindível um olhar amplo da equipe que constitui a AB, pois, segundo TAPIA e colaboradores 2014, a violência sexual infantil, pode trazer prejuízos enormes para a vida dessas crianças. Por isso a importância de uma atuação em conjunto de todas as equipes que compõe a rede de saúde como também, das equipes afins, como o CRAS e Conselho Tutelar, por exemplo.

4 | CONCLUSÃO

A assistência que é disponibilizada para os envolvidos neste caso de violência sexual infantil no ambiente familiar, vem sendo de fundamental importância, pois proporciona os cuidados necessários que os envolvidos necessitam, assim como, as providencias que devem ser tomadas diante deste fato. As equipes se disponibilizam totalmente para prestar a assistência tanto para acusado como para a vítima e membros da família, dentro de suas competências e limitações.

No entanto, com base nos relatos dos profissionais de saúde envolvido neste caso, observa-se a interferência dos paradigmas^{*} sociais nas ações das equipes que compõe a Atenção Básica no cuidado aos casos de violência sexual. Essa “fragilidade” ocorre desde o primeiro atendimento na recepção até os serviços mais complexos. Ainda é perceptível falhas na auscultação e acolhimento, apesar dos profissionais passarem por treinamentos é importante que sejam estabelecidos estratégia mais específica, pois a cultura social e a baixa escolaridade da população interferem consideravelmente nestes casos, em que a maioria não aceita falar sobre o assunto, não fala o que realmente sentem, dificultando assim uma assistência de qualidade.

A Atenção Básica exerce um papel importante na prestação de serviços à população. Estes cuidados são disponibilizados através das principais portas de entrada ao SUS, como a Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de apoio, por exemplo. Por isso é de fundamental importância que os profissionais que constituem a AB estejam capacitados para lidar com os diversos tipos de situações que requer cuidados da equipe.

Estes profissionais devem passar por cursos de aperfeiçoamento e qualidade no atendimento, em que se leve em consideração a cultura social local. Assim é importante que o Sistema Público de Saúde possa estar disponibilizar métodos de capacitação mais complexos, abordando temas como, por exemplo, lidar com os

casos de violência sexual na comunidade. Informar sobre os serviços de referência e contra referência na rede, para que assim sejam ofertados serviços humanizados e de qualidade para a população.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, J. A. et al. **Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Estudos com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.** VITALLE. Rio Grande, v. 24, n. 2, p. 43-51, 2012.

BRASIL, **Política Nacional de Atenção Básica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos/ Série Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v. 4, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 15 set. 2017.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.** UNA-SUS IUNIFESP. 2015. Disponível em:<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf> Acesso em: 16 set. 2017.

SANTOS, S. J; YAKUWA, M, S. **A estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa.** Rev. Soc. Bras. Enfermagem. Pedro. v. 15, n.1, p. 38-43, junho 2015.

SOUZA, M. A. R. C; GODOY, A. P. Z. **Violência sexual infantil no âmbito familiar.** 2010 Disponível em: <http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/3e775c0921e949b31038e68f21ae8e53.pdf> Acesso em: 16 set. 2017.

TANAKA, O. Y. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Uma nova proposta.** Saúde Soc. São Paulo, V. 20, n. 4, p.927-934, 2011.

TAPIA, C. E. V; ANTONIASSE, L. J; AQUINO, J. P. **Papel do Enfermeiro Frente ao Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes.** Revista Saúde em Foco. Teresina, n. 1, art. 7, p. 93-102, jan. / jul. 2014.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 33, 38, 53, 54, 55, 58, 122, 123, 124, 139, 177, 182, 210, 212, 213, 236, 238, 240, 241
Agente Comunitário de Saúde 7, 8, 11, 75
Agressão Sexual 236
Alimentação saudável 101, 102, 104, 119, 121, 122, 123, 156, 158, 159, 160, 161
Amamentação 33, 39, 45, 48, 179
Assistência materno-infantil 173
Atenção Primária à Saúde 8, 12, 21, 27, 70, 81, 82, 120, 124
Atenção Primária em Saúde 77, 236
Atendimento ao público 218, 219
Auxiliares em Cuidados em Saúde 236
Avaliação de Estresse 226
Avaliação em saúde 71

B

Bioética 25, 28, 29, 31, 206, 207, 208

C

Ciências 6, 26, 53, 61, 84, 110, 125, 135, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 152, 153, 154, 155, 165, 185, 188, 201, 217, 226, 227, 234, 243
Comunicação 11, 20, 24, 26, 27, 38, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 64, 92, 116, 117, 135, 136, 149, 157, 170, 198, 206, 207, 237
Comunidade 3, 7, 8, 9, 10, 11, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 73, 75, 79, 81, 98, 100, 104, 112, 123, 145, 157, 164, 165, 166, 218, 221, 222, 237, 238, 242
Cuidado 3, 5, 10, 11, 12, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 33, 38, 55, 62, 63, 66, 80, 98, 108, 109, 111, 113, 114, 115, 117, 118, 121, 122, 123, 127, 148, 160, 171, 172, 178, 182, 183, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 220, 227, 236, 240, 241
Cultura 3, 6, 10, 28, 67, 87, 97, 100, 101, 178, 183, 236, 241, 243

D

Demandas Educativas 61, 63, 64, 65, 67, 69
Diabetes Mellitus 96, 97, 99
Direitos da mulher 210, 215
Diretrizes Curriculares Nacionais 20, 22, 25, 55, 163, 164, 169, 185, 186, 187, 192, 193, 194
Discentes 23, 26, 55, 56, 185, 187, 188, 190, 191, 193, 196, 213, 214, 215
Doença de Chagas 13, 14, 15, 16, 17, 18

E

Educação 3, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 26, 27, 58, 62, 66, 67, 70, 76, 77, 83, 84, 85, 87, 88, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 116, 119, 121, 122, 123, 124, 129, 135, 136, 137, 138, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 165, 171, 172, 179, 187, 190, 193, 195, 197, 199, 208, 209, 210, 213, 215, 219, 227, 233, 243
Educação em Saúde 3, 5, 6, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 67, 70, 83, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 119, 121, 122, 123, 124, 187, 210, 213, 215
Educação Médica 21, 26, 155, 163, 165, 172, 227, 233
Educação Musical 137, 138, 142
Empatia 91, 100, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 177, 182, 232
Enfermagem 1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 28, 40, 61, 62, 70, 75, 82, 98, 99, 100, 104, 106, 122, 124, 135, 136, 154, 155, 161, 173, 175, 178, 181, 182, 183, 184, 192, 196, 198, 208, 210, 214, 235, 240, 242, 243
Enfermagem obstétrica 173
Ensino 3, 8, 12, 13, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 36, 38, 45, 65, 79, 91, 98, 119, 121, 124, 139, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 158, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 183, 185, 189, 190, 191, 196, 197
Ensino-aprendizagem 3, 20, 22, 25, 145, 146, 147, 148, 152, 155, 163, 170
Equoterapia 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95
Esquistossomose 1, 2, 3, 5, 6
Estratégia Saúde da Família 2, 8, 11, 24, 26, 61, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 81, 209, 238, 242
Estresse acadêmico 226
Estudantes de Medicina 56, 226, 232, 233
Ética 20, 21, 22, 25, 31, 35, 64, 84, 127, 129, 146, 158, 164, 165, 169, 176, 179, 198, 200, 201, 205, 206, 207, 208, 240

F

Fisioterapia 70, 84, 94, 126, 128, 136, 243

G

Gestação 34, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 127, 173, 174, 175, 176, 177, 210, 211, 212, 213
Gestão de Leitos 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116
Gravidez 33, 43, 45, 51, 52, 80, 127, 173, 175, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 239

H

Hipertensão 47, 48, 61, 65, 92, 96, 99, 105, 115
Hospitalização 58, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 134, 135, 136
Humanismo 28
Humanização 25, 53, 54, 55, 56, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 134, 136, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 199, 201, 208, 228, 232
Humanização na assistência ao parto 173

I

- Idosos 4, 6, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 79, 82
- Inserção social 84, 89

K

- KANBAN 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117

L

- Logística Hospitalar 107, 110

M

- Medicina 18, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 94, 155, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 172, 192, 201, 202, 203, 204, 205, 208, 209, 210, 220, 225, 226, 227, 228, 230, 232, 233, 243
- Medicina Comunitária 21
- Medida Psicométrica 163, 166, 168
- Metodologias de Ensino 152, 163, 166
- Métodos 41, 44, 81, 82, 86, 145, 147, 170, 181, 204, 212, 234, 241
- Modelos de assistência à saúde 71

P

- Palhaçoterapia 226, 227, 228, 229, 230, 232
- Pediatria 39, 126, 127, 129, 135
- Perfil 2, 8, 18, 21, 22, 25, 70, 79, 109, 135, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 176, 177, 178, 185, 187, 188, 189, 190, 195, 196, 197, 224, 228
- Pessoa com deficiência 84
- Planejamento familiar 80, 81, 212, 234, 235
- Prevenção 3, 4, 5, 6, 11, 14, 15, 23, 24, 33, 36, 66, 67, 72, 76, 77, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 175, 179, 187, 198, 199, 200, 201, 203, 205, 213, 214, 215, 239
- Projeto Pedagógico 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 196
- Promoção a saúde 84

R

- Repercussão Fetal 42
- Repercussão Materna 42

S

- Saúde coletiva 12, 59, 70, 105, 184, 189, 190, 191, 192, 196, 197
- Saúde Coletiva 26, 59, 117, 135, 136, 155, 161, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 207
- Saúde pública 1, 13, 14, 17, 72, 127
- Saúde Pública 12, 18, 39, 105, 144, 154, 161, 162, 183, 184, 189, 191, 198, 208, 209, 220, 236, 243

Serviços de saúde 9, 11, 22, 24, 26, 39, 57, 62, 69, 71, 81, 105, 108, 111, 195, 196, 203, 204, 206, 218, 221, 237, 239

Social 5, 6, 9, 10, 16, 20, 21, 25, 28, 29, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 62, 63, 72, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 99, 107, 108, 113, 121, 130, 148, 149, 150, 151, 155, 157, 159, 160, 165, 166, 169, 171, 177, 178, 190, 191, 192, 196, 202, 206, 209, 213, 218, 219, 220, 221, 222, 235, 236, 237, 239, 240, 241

T

Terapias Complementares 198, 201

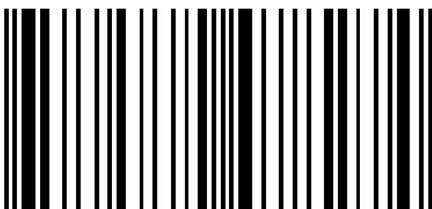
Tireoidopatias 41, 42, 44, 51, 52

V

Vasectomia 234, 235

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-7247-827-4



9 788572 478274