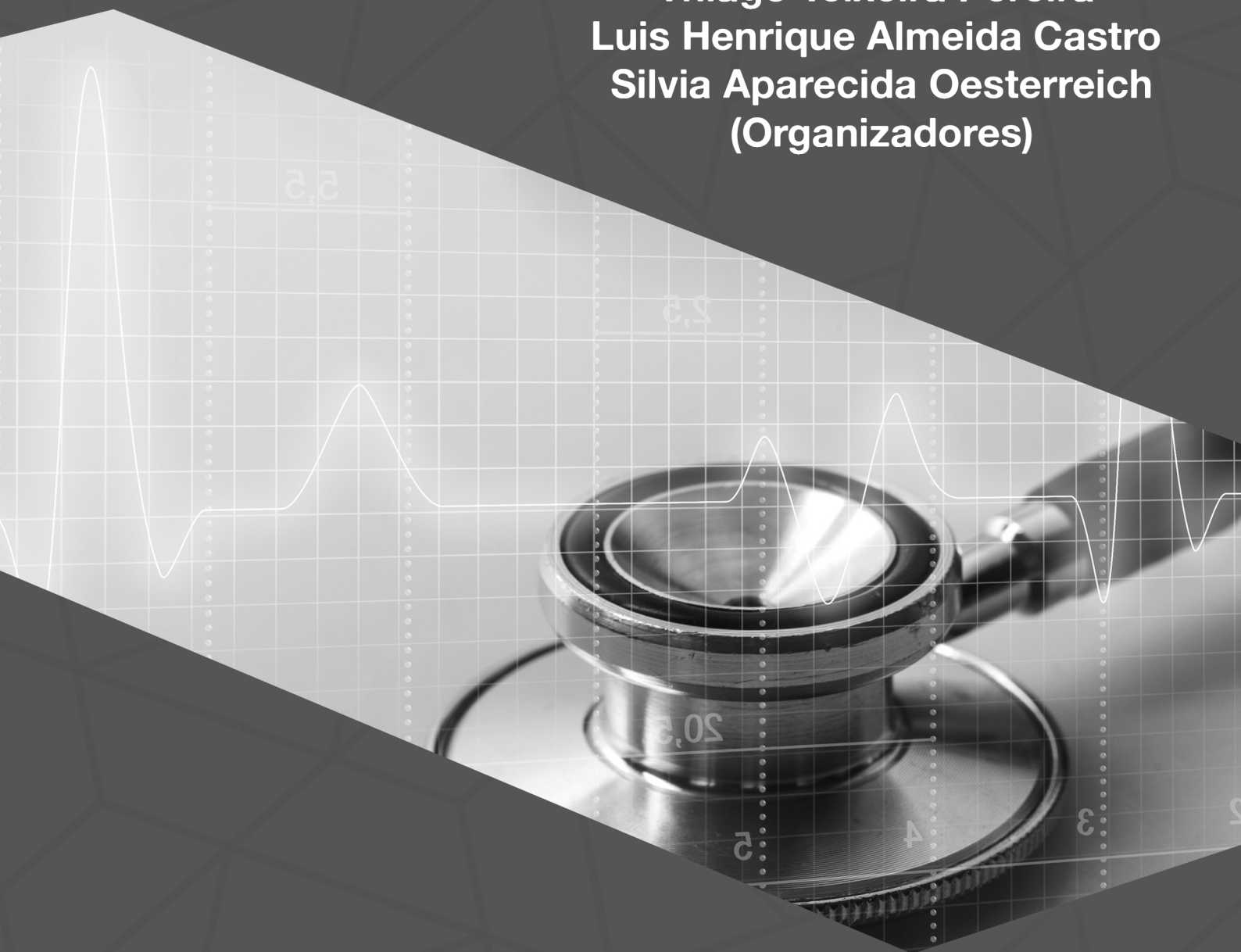


Thiago Teixeira Pereira
Luis Henrique Almeida Castro
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)



Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 3

**Thiago Teixeira Pereira
Luis Henrique Almeida Castro
Silvia Aparecida Oesterreich
(Organizadores)**



Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 3

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho 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. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
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
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
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 Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
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 Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
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
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
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
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
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

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

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

C569 Ciências da saúde campo promissor em pesquisa 3 [recurso eletrônico] / Organizadores Thiago Teixeira Pereira, Luis Henrique Almeida Castro, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
 Modo de acesso: World Wide Web
 Inclui bibliografia
 ISBN 978-85-7247-974-5
 DOI 10.22533/at.ed.745200302

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida. III. Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa” apresenta um panorama dos recentes estudos tecnocientíficos realizados na área da saúde por profissionais, acadêmicos e professores no Brasil. Seu conteúdo, disponibilizado neste e-book, aborda temas contemporâneos e multitemáticos apresentando um compêndio conceitual no intuito de embasar futuras pesquisas. Trata-se de um compilado de cento e cinco artigos de variadas metodologias: revisões de literatura, estudos primários, estudos-piloto, estudos populacionais e epidemiológicos, ensaios clínicos, relatos de experiência, dentre várias outras.

De modo a orientar e guiar a leitura do texto, a obra está dividida em quatro volumes: o primeiro destaca questões relacionadas à profilaxia de forma geral, apresentando possíveis tratamentos de cunho farmacológico e não farmacológico; o segundo abarca estudos focados nas afecções patológicas humanas abordando suas origens, incidências, ocorrências, causas e inferências ao indivíduo e à coletividade; o terceiro tem seu cerne nas políticas públicas, ações educacionais e ações comunitárias, buscando teorizar possíveis ações necessárias para a melhora do bem-estar e da qualidade de vida das populações; e, por fim, o quarto volume engloba trabalhos e produções no eixo temático da inter e da multidisciplinaridade discorrendo sobre como esta conjuntura pode impactar a prática clínica e da pesquisa no âmbito das ciências da saúde.

Apesar de diversos em sua abordagem, o conteúdo deste livro retrata de forma fidedigna o recente cenário científico editorial: dentre os países que compõe a Comunidade de Países de Língua de Portuguesa, o Brasil liderou em 2018, a exemplo, o ranking de maior número de produções indexadas nas bases de dados Scopus, Web of Science e MEDLINE. Tal, além de colocar a ciência brasileira em posição de destaque, vem reforçar ainda mais a área da saúde como um campo promissor em pesquisa. Desta forma, enquanto organizadores, esperamos que esta obra possa contribuir no direcionamento da investigação acadêmica de modo a inspirar a realização de novos estudos fornecendo bases teóricas compatíveis com a relevância da comunidade brasileira para a ciência na área da saúde.

Thiago Teixeira Pereira
Luis Henrique Almeida Castro
Silvia Aparecida Oesterreich

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO 1 | 1 |
| A ESCUTA PSICANALÍTICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO AÇÃO PREVENTIVA AO FEMINICÍDIO E PARA A ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS | |
| Marcella Pereira de Oliveira Léia Prizskulnik | |
| DOI 10.22533/at.ed.7452003021 | |
| CAPÍTULO 2 | 14 |
| A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE UMA ANÁLISE DAS PAUTAS E AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE BOA VISTA/RR NOS ANOS DE 2017 E 2018 | |
| Juliana Cristina Sousa da Silva Elemar Kleber Favreto Cristiane do Nascimento Brandão | |
| DOI 10.22533/at.ed.7452003022 | |
| CAPÍTULO 3 | 33 |
| AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O TRACOMA NO MUNICÍPIO DE MORENO-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA | |
| Maria Beatriz Araujo da Silva Cintia Michele Gondim de Brito Celina Vieira Ferraz Isis Catharine de Melo Souza Thays de Melo Bezerra Pâmela Campos Marinho Larissa de Albuquerque Cordeiro Nathalia Machado Barbosa Silva Caio César Alves Victor | |
| DOI 10.22533/at.ed.7452003023 | |
| CAPÍTULO 4 | 40 |
| AÇÕES EM SAÚDE NA COMUNIDADE RIBEIRINHA – UM ENFOQUE DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA | |
| Clara Loreine Andrade Rodrigues Débora Marchetti Chaves Thomaz Alice Bizerra Reis Iasmin Mayumi Enokida Patrícia Cristina Vicente Rayssa de Sousa Matos da Costa | |
| DOI 10.22533/at.ed.7452003024 | |
| CAPÍTULO 5 | 46 |
| ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: PANORAMA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM | |
| Leonardo Londero Orsolin Vanderleia Teles Ferreira Fernanda Stock da Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.7452003025 | |

CAPÍTULO 6 55

ADVOCACIA EM SAÚDE À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristiane Lopes Amarijo
Aline Belletti Figueira
Camila Daiane Silva
Daniele Ferreira Acosta

DOI 10.22533/at.ed.7452003026

CAPÍTULO 7 66

ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS PARA FORMAÇÃO CONTINUADA COM ÊNFASE NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICs) NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

João Paulo Alves de Albuquerque
Maria Lusía de Moraes Belo Bezerra
Solma Lucia Solto Maior de Araujo Baltar
Cícera Lopes dos Santos
Aruska Kelly Gondin Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.7452003027

CAPÍTULO 8 80

APLICAÇÃO DA ESCALA DE CONNERS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Laura Beatriz de Mello Baldovino
Lucas Erotildes de Souza
Alexandra Bernardelli de Paula
Elaine Bernachie de Lima
Ellen Judith de Castro Delefrati
Felipe Carpenedo
Maíra Yamaguchi
Rafael Corio Gabas
Suzane Missako Ueda
Ana Caroline Comin
Lucas Jagnow Guerra
Marcos Antonio da Silva Cristovam

DOI 10.22533/at.ed.7452003028

CAPÍTULO 9 90

APLICAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS EM ESCOLARES COM BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Maria Sílvia Jordan
Lucas Erotildes de Souza
Adrielly Aparecida Garcia
Luísa Manfredin Vila
Lorena Meleiro Lopes
Heitor Rocha de Oliveira
Giórgia Padilha Fontanella
Gabriela Sotana Rodrigues
Júlia Natsumi Hashimoto
Vinícius Vedana
Karina da Silva Arnold
Marcos Antonio da Silva Cristovam

DOI 10.22533/at.ed.7452003029

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 10 | 101 |
| AS CONTRIBUIÇÕES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADOS AOS UNIVERSITÁRIOS – AS EXPERIÊNCIAS NO GAPAC | |
| Débora Maria Biesek Giseli Monteiro Gagliotto | |
| DOI 10.22533/at.ed.74520030210 | |
| CAPÍTULO 11 | 110 |
| ATENÇÃO À OBESIDADE - DA PESQUISA À EXTENSÃO: A ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE | |
| Allan Cezar Faria Araújo Marcia Cristina Dalla Costa Claudia Regina Felicetti Lordani Ligiane de Lourdes da Silva Gustavo Kiyosen Nakayama Jaquiline Barreto da Costa Daniela Prochnow Gund Eliani Frizon Carmen Lúcia Schmitz Braibante Josene Cristina Biesek | |
| DOI 10.22533/at.ed.74520030211 | |
| CAPÍTULO 12 | 120 |
| CONDUTAS UTILIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS | |
| Leonardo Londero Orsolin Liciane Palma Friederich | |
| DOI 10.22533/at.ed.74520030212 | |
| CAPÍTULO 13 | 128 |
| DIFERENTES FORMAS DE ABORDAGEM EDUCATIVA EM AÇÃO VOLTADA PARA CRIANÇAS AUTISTAS | |
| Bárbara dos Santos Limeira Rafaela Cristine Lima de Souza Ida Caroline Dourado Portela Viviane Ferreira da Silva Renayra Barros Pereira Arissane de Sousa Falcão Patrício Francisco da Silva | |
| DOI 10.22533/at.ed.74520030213 | |
| CAPÍTULO 14 | 135 |
| ESTUDO FARMACOTERAPÊUTICO, EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO ECONÔMICO DA ASMA EM UNIDADES DE SAÚDE BRASILEIRAS: UMA REVISÃO NARRATIVA | |
| Cícero Erison dos Santos Espíndola Melo Gabriel Romero Melo do Rêgo Barros Lucas Vinícius Rodrigues de Alcântara Silva Ana Cláudia Florêncio Neves Rosiel José dos Santos | |
| DOI 10.22533/at.ed.74520030214 | |

CAPÍTULO 15 152

EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO NORTEADOR NO CUIDADO À SAÚDE

Karine Ribeiro Alves
Nagila Gabriela Dalferth Paludo
Marcia Regina Silvério Santana Barbosa Mendes
Marizete da Silva Nunes Ortiz

DOI 10.22533/at.ed.74520030215

CAPÍTULO 16 158

MODALIDADE DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO DURANTE O EXAME DE PAPANICOLAU - EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Viviane Cunha de Abreu
Ayane Araújo Rodrigues
Maria Tassyelia Batista Carlos
Nicislania Linhares Vasconcelos Costa
Marina Braga de Azevedo
Cláudio Soares Brito Neto
Ana Larisse Canafístula Coelho
Maria Isabel de Oliveira Braga Carneiro
Advárdia Alves de Medeiros
Samara Márcia Gertrudes Monte
Angélica Vasconcelos Dias
Suênia Évelyn Simplício Teixeira

DOI 10.22533/at.ed.74520030216

CAPÍTULO 17 163

O NUTRICIONISTA NO PROGRAMA TELESSAÚDE

Maria Thereza Furtado Cury
Cíntia Chaves Curioni
Célia Lopes da Costa
Flávia dos Santos Barbosa Brito

DOI 10.22533/at.ed.74520030217

CAPÍTULO 18 174

OS MICRÓBIOS NO NOSSO DIA A DIA: COMPARTILHANDO SABERES, NOÇÕES DE HIGIENE E PROFILAXIA COM OS ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA REDE DE ENSINO DE SÃO GONÇALO E NITERÓI, RJ

Rogério Carlos Novais
Mônica Antônia Saad Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.74520030218

CAPÍTULO 19 182

PERFIL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ESCOLAR DA LIGA DE PEDIATRIA DA UNIOESTE (LIPED)

Marcos Antonio da Silva Cristovam
Luísa Manfredin Vila
Lorena Vaz Meleiro Lopes
Júlia Natsumi Hashimoto
Alexandra Bernardelli de Paula
Ana Caroline Comin
Ellen Judith de Castro Delefrati
Gabriela Sotana Rodrigues
Giorgia Padilha Fontanella
Heitor Rocha de Oliveira

Karina da Silva Arnold
Vinícius Vedana
DOI 10.22533/at.ed.74520030219

CAPÍTULO 20 188

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA GERENCIAL NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

Ellen Marcia Peres
Helena Ferraz Gomes
Alessandra Sant'anna Nunes
Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires
Priscila Cristina da Silva Thiengo
Carolina Cabral Pereira da Costa
Livia Fajin de Mello dos Santos
Advi Catarina Barbachan Moraes
Luciana Guimarães Assad
Sílvia Maria de Sá Basílio Lins
Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

DOI 10.22533/at.ed.74520030220

CAPÍTULO 21 197

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO E O IMPACTO NA OCORRÊNCIA DE MENINGITE BACTERIANA

Rafaela Altoé de Lima
Janine Pereira da Silva
Cristina Ribeiro Macedo
Valmin Ramos-Silva

DOI 10.22533/at.ed.74520030221

CAPÍTULO 22 208

PROJETO DE EXTENSÃO “FILHOS PREDILETOS” ÁREA TEMÁTICA: Promoção de Saúde

Christian Giampietro Brandão
Ricardo Augusto Conci
Alexandre de Almeida Weber

DOI 10.22533/at.ed.74520030222

CAPÍTULO 23 213

PROPOSTA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DO CRUTAC NO CERRADO GRANDE - PONTA GROSSA-PR

Edmar Miyoshi
Marissa Giovanna Schamne
Sinvaldo Baglie

DOI 10.22533/at.ed.74520030223

CAPÍTULO 24 220

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV NA REGIÃO SUDESTE

Denize Cristina de Oliveira
Rômulo Frutuoso Antunes
Juliana Pereira Domingues
Yndira Yta Machado
Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio
Ana Paula Munhen de Pontes
Rodrigo Leite Hipólito

CAPÍTULO 25 230

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

Sylvia Fátma Gomes Rocha
Maria Terezinha Bretas Vilarino

DOI 10.22533/at.ed.74520030225

CAPÍTULO 26 248

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SAMU: A PARCERIA QUE DÁ CERTO

Edlaine Faria de Moura Villela
George Santiago Dimech
Márcio Henrique de Oliveira Garcia

DOI 10.22533/at.ed.74520030226

CAPÍTULO 27 261

VIVENCIANDO A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARASITOLOGIA: ASSOCIAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Claudia Moraes Clemente Leal
Ivaneide de Almeida Ramalho
Adriana Raineri Radighieri
Amanda Campos Bentes
Beatriz Albuquerque Machado
Cintya dos Santos Franco
Regina Bontorim Gomes
Tamirys Franco Cunha
Juliana Ferreira Gomes da Silva
Daniel Barbosa Guimarães
Julia Leonidia de Oliveira Silva
Isabella de Oliveira da Costa
Renata Heisler Neves

DOI 10.22533/at.ed.74520030227

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 274

ÍNDICE REMISSIVO 276

A ESCUTA PSICANALÍTICA DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO AÇÃO PREVENTIVA AO FEMINICÍDIO E PARA A ORIENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Data de aceite: 21/12/2019

Marcella Pereira de Oliveira

Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica
São Paulo – São Paulo

Léia Prizskulnik

Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica
São Paulo – São Paulo

RESUMO: A necessidade de se pensar a violência contra a mulher é imprescindível para a saúde pública, já que registros de feminicídios crescem no Brasil. O objetivo deste trabalho é ressaltar a importância da escuta psicanalítica de mulheres vítimas de violência como ação preventiva ao feminicídio e para a orientação de políticas públicas. O método é a pesquisa qualitativa em psicanálise. Os altos índices de violência contra as mulheres implicaram que ela saísse do domínio privado e se tornasse responsabilidade do Estado. A Lei Maria da Penha (2006) representa um dos mais relevantes avanços legislativos. A terceira edição do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM: 2013-2015) inaugura a primeira unidade da Casa da Mulher Brasileira, que se propõe a oferecer serviços especializados para vítimas de

violência com apoio de psicólogos, assistentes sociais, defensores públicos etc., e as que funcionam apresentam resultados efetivos na redução de feminicídios. Os resultados encontrados são que a escuta diferenciada que a psicanálise preconiza possibilita buscar as mensagens cifradas das mulheres, e essas mensagens podem orientar políticas públicas mais direcionadas que atendam onde elas mais precisam, da forma como precisam, e que tenham efeito de mudança no pensamento e ações. Conclusão: A psicanálise numa equipe multidisciplinar de apoio a mulheres possibilita que elas possam ser orientadas em políticas públicas mais direcionadas, elaborar suas experiências e repensar suas posições subjetivas em suas relações afetivas, o que pode prevenir feminicídios.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; feminicídio; psicanálise; políticas-públicas.

THE PSYCHOANALYTICAL LISTENING
OF WOMAN VICTIMS OF VIOLENCE AS
A PREVENTIVE ACTION TO FEMINICIDE
AND FOR THE ORIENTATION OF PUBLIC
POLICIES

ABSTRACT: The need to think about violence

against women is essential for public health, as records of femicides grow in Brazil. The aim of this paper is to emphasize the importance of psychoanalytic listening to women victims of violence as a preventive action against femicide and for the orientation of public policies. The method is qualitative research in psychoanalysis. The high rates of violence against women meant that she left the private domain and became the responsibility of the state. The Maria da Penha Law (2006) represents one of the most relevant legislative advances. The third edition of the National Policy Plan for Women (PNPM: 2013-2015) inaugurates the first unit of the Brazilian Women's House, which proposes to offer specialized services to victims of violence with the support of psychologists, social workers, public defenders, etc. ., and those that work have effective results in reducing femicide. The results found are that the differentiated listening that psychoanalysis advocates makes it possible to seek the encrypted messages of women, and these messages can guide more targeted public policies that address where they need it most, how they need it, and that have a changing effect on their thinking and thinking. actions. Conclusion: Psychoanalysis in a multidisciplinary team supporting women enables them to be oriented in more targeted public policies, elaborate their experiences and rethink their subjective positions in their affective relationships, which can prevent feminicides.

KEYWORDS: Women; femicide; psychoanalysis; public policy.

1 | INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como tema a violência contra a mulher e a necessidade de se pensar esse tema é imprescindível para a saúde pública, já que registros de feminicídios crescem no Brasil. O objetivo é ressaltar a importância da escuta psicanalítica de mulheres vítimas de violência como ação preventiva ao feminicídio e para a orientação de políticas públicas e transformação social.

Da valorização da fala e do diálogo, junto a descoberta do inconsciente, no século XX, nasce a psicanálise e o psicanalista, quem acredita na sua prática no campo da saúde mental. Sua premissa básica é de que uma verdade sobre o sujeito habita o seu território desconhecido, o inconsciente. Esta verdade vai contra qualquer processo de racionalização, já que este vai de encontro a busca por uma explicação justo para escapar da verdade das fantasias inconfessáveis.

Ao tratar de definir a sua técnica, Freud (1900/2006) desde *A interpretação dos sonhos* descreve o aparelho psíquico como um efeito da fala e da linguagem, e sua forma de acesso, a noção de sujeito do inconsciente, que se contrapõe ao sujeito da consciência, é fundamental para compreensão da prática psicanalítica. De acordo com Lacan (1953/1998), psicanalista francês, a linguagem não é imaterial: é um corpo. A fala ganha uma independência material que permite ser analisada, ser desvendada, em âmbitos para além do dito momentâneo.

O mesmo autor denomina de psicanálise aplicada uma forma de prática que vise saúde mental embasada nas premissas analíticas, contudo que ocorra fora do ambiente clínico (setting tradicional); em instituições diversas. O objetivo aqui, então, é discorrer sobre a utilidade da psicanálise como ferramenta de escuta a mulheres vítimas de violência como instrumento de fomento a políticas públicas mais direcionadas, que atendam onde elas mais precisam, da forma como precisam, e que tenham efeito de mudanças nelas, tanto nos seus pensamentos como nas suas ações.

2 | A PSICANÁLISE, O PÚBLICO E O POLÍTICO

Brevemente definida a psicanálise, podemos pensar que ela também se aplica a domínios públicos, como instituições nas quais mulheres vítimas de violência são atendidas: Delegacias de Defesa da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, dentre outras. Esta aplicação tem menos aspirações de cura de sintomas e mais de possibilidade de elaboração dos mesmos, por meio da fala das mulheres e da escuta apurada do psicanalista em questão.

Para a psicanálise, nascer homem ou mulher não é um mero fato sem consequências; o sujeito humano possui o seu corpo de nascença e precisa lidar com ele ao longo da vida; aceitando-o ou rejeitando-o há uma responsabilidade implicada no fato de se ter um corpo de uma certa forma, ao mesmo tempo uma forma única e uma forma inscrita dentro do registro do sexo masculino ou feminino; nunca dos dois. Responsabilidade esta que é aliada de uma criação singular sobre seu corpo, de mulher ou de homem: “No psiquismo não há nada com que o sujeito pudesse se situar como ser macho ou ser fêmea. O que se deve fazer como homem ou como mulher, o ser humano tem que aprender, peça por peça, do outro” (LACAN, 1964/2008, p. 220).

A sexualidade humana é um furo no registro do saber: não se sabe de antemão sobre ela: constrói-se uma simbologia, imersa em uma cultura, a qual, mesmo quando é valorizada, ainda não é capaz de responder tudo sobre o sexo: a sexualidade insiste em fazer furo, em não se apresentar no campo do conhecimento. Há uma perda necessária na assunção do próprio sexo, e não menos na rejeição também, que leva aos conhecidos casos de transexuais.

Partindo da premissa de que os sintomas neuróticos se constituem sobre a sexualidade, entendendo esta em seu sentido maior do que o simples ato sexual, ou seja, abarcando tudo o que envolve semblantes de respostas sobre o ser homem ou ser mulher, Freud constrói a psicanálise e passa a compreender que a insistência de alguns sintomas diz algo sobre uma posição subjetiva inconsciente, que precisa

ser desvendada.

Podemos entender por gênero a ideia de que nem sempre o sexo biológico define um sujeito em termos de identificação subjetiva. Em termos culturais, há sempre rituais que versam sobre ser menina ou ser menino, homem ou mulher. Ainda que os movimentos de quebras de estereótipos tenham caminhado com peso, certos rituais insistem em acontecer. Por exemplo, o casamento cristão, no qual a mulher é repassada em sua entrada do pai para o marido ilustra a mulher submetida a uma inerência de posse, do homem. Mesmo em casamentos homo e transsexuais é possível ver o mesmo ritual se repetir, quem se identifica com a mulher é entregue ao outro, o homem que recebe; o “proprietário”.

Lacan (1975) pensa o feminino e o masculino de forma que vai além das teorias de gênero, pois ele não está pautado em rituais ou semblantes sociais, mas sim nas formas de defesa frente à castração (somos seres incompletos). Uma vez que a mulher sente inveja do pênis (pênis significando o órgão da completude) e o homem tem medo da possibilidade de perdê-lo, estas sensações trazem consequências diferentes na hora de se portar na partilha sexual; o que não diz respeito de forma direta a comportamentos sociais. Frente a um homem, uma mulher tende a solicitar amor de forma tão plena e infinita e a todo custo. Frente a uma mulher, um homem tende a dominá-la, para não perde-la, como se ela fosse o seu falo (representação simbólica do pênis).

Entendendo por política toda forma de se colocar enquanto cidadão de direito, e toda forma de governo que incide sobre os espaços públicos, os quais são de livre acesso aos cidadãos, podemos pensar que a psicanálise é política. Esta afirmação recai sobre a premissa de que a psicanálise prescinde do sujeito de direitos; parte da liberdade humana em traçar seu caminho e não prezar pela submissão a um autoritarismo; bem como na liberdade de fala enquanto o principal instrumento de trabalho analítico. Enquanto incide sobre liberdade de posicionamentos e contra formas de controle dos corpos, a psicanálise é política.

Ignorar o contexto social seria fracassar com o trabalho psicanalítico, uma vez que o sujeito está em permanente construção em meio a seu ambiente no qual vive: suas interações, seus laços amorosos, seus trabalhos criam ideais e premissas que vão redefinindo o sujeito, a todo tempo. Estar à altura da sociedade é fundamental à psicanálise.

3 | POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PREVENÇÃO DE FEMINICÍDIOS

O assassinato de mulheres sob a perspectiva de gênero foi inserido no Código Penal do Brasil com a denominação de feminicídio como crime em 2015, pela então presidente, uma mulher. Pode-se considerar o segundo grande marco legislativo

acerca do combate à violência contra a mulher, sendo o primeiro a efetivação da Lei da Maria Penha, a qual é imensamente eficaz não só por representar legislativamente a proibição da violência contra a mulher, como também por fazê-lo em cinco âmbitos: moral, psicológico, patrimonial, físico e sexual; desmistificando mitos de que violência se restringe a agressão física, por exemplo.

Contudo, a eficácia legislativa acerca deste tipo específico de assassinato denominado de feminicídio ainda precisa muito se fortalecer. Dificuldades de interpretação do termo feminicídio o levam a ser tido como mais um homicídio, talvez devido a uma dificuldade nacional de analisar a história da mulher no Brasil e visualizar o fato de que são mais vulneráveis a crimes violentos, justo por se enquadrarem no gênero feminino; estando aí inclusas as travestis e transexuais.

A Secretaria de Segurança Pública do Piauí criou em março de 2015 um núcleo para investigação do feminicídio no Estado, o qual tem por finalidade uma metodologia policial investigatória cujo privilégio é a perspectiva de gênero; diferenciando-se das categorias dos demais homicídios (VILA e MACHADO, 2018). Esta perspectiva leva em consideração que há na cultura nacional a ideia de menosprezo e discriminação da condição de ser mulher. Neste Estado, foram criadas diretrizes nacionais para investigação do feminicídio em parceria com a ONU MULHERES e com a Secretaria de Política para Mulheres da Presidência da República.

Tal núcleo permitiu a elaboração do Mapa do Feminicídio, no qual foram definidas categorias para análise das vítimas: cor das vítimas; idade; meios utilizados e locais onde ocorreu o crime. A maioria das vítimas são negras, da faixa etária entre 30 e 59 anos, solteiras. A maioria dos crimes acontece por meio de arma branca como faca, na residência da própria vítima. Os dados também revelam que, na maioria dos casos, o assassino era conhecido da vítima, tendo tido com ela relações afetivas, em alguns casos conjugais.

O fato de feminicídios acontecerem grande parte no âmbito doméstico – são maridos que matam esposas dentro de casa, no âmbito familiar – reforça o pensamento patriarcal embasado no código civil do Brasil colonial no qual os maridos tinham direito de assassinar as esposas adúlteras, bem como suas filhas. Este fato contrasta com a realidade dos homens, cujos episódios nos quais são vítimas de agressão costumam acontecer em espaços públicos. Foi preciso o desenvolvimento do slogan “o pessoal é político”, por meio de movimentos feministas da década de setenta, para desmistificar ideias de que não se pode intervir em casos de violência doméstica, pois são “assunto de família”.

Antes da criação e aplicação do termo feminicídio dentre as políticas públicas no combate à violência contra a mulher, esforços já vinham sendo feitos pelo governo federal. Em 2013, a Secretaria de Políticas para as Mulheres, comemorando uma década de existência e em sintonia com o ambiente gerado por uma primeira

presidente da república do Brasil mulher, publica a terceira edição do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, cuja premissa básica é de que perspectivas de gênero precisam estar inseridas em todas as políticas públicas como forma de combate à discriminação e à violência contra a mulher, vista como decorrência da primeira. O plano foi elaborado em dez pontos: igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; educação para igualdade e cidadania; saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; cultura, esporte, comunicação e mídia; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiências (SENADO, 2015).

No ano seguinte, o mesmo governo inicia um projeto de atendimento especializado e integral às mulheres vítimas de violência, com intuito de todas as capitais do Brasil disporem de um local onde a vítima inicie seu processo de denúncia contra o agressor, e seja também ali atendida por demais profissionais de áreas sociais e da saúde pertinentes, bem como também, quando se fizer necessário, ser no mesmo local abrigada. O local foi denominado de “Casa da Mulher Brasileira” (SENADO, 2015). Este complexo conta, em tese, com delegacia, juizado, defensoria, promotoria, equipes psicossociais e de orientação para emprego e renda, brinquedoteca e área de convivência. Esta Casa permitiria assim um atendimento em rede, humanizado, ágil e eficaz, no qual a escuta psicanalítica poderia cumprir seu papel não só de amparo às mulheres como também de elaboração de seus sofrimentos pela fala, elucidação de modos de comportamentos sintomáticos, que não seriam detectados sem uma escuta atenta. Contudo, até o ano atual de 2019, apenas uma, no Mato Grosso do Sul, está em pleno funcionamento.

4 | DE QUAL SOCIDADE FALAMOS?

Em 8 de março de 2019, o site do G1 publica reportagem dizendo que o número de feminicídios cresceu no Brasil de 2017 para 2018. O Acre é o Estado que registra um maior número de casos. Roraima foi o Estado segundo colocado. A justificativa dos estados foi um aumento no número de mulheres envolvidas com facções criminosas. O Brasil, segundo o Mapa da Violência de 2015, ocupa o quinto lugar no ranking feito entre oitenta e três países com mais assassinatos de mulheres.

Contudo, a maioria dos feminicídios ocorre em situações de crise de relacionamentos conjugais ou extraconjugais, como exemplos: após a vítima ter pedido separação ou terminado o namoro, após a vítima ter engravidado, ou em

alguns casos a vítima já havia prestado queixa de violência doméstica e estava sob medida protetiva. Também são comuns crises nos relacionamentos após a mulher iniciar um trabalho fora do âmbito doméstico: a vida social das mulheres, bem como autonomia financeira são aspectos que incomodam alguns homens, cujas repercussões são crises conjugais embasadas na premissa de posse do homem sobre a mulher, as quais, aliadas a outros fatores, têm por desfecho episódios de violência doméstica com alto risco de feminicídio.

Se fizermos uma digressão histórica, temos que a divisão entre o gênero feminino e o masculino sempre esteve de alguma forma fazendo discurso e surtindo efeitos político-sociais. Na Idade Média, por exemplo, havia uma divisão clara de tarefas entre homens e mulheres, sendo que estas eram colocadas como submissas pela Igreja católica apostólica romana, delegando aos maridos o direito de bater na esposa como uma forma de educa-la. As formas de insubordinação sociais e políticas eram tidas como heresias. Contudo, a ideia de cooperação no trabalho entre as mulheres era forte; constituíam uma cultura de solidariedade entre elas que as fortaleciam e as permitiam, inclusive, enfrentar os homens. “Nas cidades medievais, as mulheres trabalhavam como ferreiras, açougueiras, padeiras, candeiras, chapeleiras, cervejeiras, cardareiras de lã e comerciantes” (FEDERICI, 2017, p. 64).

Já nesta época, havia entre os discursos sobre os sexos práticas de controle de corpos comprovadas nas proibições da sodomia e do aborto, os quais eram tidos como heresias. Neste cenário a sedução, característica atribuída em maioria às mulheres por ser um comportamento tido na sociedade ocidental como feminino, é vista como perigosa, como uma armadilha a ser evitada, assim como o ato sexual quando desvinculado da reprodução.

É importante ressaltar que qualquer período de crise social atinge principalmente as mulheres, como mostram registros históricos. A Idade Média termina em crise econômica e pobreza, cenário propício a discursos sociais segregacionistas, aos quais as mulheres são mais vulneráveis, pois são muitas vezes vistas como o sexo inferior e, portanto, devendo ser submissa. Este contexto favorece o discurso de hostilidade contra as mulheres proletárias, em especial as solteiras, o que perigosamente aumenta a vulnerabilidade, por exemplo, das prostitutas.

Em seguida com a queda da cultura feudal e início dos cercamentos, as mulheres se viram mais prejudicadas, pois suas mobilidades eram reduzidas devido à gravidez, cuidado com bebês, e falta de dinheiro, pois tinham menos acesso aos salários. No mesmo período o estigma de bruxas recai sobre algumas mulheres de forma um tanto enigmática; nenhuma explicação justificaria tamanha segregação e menos ainda as inúmeras mortes violentas (FEDERICI, 2017).

Podemos ler historicamente a caça às bruxas como efeito do movimento misógino anterior, somado a uma potencialização da política de controle de corpos, como forma de estimular ou coibir a reprodução quando convém, por exemplo. As fantasias que pairavam sobre poderes, supostamente, sobrenaturais das mulheres culminavam em acusações até de serem responsáveis por assassinatos de crianças. Os responsáveis pelos partos passam a serem os médicos, ao invés das tradicionais parteiras. A cultura era de que a mulher deveria ajudar ao marido e gerar filhos como garantia da acumulação de bens.

É importante ressaltar que a visão e concepção das mulheres como seres demoníacos, capazes de atos atrozos como assassinar crianças e manda-las ao demônio, castrar um homem ou deixa-lo impotente, causou feridas psíquicas e marcas indelévels na humanidade. Era a sexualidade feminina, vista como algo extremamente perigoso, capaz de arruinar os homens moralmente e financeiramente, que estava sendo atacada.

A caça às bruxas tem seu auge no início do século XVII e matou milhares de mulheres em dois séculos. A bruxaria em si, e não apenas as consequências dela, passou a ser vista como crime condenável à morte, mesmo que fosse um conceito sem definição exata, classificado como magia; algo que se opunha ao trabalho e a ciência, e que era quase sempre praticado por mulheres: caracterizava o outro, o desconhecido. Filósofos como Thomas Hobbes, apoiaram a caça às bruxas. Na maioria as bruxas eram solteiras ou viúvas; viviam sozinhas, usavam roupas masculinas, eram agressivas e prontas para tomar a iniciativa.

Ao homem cabia ser o chefe da família, sendo esta entendida como uma microempresa com leis próprias; chefe e subordinados. Na Inglaterra, por exemplo, o marido tinha direito aos rendimentos do trabalho de sua mulher, até quando este trabalho era exclusivo dela, como a amamentação. A concepção de “dona de casa” vai se fortalecendo até atingir seu ápice no século XIX, quando a política salarial se torna benéfica aos chefes de família, garantindo a possibilidade da mulher não exercer atividade remunerada.

No Brasil, com a colonização de exploração portuguesa também se dissemina esta idealização de feminilidade, talvez mascarada no patriarcado. De acordo com Freyre (2006), o patriarcado no Brasil, e também em outros países da América, caracterizados pelo regime de colonização de exploração, como nas Antilhas e na Jamaica, é fruto da forma de organização escravocrata: a divisão entre a casa grande e a senzala, onde aquela era o local do senhor, dotado do poder sobre bens materiais: a cadeira de balanço, o cavalo, o sofá; e a mulher. A moral sexual católica foi a forma de organização familiar tomada pela casa grande, cujo chefe é o senhor: dono das terras e das mulheres.

Ainda de acordo com Freyre (2006), o contato dos portugueses com os

sarracenos ajudou a criar a imagem da figura da moura encantada: a mulher morena de olhos pretos, semelhante às índias nuas no Brasil, envoltas de um misticismo sexual inerente ao discurso da mulher sedutora. O caráter, de certa forma ameaçador, visto em algumas versões da mulher sedutora, marcou o Brasil na figura das índias, em detrimento da mulher loira, cuja imagem fora associada a aspectos angelicais, divinos – ao contrário dos “anjos maus”, de cabelo escuro. A inscrição da mulher brasileira como perigosa facilitou a concepção de que ela precisava de um dono, como forma de proteção social.

A mulher, criada na sombra do pai e do marido, estava inscrita dentro deste sistema de relações caracterizado por posições estratificadas, antagonistas e sádicas: reprimida social e sexualmente, deve ser casta para não ser apelidada de vagabunda:

A nossa tradição revolucionária, liberal, demagógica, é antes aparente e limitada a focos de fácil profilaxia política: no íntimo, o que o grosso do que se pode chamar “povo brasileiro” ainda goza é a pressão sobre ele de um governo másculo e corajosamente autocrático. (FREYRE, 2006, P. 114)

As mulheres portuguesas no Brasil se casavam cedo, aos doze, treze, quando muito aos quinze anos; ainda meninas que não despertavam para serem mulheres, abafadas pelo patriarcalismo. Eram recolhidas para o casamento por portugueses muito mais velhos; eram médicos, senhores de engenho. A repressão sobre as meninas podia ser vista na forma como elas se desorganizavam, e não sabiam vestir-se sem a ostentação de muito bordado, veludo, joias, talvez como uma forma de serem vistas; o que não devia resultar em nada, pois ser vista pelas roupas não é ser vista como sujeito.

A cultura constituiu-se no excesso de mimos e reclusão para as meninas brancas e o oposto aos meninos; excesso de liberdade, cheios de vícios sádicos na educação como deflorarem negrinhas, maltratar animais. A tirania dos pais brancos sobre as meninas depois era substituída pela tirania dos maridos. O código civil patriarcal da época permitia que os maridos assassinassem as esposas adúlteras, além das filhas (VILA e MACHADO, 2018).

Dias (2019), discorrendo sobre a mulher no Código Civil brasileiro, escreve que o Código Civil de 1916:

Retratava a sociedade da época, marcadamente conservadora e patriarcal. Assim, só podia consagrar a superioridade masculina. Transformou a força física do homem em poder pessoal, em autoridade, outorgando-lhe o comando exclusivo da família. Por isso, a mulher ao casar perdia sua plena capacidade, tornando-se relativamente capaz, como os índios, os príncipes e os menores. Para trabalhar precisava da autorização do marido (DIAS, 2019, ONLINE).

Referindo-se ao Código em vigência (sancionado em 2002), destaca os prejuízos das mulheres quando da separação. Escreve que a manutenção

... do instituto para fins de concessão da separação traz maiores prejuízos à mulher. É bem mais restrita a moral sexual feminina. A liberdade da mulher ainda não foi assimilada, tanto que é rotulada com uma série de qualificativos. Virtude, honestidade, seriedade, castidade e pureza, são atributos que só dizem com o exercício da sexualidade, ou melhor, com a abstinência sexual feminina (DIAS, 2019, ONLINE).

Atualmente, muitas mulheres têm participado do mercado de trabalho e conseguido uma independência financeira. Entretanto, essa condição não garante que não sofram violência doméstica. Platonow (2019) cita um estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), divulgado em 19 de agosto de 2019.

De acordo com os dados levantados, o índice de violência contra mulheres que integram a população economicamente ativa (52,2%) é praticamente o dobro do registrado pelas que não compõem o mercado de trabalho (24,9%) (PLATONOW, 2019, ONLINE),

Segundo o Ipea

Uma possível explicação é que, pelo menos para um conjunto de casais, o aumento da participação feminina na renda familiar eleva o poder de barganha das mulheres, reduzindo a probabilidade de sofrerem violência conjugal. Em muitos casos, porém, a presença feminina no mercado de trabalho – por contrariar o papel devido à mesma dentro de valores patriarcais – faz aumentar as tensões entre o casal, o que resulta em casos de agressões e no fim da união.

Uma das conclusões é que o empoderamento econômico da mulher, a partir do trabalho fora de casa e da diminuição das discrepâncias salariais, não se mostra suficiente para superar a desigualdade de gênero geradora de violência no Brasil (PLATONOW, 2019, ONLINE).

De acordo com o estudo,

... outras políticas públicas se fazem necessárias “como o investimento em produção e consolidação de bases de dados qualificados sobre a questão, o aperfeiçoamento da Lei Maria da Penha e intervenções no campo educacional para maior conscientização e respeito às diferenças de gênero” (PLATONOW, 2019, ONLINE).

5 | A ESCUTA PSICANALÍTICA ENQUANTO FERRAMENTA

Freud (1925b/2006) nos ajuda a entender que o humano pode rejeitar aquilo que não compreende, que está longe de seu alcance, ou até aquilo que não quer enxergar, pois foi recalcado em seu inconsciente. A escuta psicanalítica possibilita, através da materialização da fala e da crença de que conteúdos inconscientes podem vir à tona em meio a uma relação de confiança, os quais estão na origem de sintomas. São comportamentos que se repetem, e causam sofrimento; muitas vezes são meros padrões de repetições de comportamentos já vividos com outras pessoas importantes da família. Contudo, o sujeito não se percebe repetindo, ou naturaliza suas ações como se elas não pudessem ser de outra forma. Podem ser também

posicionamentos subjetivos fixados em determinadas fantasias inconscientes, por exemplo, de que a mulher é inferior ao homem.

Vale também ressaltar que toda a teoria da sexualidade humana construída pela psicanálise de Freud e Lacan ajuda a compreender que se comportar como homem ou mulher são formas de defesa frente à castração.

Muitas mulheres vítimas de violência doméstica buscam uma escuta para suas angústias, uma espécie de amparo e contenção de seu sofrimento, uma vez que não podem encontrar essa escuta no parceiro conjugal, já que ele inclusive é a causa de grande parte de seu sofrimento, e muitas não encontram amparo da família. Assim, a escuta que o psicanalista pode oferecer para estas mulheres vítimas torna-se importante, na medida em que suas falas, diante de quem de fato quer escuta-las, adquirem grande valor.

Ao mesmo tempo em que elas são escutadas, elas podem falar e se escutar e esta escuta pode, de alguma forma, contribuir para que elas se repositionem diante dos fatos e da violência que sofrem.

A diferença entre escutar e ouvir é fundamental para entendermos o que é a escuta para a psicanálise. Bastos afirma:

Ouvir nos remete mais diretamente aos sentidos da audição, ao próprio ouvido, enquanto escutar significa prestar atenção para ouvir, dar ouvido a algo. Portanto, a atenção é uma função específica da escuta (BASTOS, 2019, ONLINE).

A autora acrescenta:

Quando falamos a um amigo, temos a expectativa de sermos compreendidos, de confirmarmos nossas certezas, nossos julgamentos. Buscamos uma identificação, uma cumplicidade. Quando ouvimos um amigo, procuramos lhe dar atenção, confortá-lo, se for preciso, aconselhá-lo, orientá-lo, enfim, procuramos demonstrar nossa amizade apoiando-o da melhor maneira possível (BASTOS, 2019, ONLINE).

Para indicar a diferença entre falar com amigos e falar a um psicanalista, Bastos (2019) resalta a diferença entre este e um semelhante; a relação em análise não é de reciprocidade, na qual a comunicação é por meio de diálogo; mas sim é construída uma relação baseada em uma parceria que trabalha. Por parte do psicanalista, há uma escuta e uma pontuação, de modo a facilitar a emergência do que há nas entrelinhas do discurso; uma escuta para além do que está dito.

Uma consequência, então, importante da escuta psicanalítica é possibilitar com que as mulheres vítimas de violência adquiram uma certa capacidade de escutar a si próprias. É essa escuta em relação a si mesmo que pode contribuir para que elas se repositionem diante dos fatos e da violência que sofrem, e busquem soluções singulares para tentar enfrentar suas dificuldades, inclusive da violência que sofrem.

6 | CONCLUSÃO

A todo instante mulheres são mortas por homens, em atos que caracterizam feminicídios, ou seja, são mortes devido à condição de pertencerem ao gênero feminino. Em uma digressão histórica, temos que ao final da Idade Média estas mortes assumiram proporções numéricas catastróficas num fenômeno conhecido por “caça às bruxas”; e o que é mais alarmante, as mulheres eram mortas com a justificativa etérea de acusações de bruxaria, as quais não eram passíveis de comprovação e nem ao menos de definição.

Estas acusações envoltas de misticismo e falta de objetividade, reforçam a ideia de que as mulheres eram acusadas de um crime o qual poderia simplesmente ser definido como a capacidade de exercerem influência sobre a mente de um homem. Uma vez que alguns homens estão, mesmo que inconscientemente, embasados na premissa de dominação e posse sobre as mulheres, não é aceitável se deixar influenciar por elas. Quando um homem mata uma mulher em um ato de feminicídio, o que ele mata parece ser a sua condição de vulnerabilidade em relação a ela, insuportável e intolerável, para alguns deles. São mortos aqueles que oferecem algum tipo de perigo à população; perigo real ou fictício.

A psicanálise enquanto ferramenta de escuta apurada, escuta que preconiza aspectos inconscientes para além da consciência, é um instrumento fundamental ao se pensar em políticas públicas mais direcionadas que atendam onde elas mais precisam, da forma como precisam, e que tenham efeito de mudanças nelas, tanto nos seus pensamentos como nas suas ações. Ela pode estar presente, na figura de psicanalistas, em locais de atendimento multidisciplinares às mulheres vítimas de violência, como a casa da mulher brasileira, bem como também pode ser um instrumento de análise das falas das mulheres vítimas e dos homens agressores, uma vez que a fala é um corpo material passível de ser analisado. Análise esta que serve de parâmetro para se pensar em políticas públicas de disseminação de informação e conscientização social.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, A. B. B. I. **A escuta psicanalítica e a educação**, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092009000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 12 out, 2019.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 17ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2019.
- DIAS, M. B. **A mulher no Código Civil**. Disponível em: http://www.mariaberenice.com.br/uploads/18_-_a_mulher_no_c%F3digo_civil.pdf. Acesso em 12 out, 2019.
- FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo, SP: Elefante,

2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 2019.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: **Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. V). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006.

FREUD, S. (1925). A Negativa. In: **Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Freud, S. (1931). Sexualidade feminina. In: **Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. XVIII). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 2006.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 51ªed. São Paulo: Global, 2006.

G1. **Acre foi o estado com a maior taxa de feminicídio do país em 2018**, 2019. Disponível em <https://g1.globo.com/ac/acre/noticia/2019/03/08/acre-foi-o-estado-com-a-maior-taxa-de-femicidio-do-pais-em-2018.ghtml>. Acesso em 9 out, 2019.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: RJ: Zahar, 1998.

LACAN, J. (1964). **O Seminário: Livro XI – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. (1975). **O Seminário: livro XX – mais, ainda**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

VILA, E. N. R. M. e MACHADO, B. A. **O Mapa do feminicídio na polícia civil do Piauí: Uma análise organizacional sistêmica**, 2018. Disponível em https://www.academia.edu/36239222/O_Mapado_femicidio_na_Pol%C3%ADcia_Civil_do_Piau%C3%AD_uma_an%C3%A1lise_organizacional-sist%C3%AAmica. Acesso em 9 out, 2019.

PLATONOW, V. **Violência atinge mais mulheres que trabalham fora, diz estudo**, 2019. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-08/violencia-atinge-mais-mulheres-que-trabalham-fora-mostra-estudo>. Acesso em 12 out, 2019.

SENADO. **A institucionalização das políticas públicas de combate à violência contra as mulheres no Brasil**, 2015. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/a-institucionalizacao-das-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil>. Acesso em 9 out, 2019.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE UMA ANÁLISE DAS PAUTAS E AÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE BOA VISTA/RR NOS ANOS DE 2017 E 2018

Data de aceite: 21/12/2019

Juliana Cristina Sousa da Silva

Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Elemar Kleber Favreto

Universidade Estadual de Roraima – UERR

Cristiane do Nascimento Brandão

Universidade Federal do Amazonas – UFAM

RESUMO: O propósito deste estudo é identificar o grau de influência da população na elaboração das políticas municipais de saúde em Boa Vista/RR, buscando descrever como ocorre a participação popular na construção das políticas municipais de saúde e analisar as abordagens utilizadas pelo Conselho Municipal de Saúde na execução dessas políticas. A pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, apoiado em uma pesquisa documental, utilizando como instrumentos a análise bibliográfica e a aplicação de entrevistas. Os resultados demonstram que o Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR não só discute pautas importantes para o planejamento da política de saúde do município, mas também desenvolve ações que buscam integrar essas pautas com as reais necessidades da população boa-vistense. A participação da população do município de Boa

Vista/RR mostra-se ainda tímida para intervir nas políticas de saúde, isso pode ser atribuído a falta de conhecimento suficiente para o exercício da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Saúde, Participação, Conselho de Saúde.

POPULAR PARTICIPATION IN

BUILDING HEALTH POLICIES

AN ANALYSIS OF THE GUIDELINES AND
ACTIONS OF THE BOA VISTA/RR COUNCIL
IN 2017 AND 2018

ABSTRACT: The purpose of this study is to identify the degree of influence of the population in the elaboration of municipal health policies in Boa Vista/RR, seeking to describe how popular participation occurs in the construction of municipal health policies and to analyze the approaches used by the Municipal Health Council. Health in the implementation of these policies. The research is characterized as a case study, supported by a documentary research, using as instruments the bibliography analysis and the application of interviews. The results show that the Municipal Health Council of Boa Vista/RR not only discusses important guidelines for planning the health policy of the municipality, but also develops actions that

seek to integrate these guidelines with the real needs of the population of Boa Vista. The participation of the population of the municipality of Boa Vista/RR is still shy to intervene in health policies, this can be attributed to the lack of sufficient knowledge for the exercise of citizenship.

KEYWORDS: Public Policy, Health, Participation, Health Council

INTRODUÇÃO

As políticas públicas são um conjunto de diretrizes e referenciais adotados pelo Estado para solucionar um conjunto de problemas apresentado pela sociedade, ou seja, é a resposta que o Estado oferece diante da necessidade vivida pela população. Segundo Lopes, Amaral e Caldas (2008, p. 5), as políticas públicas são “[...] a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público”. Nesse sentido, as políticas públicas se direcionam a diversos setores da sociedade, e precisam ser compreendidas em suas particularidades.

O Brasil, sendo um país populoso e economicamente desenvolvido, mas com uma exacerbada desigualdade social e econômica, precisa direcionar seus esforços para a construção de políticas que permitam que a população não só participe do seu desenvolvimento, mas que contribua para a produção de boas práticas políticas. Nesse sentido é que se pode destacar a participação da sociedade brasileira na construção das políticas de saúde pública, fornecendo a relação necessária para que diversas ações possam beneficiar a população em geral nessa área.

A política de saúde foi marcada por dois grandes momentos na história brasileira: 1) pela construção da política de saúde pública, direcionada ao controle de doenças específicas; e 2) pela assistência médica previdenciária, que beneficiava os trabalhadores de modo geral. Diante da reforma sanitária da década de 1980 (década em que também ocorreu a redemocratização política brasileira, bem como segunda crise do petróleo, que ocasionou uma grave crise financeira no país), uma nova proposta de saúde pública, agora mais abrangente, surgiu, culminando na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi incorporado na Carta Magna de 1988 (MACHADO et al., 2017). Os direitos que foram assegurados pela Constituição e o processo de construção do SUS propiciaram avanços nas décadas subsequentes, principalmente no que diz respeito à descentralização político-administrativa do sistema, bem como na participação social, nas mudanças no modelo de atenção, na expansão do acesso aos serviços e na melhoria dos indicadores de saúde.

De acordo com a Constituição de 1988, em seu artigo 198, inciso III, o Sistema Único de Saúde tem como uma de suas diretrizes a participação da comunidade

nas ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 - que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências de recursos financeiros para o sistema -, e a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 - que substituiu a Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003 -, definiram a organização e o funcionamento das ações populares junto aos serviços de saúde, criando, portanto, não só os Conselhos de Saúde, mas também as Conferências de Saúde, com ampla participação da população (BRASIL, 2012).

A efetiva participação da população na construção das políticas públicas de saúde é fundamental para que os serviços ofertados tenham melhores resultados para a sociedade (BRASIL, 2002), tendo em vista que o levantamento de necessidades e as demandas por serviços só pode ser compreendida por aqueles que efetivamente utilizam esses serviços. Atualmente, é possível observar que o novo modelo de saúde, baseado nos determinantes sociais, tem como uma de suas características principais a participação social, baseada na atenção primária estruturada como parte da entrada no sistema de saúde (LAVRAS, 2011). Os Conselhos de Saúde, desse modo, representam uma grande conquista para a sociedade frente ao processo decisório das políticas desse setor. Ao Conselho Municipal de Saúde, por exemplo, é atribuído o poder de decidir, de maneira autônoma e propositiva, sobre o controle e a gestão do SUS no âmbito do município, em conjunto com o governo municipal.

Perante o que foi exposto, a pergunta que norteia esse trabalho é: Qual é o grau de influência da população na elaboração das políticas municipais de saúde no município de Boa Vista/RR? Temos como objetivo geral, portanto, analisar o grau de influência da população na elaboração das políticas municipais de saúde em Boa Vista/RR, e como específicos: descrever como ocorre a participação popular na construção das políticas municipais de saúde; analisar as abordagens utilizadas pelo colegiado na execução dessas políticas; e identificar os impactos das discussões das pautas na elaboração das políticas municipais de saúde. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a análise bibliográfica e documental e a aplicação de entrevistas com usuários do SUS e profissionais de saúde do município de Boa Vista/RR.

Assim, esse trabalho está dividido em seis partes: 1) Fundamentação teórica, que busca esclarecer os principais aspectos teóricos que envolve a construção das políticas de saúde e a participação da população nessa construção; 2) Procedimentos metodológicos, onde mostramos os métodos de coleta e análise de dados; 3) Discussão, que tenta dimensionar a participação da população municipal na construção das políticas de saúde a partir da análise das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde 4) Análise dos dados, onde essa participação é analisada através das entrevistas realizadas com os usuários do SUS no município;

- 5) Resultados, onde é esboçada uma possível resposta ao problema lançado; e
- 6) Considerações finais, onde são demonstradas as principais conclusões que se pode chegar com esse estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A política de saúde precisa ser compreendida desde o seu panorama conceitual e legal até a sua execução dentro do âmbito municipal, passando pelo seu desenvolvimento participativo e a sua avaliação coletiva. Assim, pretende-se aqui apresentar um pouco mais acerca da literatura que compõe a discussão teórica desse estudo, bem como os principais conceitos e teorias que o fundamentam.

Cidadania e Políticas Públicas de Saúde

Pode-se dizer que vários fatores contribuíram para estabelecer o conceito de cidadania no centro das análises dos processos de constituição da sociedade civil no Brasil, principalmente nas décadas de 1980 e 1990. Como por exemplo, a campanha das Diretas Já, em 1984, e o movimento pelo *impeachment* do ex-presidente Collor, em 1992 (GOHN, 2011). Nestes dois episódios houveram mobilizações por todo o Brasil em torno do desejo da população de reassumir o direito de escolha de seu presidente. Tão importante quanto o resultado, foi a mudança de natureza da inserção dos movimentos populares no interior da sociedade brasileira, promovendo a sensibilização da população acerca dos problemas sociais e políticos do país.

De acordo com Benevides (2004, p. 41), a cidadania é:

[...] uma ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, que direitos e deveres ele terá em razão de uma série de variáveis tais como a idade, o estado civil, a condição da sanidade física e mental, o fato de estar ou não em dívida com a justiça penal e etc.

Percebe-se nesse trecho que, para o autor, o conceito de cidadania é estabelecido pela Constituição de um Estado, que está fixado numa específica ordem jurídico-política, variando de acordo com certas características da população, entretanto, mostra que os direitos e deveres dos cidadãos de um país são inerentes à sua população.

Nesse mesmo sentido, para Jerónimo e Vink (2013, p. 25), pode-se dizer que:

A cidadania constitui o vínculo jurídico existente entre uma pessoa e um Estado, ou seja, devido a 'genuína comunhão de vida, interesses e sentimentos', a população está ligada ao Estado que lhe confere mais do que à de qualquer outro Estado. Em teoria, este vínculo seria simultaneamente exclusivo e universal, na medida em que cada pessoa teria apenas a cidadania de um Estado.

Ambas as concepções mostram que a cidadania se constitui, antes de mais

nada, no estatuto jurídico primário de cada nação, sendo a fonte de onde decorrem todos os direitos e deveres da população perante o Estado, razão pela qual é frequentemente referida como “o direito a ter direitos”. No Brasil, em 05 de outubro de 2018 celebrou-se os 30 anos da Constituição Federal de 1988, também chamada Constituição Cidadã, renovando o compromisso e a esperança de transformar cada brasileiro em sujeito de direitos.

Em se tratando de políticas públicas, principalmente na área de saúde, percebe-se que as políticas brasileiras de saúde têm sofrido mudanças significativas desde o início do século XX, com a substituição do modelo de assistência hospitalocêntrico, centrado na figura do médico, para o modelo amplo de direito à saúde, universal e igualitário, onde o modelo atual de assistência à saúde prioriza a participação social, representando uma invocação democrática na organização do setor (ULHOA, 2012).

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, que ocorreu por meio da Constituição de 1988, foi regulamentada pelas Leis Orgânicas de Saúde. Na política de saúde anterior, oferecia-se assistência apenas a uma parcela da população, principalmente àquela que era integrada ao mercado de trabalho formal. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2003, p. 14):

[...] esse período corresponde, como contrapartida a crise do sistema público, a forte expansão do sistema de planos e seguros privados de saúde, para qual migraram os trabalhadores do mercado formal de trabalho, em geral subvencionados pelos empregados.

Percebe-se, nesse sentido, que a política de saúde antes da Constituição de 1988 privilegiava as pessoas que tinham algum tipo de renda, principalmente àquelas que tinham mais condições financeiras, porém, a maior parte da população, composta por pessoas de menor renda ou sem renda, tinham dificuldades para acessar os serviços de saúde. Com o SUS, esse privilégio foi superado, já que a política de saúde pública conseguiu abarcar a população como um todo. Entretanto, ainda havia dificuldades na sua capilaridade, tendo em vista o início de sua abrangência. Apesar das dificuldades encontradas durante o caminho, o dispositivo constitucional que criou o SUS ganhou um grande apoio político na década de 1990, o que viabilizou mudanças institucionais e a descentralização do sistema de saúde.

Em 1999, por exemplo, 97% dos municípios brasileiros já assumiam a responsabilidade na gestão do sistema de saúde, essa aproximação entre os beneficiários em relação às políticas de saúde permitiu responder melhor às questões relacionadas às necessidades da população, disponibilizando serviços que antes não eram ofertados (CNS, 2003).

Leis Orgânicas da Saúde

As Leis Orgânicas de Saúde foram criadas para dar cumprimento à Constituição

de 1988, cujo objetivo foi fornecer à população um atendimento de saúde de qualidade, tornando-a obrigatória a qualquer cidadão brasileiro. Fazem parte das Leis Orgânicas de Saúde: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Percebe-se em seu artigo 1º, que a lei “[...] regula para todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990). Ou seja, a lei é válida para toda a população brasileira e atenderá todas as pessoas sem distinção de raça, cor, religião e etc.

Já de acordo com o parágrafo primeiro do artigo 2º dessa lei, “[...] a saúde é um direito fundamental e garantido do ser humano, devendo ao Estado promover as condições do seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). O Estado, nesse sentido, é aquele que deve garantir a saúde pública, entretanto, ele não é o único responsável pela sua promoção, como consta no parágrafo segundo desse mesmo artigo: “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990). Além desses dois primeiros artigos, forma a base de fundamentação da lei, o artigo terceiro, que diz que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a Lei nº 8.080/1990, fundamentada em um direito de todo cidadão em ter acesso ao sistema público de saúde, formula as bases de todo o Sistema Único de Saúde, apresentando a sua estrutura organizacional, seus objetivos, princípios e atribuições, bem como seu funcionamento e gestão (tanto de recursos humanos quanto financeiros).

Já a segunda Lei Orgânica, a Lei 8.143/1990, dispõe sobre “a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990). Isto é, define como a participação da população deve ser compreendida na construção de toda a política de saúde brasileira. Para que essa participação popular se efetivasse foram criadas, através desta lei, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. De acordo com o parágrafo primeiro do artigo 1º, ficou estabelecido que as Conferências de Saúde:

[...] reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

Ainda no artigo 1º, parágrafo segundo, estabeleceu-se que os Conselhos de Saúde se apresentariam:

[...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por

representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Conforme a citação acima, o Conselho de Saúde tem em sua estrutura: representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários. Já o que o próprio Conselho Nacional de Saúde aponta, dessas representações, 50% deve ser composta de usuários, enquanto que os outros 50% deve ser de representantes do governo, prestadores e trabalhadores de saúde.

Conselhos de Saúde

Após sancionada a Lei nº 8.142/1990, definiu-se que a composição do conselho seria tripartite, ou seja, composta por 50% de representantes da sociedade que utilizam os serviços de saúde, 25% de representantes dos trabalhadores do sistema de saúde e 25% de representantes de prestadores de serviços e gestores do sistema de saúde. São os Conselhos de Saúde, cada um em sua esfera de atuação (nacional, estadual e municipal) que se responsabilizam: pela formulação das políticas públicas de saúde, bem como pelo controle e fiscalização das ações. Segundo Diegues (2013, p. 86), os Conselhos de Saúde são:

[...] um espaço de encontro entre a sociedade civil e o Estado, onde se manifesta a democracia, a flexibilidade, o envolvimento e a comunicação entre os participantes, ou seja, espaços de representação plural, para que a sociedade e o governo possam negociar, disputar e compartilhar responsabilidades na produção de políticas públicas em áreas específicas.

Para o autor, os Conselhos de Saúde vêm assumindo diversas responsabilidades perante a sociedade, atrelando a sua existência ao repasse dos recursos, o planejamento e a fiscalização da execução das políticas, assim como a tarefa de dar transparência ao destino dos recursos públicos, respondendo aos anseios e necessidades da população.

De acordo com Lopes, Silva e Martins (2016, p. 166), compete aos Conselhos Municipais de Saúde a participação municipal:

[...] da gestão da saúde em diferentes frentes, na fiscalização das unidades de atendimento, na elaboração de políticas e no controle orçamentário e econômico, a partir de resoluções, recomendações e moções, sendo as decisões acerca desses assuntos realizadas de forma conjunta entre a sociedade, gestores, prestadores e trabalhadores na área da saúde em plenária aberta.

O espaço conquistado pelos conselhos é carregado de poder e autonomia em suas atribuições. A força dos Conselhos Municipais de Saúde deriva, em grande parte, de leis municipais que, por vezes, pode lhes garantir até mesmo o poder de veto em planos e na prestação de contas das Secretarias Municipais de Saúde.

Segundo Coelho (2007, p. 82), os Conselhos Municipais de Saúde são:

[...] particularmente importantes na gestão da saúde, uma vez que um dos princípios norteadores do SUS é a descentralização do sistema de saúde. Com a descentralização, os governos municipais assumiram uma grande responsabilidade no planejamento e na prestação de serviços de saúde.

Os Conselhos de Saúde, portanto, se traduzem como uma das formas mais democráticas de exercer o controle social pela sociedade. São espaços que reúnem diversos segmentos da sociedade para debater e avaliar a situação de saúde dos municípios, propondo diretrizes para a formulação da política de saúde, além de fiscalizar a aplicação dos recursos.

Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR

O Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR foi criado pela Lei Municipal nº 236-A, de 04 de abril de 1991, e com os devidos acréscimos da Lei nº. 742, de 24 de junho de 2004; regulamentado pelo Decreto nº. 1.318, de 15 de abril de 1991; pela Lei nº. 1.611, de 02 de fevereiro de 2014, e em concordância com a Resolução nº. 453, de 10 de maio de 2012. No Regimento Interno do Conselho Municipal de Boa Vista/RR, o seu artigo 2º estabelece que “o Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscal das ações de saúde realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no município de Boa Vista”, e de acordo com o artigo 3º, o Conselho Municipal de Saúde “identifica-se, também, pela sigla CMS/BV, cabendo a seus componentes o tratamento de Conselheiros” (CMS/BV, 2015).

Em se tratando da sua composição e da organização, segundo o artigo 4º, o Conselho Municipal de Boa Vista é composto “[...] por representantes de governo e Prestadores de Serviços (25%), Trabalhadores da área da saúde (25%) e Usuários de serviços de saúde (50%), indicados pelos respectivos órgãos, instituições e entidades, em Assembleia específica” (CMS/BV, 2015). O parágrafo primeiro do referido artigo estabelece que as entidades, movimentos e instituições, eleitas no Conselho de Saúde, terão os conselheiros indicados por escrito.

Segundo o artigo 5º (CMS/BV, 2015):

O Governo Municipal garantirá autonomia para o funcionamento do Conselho, proporcionando infraestrutura e recursos necessários para o pleno exercício de suas funções, com dotação orçamentária própria, espaço físico permanente, assessoramento técnico, secretaria executiva e estrutura administrativa.

O Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o respectivo quadro de pessoal conforme os preceitos da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

Verifica-se, portanto, que o CMS/BV está de acordo com as prerrogativas legais, dando respaldo jurídico às suas decisões. Além disso, a representação dos usuários demonstra que uma grande parte de seus membros são pessoas que

compreendem as necessidades que o restante da população possui ao acessar os serviços do SUS no município. Isso demonstra que a participação popular ocorre de maneira representativa, entretanto, os mecanismos de participação da população de que os conselhos se servem não são apenas a representatividade, mas também a direta atuação da população através das discussões públicas e da ouvidoria do sistema municipal de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O conhecimento científico exige que se identifique “[...] as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação. Ou, em outras palavras, determinar o método que possibilitou chegar a esse conhecimento” (GIL, 2008, p. 08). Nesse sentido, esta pesquisa se caracteriza como descritiva, cujo foco é “[...] descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade” (GERHARDT; SILVEIRA, 2008, p. 35), bem como um estudo de caso, que é definido por Gil (2008, p. 57) como sendo um estudo “[...] profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante os outros tipos de delineamentos considerados”.

Esta pesquisa também pode ser definida como documental, já que teve como base a análise das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR dos anos de 2017 e 2018 e demais documentos a elas relacionados, tais como o regimento interno e resoluções. Segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 174), “[...] a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois”. No mesmo sentido, para Gil (2002, p.55), “[...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”.

O método de abordagem da pesquisa é qualitativo, tendo em vista que nessa abordagem procura-se “[...] o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001, p. 14).

Quanto aos procedimentos de pesquisa, foram utilizados: a análise bibliografia e a aplicação de entrevistas. Segundo Boni e Quaresma (2005, p. 71), a análise bibliografia é “[...] um apanhado sobre os principais trabalhos científicos já realizados sobre o tema escolhido e que são revestidos de importância por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes”. Duarte (2004, p. 215), por sua vez, aponta

que a entrevista é um procedimento “[...] fundamental quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados”. Nas entrevistas feitas com os usuários do SUS e funcionários do posto de saúde, que no total somam 7 (sete) entrevistados, foi utilizado o roteiro estruturado e a análise de conteúdo nos resultados.

DISCUSSÃO

Um dos princípios mais importantes do SUS está relacionado com a participação da população no processo de fiscalização dos recursos e do andamento dos serviços realizados. A importância da atuação do Conselho Municipal de Saúde, dessa forma, se dá a fim de garantir uma inclusão direta da população no controle e na elaboração de políticas para a gestão de saúde na cidade. Segundo as palavras do Presidente do CMS/BV (Ata de 20/03/2017, p. 5), o conselho “[...] é um suporte não só para o hospital, mas também para a população”.

As Políticas de Saúde sob a Ótica da Análise das Atas das Reuniões do CMS/BV

As atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR, do período compreendido entre Janeiro de 2017 a Dezembro de 2018, possibilitou verificar que a participação da população na elaboração das políticas de saúde não ocorre de uma forma direta, como geralmente é de se esperar quando se fala em participação popular. Percebe-se que a participação ocorre por meio da própria representação dos usuários no conselho, além das discussões públicas realizadas nas Conferências de Saúde e em outras reuniões oferecidas pelo próprio conselho. O foco dessas conferências, audiências e reuniões públicas é a participação de toda a comunidade, que podem expressar suas experiências com os serviços de saúde e suas opiniões de como é possível melhorá-los. Além disso, as reuniões do conselho são abertas a qualquer cidadão participar, tendo direito à voz, mas não a voto, tendo em vista que apenas os membros do conselho possuem este direito.

Verificou-se que em nenhuma das reuniões do conselho houve a participação efetiva de algum membro da sociedade que não fosse conselheiro, nesse sentido, observa-se que a participação e o controle social diretos não ocorre com efetividade devido, sobretudo, a falta de conhecimento da população sobre as reuniões ou a falta de interesse em procurar saber sobre elas. Em outra fala do presidente do conselho em uma das atas, observou-se a angústia do mesmo sobre a falta de participação da população nas reuniões. Nesse sentido, o que se verifica é que embora os mecanismos de participação existam e estejam disponíveis à população,

a efetiva participação não ocorre como se espera que ela ocorra.

Ao analisar as Atas, observou-se que vários foram os assuntos abordados nas reuniões do CMS/BV durante os anos de 2017 e 2018, porém, os principais que se pode aqui destacar foram: 1) as demandas levadas pelos representantes dos usuários sobre o que eles entendiam como necessidades da população referente aos serviços de saúde no município; 2) as demandas dos representantes do governo municipal referente a formulação de estratégias sobre a saúde pública e a gestão do SUS no município; 3) questões referentes à Política de Promoção à Saúde.

O primeiro ponto está baseado, estando em diversas atas, nas reclamações que alguns representantes de usuários levaram para as reuniões, como por exemplo: a demora na marcação de consultas médicas, a falta de medicamentos, as precárias condições de alguns postos de atendimento, etc. Por meio dos registros das atas foi possível verificar que tais reclamações levadas às reuniões eram, muitas vezes, relacionadas a necessidades pontuais (do próprio conselheiro ou pessoa próxima) e não propriamente coletivas. Isso demonstra que o conselho não está conseguindo chegar efetivamente na população, ou por falta de execução dos mecanismos de participação pelo próprio conselho, ou por falta de conhecimento da população (falta de conhecimento da composição do conselho, de que é possível que as suas demandas cheguem até o conselho, etc.).

O segundo ponto, a formulação de estratégias referentes à saúde pública e à gestão do SUS no município, teve como protagonismo os conselheiros representantes do governo municipal, que apresentaram alguns projetos que necessitavam a deliberação e aprovação do CMS/BV. Assim, cabe ao conselho também o papel de aprovar as propostas dos projetos referentes às estratégias a serem desenvolvidas no município, bem como a gestão do próprio sistema de saúde municipal, só após a aprovação no conselho é que esses projetos são encaminhados para as outras instâncias de deliberação e aprovação, como a câmara municipal, por exemplo.

O terceiro ponto, referente às questões que envolvem a Política de Promoção à Saúde, evidenciou, em várias atas, que um dos pontos de grande discussão em grande parte do tempo foi o Combate ao Mosquito *Aedes Aegypti*, havendo uma grande preocupação e mobilização por parte do conselho junto aos agentes de saúde. Foram muitas reuniões para discussão desse tema, tendo em vista que o município vem sofrendo com uma grande proliferação do mosquito, principalmente nos bairros mais periféricos. Porém, verificou-se novamente a ausência de divulgação dessas discussões para a sociedade, além do mais, sendo apenas encaminhado o que foi deliberado para a secretaria municipal de saúde, que deveria providenciar as ações possíveis junto à vigilância sanitária.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise das entrevistas realizadas com 5 (cinco) usuários do SUS e 2 (dois) funcionários de um dos postos de saúde do município de Boa Vista/RR, afim de buscar o conhecimento da população no que se refere às Políticas de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR e aos Serviços ofertados, leva em conta a opinião de 7 (sete) pessoas, não tendo sido usado nenhum critério específico de seleção, apenas a vontade de manifestação dos entrevistados. Foram feitas 20 questões para cada um dos entrevistados, entretanto, nem todas foram utilizadas nessa análise, tendo em vista que algumas foram direcionadas a pontos que não cabem neste estudo. Levando em conta o ambiente organizacional em que estão inseridos, o resultado desta análise foi dividido em 4 (quatro) categorias.

Categoria 1: Serviços de saúde oferecidos no município

Esta categoria foi composta por 2 (duas) questões, que eram questionamentos acerca de como eles classificariam os serviços de saúde oferecidos no município de Boa Vista/RR dentro do planejamento das políticas municipais de saúde. Dos entrevistados, 4 (quatro) classificaram como sendo razoável, mostrando uma insatisfação no atendimento no que diz respeito à quantidade de pessoas a serem atendidas, principalmente após a migração venezuelana no município. Isso é demonstrado na fala do Entrevistado 2:

Não muito bom. Depois que os venezuelanos chegaram, a procura pelos serviços aumentou e parece que eles têm mais direitos que o povo de Roraima. Muitas vezes quem é do Estado não consegue uma consulta por conta da sobrecarga dos atendimentos.

Percebe-se que aqueles cuja respostas foram “razoáveis” são usuários dos serviços de saúde oferecidos no município, porém, quando perguntado para os funcionários, eles classificaram como sendo bom, conforme a fala do Entrevistado 3:

Avalio como bom. Porque as pessoas conseguem ter acesso aos atendimentos básicos de saúde, conseguem fazer a referência contra referência, que é o encaminhamento do município pro Estado e tem a disponibilidade dos insumos básicos que são exigidos em lei.

Em relação aos serviços de saúde oferecidos no tocante à prevenção de doenças, 6 (seis) entrevistados classificaram os mesmos como sendo adequados e bons, como pode ser notado na fala do Entrevistado 4:

É bem enfatizado, o município de Boa Vista é bem focalizado, pois vem recursos federais para enfatizar aquelas doenças, como tuberculose, hipertensão, diabetes, que são doenças crônicas, além da participação municipal, tem a participação federal direcionada para esses grupos de doenças que são prioridades.

Como se pode perceber, há uma certa controvérsia no que diz respeito aos serviços de saúde oferecidos no município, enquanto alguns entrevistados apontam uma insatisfação com os serviços, os servidores que são efetivos tentam mostrar que os serviços ofertados são adequados para a população.

Categoria 2: Políticas Públicas de Saúde

Esta categoria é composta por 2 (duas) questões, que se baseiam no questionamento acerca da opinião dos entrevistados a respeito do que são as Políticas Públicas voltadas para a Saúde. As respostas foram variadas, mas 5 (cinco) dos entrevistados mostraram desconhecimento sobre como as políticas são elaboradas. A resposta do Entrevistado 5, no entanto, mostra um certo grau de compreensão sobre o que são as políticas públicas e como são elaboradas: “são planejamentos e execuções de ações que beneficiam a população que necessita de atendimento médico-hospitalar, bem como de prevenção de doenças no âmbito do município, estado ou da país.”

As políticas públicas da área da saúde são uma responsabilidade do Estado, que é cumprida através dos seus respectivos governos (municipal, estadual, federal). O Brasil possui diversas políticas públicas para a área da saúde, como por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde, que hoje é referência para diversos países em política pública na área de saúde. Ao serem perguntados sobre o que poderia ser feito para melhorar os serviços do SUS em Boa Vista/RR, o Entrevistado 6 respondeu da seguinte forma: “mais disponibilidade de médicos e funcionários para atender melhor a população e também mais verbas para investir em novos aparelhos médicos.”

Observamos que 4 (quatro) dos 7 (sete) entrevistados, que são usuários do SUS, não souberam dizer o que são políticas públicas ou como elas são construídas, mostrando que a maioria da população não tem o conhecimento necessário para participar da elaboração dessas políticas. Apenas os servidores públicos da área de saúde é que conhecem um pouco mais acerca do tema.

Categoria 3: Conselho Municipal de Saúde

Esta categoria é composta por 2 (duas) questões, acerca da opinião dos entrevistados a respeito do Conselho Municipal de Saúde e sua função. Segundo Brasil (2013, p. 6), os conselhos municipais de saúde são “órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas”. É por meio do conselho que a comunidade pode participar da gestão pública. Mas, para poder participar de alguma maneira

é necessário primeiro saber do que se trata. Ao serem perguntados sobre o entendimento acerca do papel do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR, 6 (seis) dos entrevistados responderam que é papel do CMS/BV promover, discutir e fiscalizar as ações da área da saúde, como pode ser notado na fala do Entrevistado 3: “é o órgão fiscalizador das ações preconizadas pelo ministério da saúde e do governo do Estado.”

Quando perguntado qual é o grau de influência do governo municipal dentro do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR na opinião dos entrevistados, todos mencionaram que é grande. Como é expressado na fala dos entrevistados 4 e 5, respectivamente:

Não é para ter essa influência, mas tem. O conselho é para ter na sua maior totalidade a participação da população, mas infelizmente o papel do governo e das associações está mais presente, meio que o governo influência na aprovação de alguma coisa. Então, vai mais do interesse do governo em executar aquela política (ENTREVISTADO 4).

Acredito que há uma grande influência por parte do governo municipal dentro do conselho municipal de saúde, tendo em vista que vários de seus membros fazem parte da secretaria municipal de saúde (ENTREVISTADO 5).

A compreensão da população, pelo que foi percebido nas entrevistas, é de que o Conselho Municipal de Saúde acaba sendo apenas uma mera formalidade para a aprovação das pautas referentes à saúde pública do governo municipal.

Categoria 4: A participação da população

Este item está atrelado ao item anterior no que diz respeito às ações de saúde executadas por meio do CMS/BV. É composto por 5 (cinco) questões, que se referem à opinião sobre a influência que a população pode ter na construção das políticas municipais de saúde de Boa Vista/RR, um dos entrevistados não conseguiu responder às perguntas, pois não tinha conhecimento do que se tratava as políticas municipais de saúde, os demais expressaram uma opinião mais positiva acerca dessa participação, conforme pode ser notado nas falas dos entrevistados 3 e 5, respectivamente:

O principal objetivo da Conferência Municipal de Saúde que é feita a cada dois anos, é justamente ouvir os anseios da população, antes de implementar qualquer ação na área da saúde, tem que primeiro ouvir a população, para entender quais estão sendo as necessidades daquele público específico e ver onde está a carência (ENTREVISTADO 3).

Acredito que uma participação direta dentro do conselho é realizada de modo tímido, tendo em vista o grande grau de influência governamental e institucional dentro do conselho, entretanto, a participação da população é garantida através das conferências, reuniões e audiências públicas realizadas pelo conselho municipal de saúde (ENTREVISTADO 5).

Segundo as falas dos entrevistados 3 e 5, a participação popular pode ser realizada através das conferências municipais de saúde, onde a mesma possui certa influência na construção das políticas municipais de saúde, porém, não participam das conferências.

Em relação às principais ferramentas que o conselho municipal de saúde possui para incentivar a participação da população na construção das políticas municipais de saúde, apenas 3 (três) entrevistados responderam quais eram essas ferramentas, como pode ser notado na fala do Entrevistado 5:

Pelo que percebo a principal ferramenta é a conferência municipal de saúde, entretanto, as reuniões e audiências públicas são fundamentais para a verificação de demandas mais específicas. Outro mecanismo que poderia ser melhorado é o site da secretária municipal de saúde e do conselho municipal de saúde, grande fonte de informações e relação com o público.

Quando perguntados a respeito da importância das conferências municipais de saúde de Boa Vista/RR, apenas cinco expressaram sua opinião, os demais não tinham conhecimento do que se tratava. Observemos as opiniões expressas dos entrevistados 3 e 6, respectivamente:

As conferências são as oportunidades que a população possui para ser ouvida, de como está sendo a prestação de serviços nas unidades do município e oportunidade que a população tem de participar e exigir/propor novas políticas e novas metas a serem cumpridas pelos gestores de saúde do município (ENTREVISTADO 3).

Acredito que seja importante para ouvir a população, suas opiniões e reclamações, assim a população poderá participar das ações da saúde (ENTREVISTADO 6).

No que diz respeito a importância da promoção da participação popular pelo Conselho Municipal de Saúde ao desenvolver reuniões e audiências públicas, somente 2 (dois) entrevistados responderam. As falas dos entrevistados 3 e 5, respectivamente, foram:

O município como órgão gestor e estando mais próximo da população, ele que tem que ser responsável por estimular a população a participar e mostrar qual a importância dessas conferências, audiências e etc. Para que a saúde possa melhorar e todos possam se beneficiar disso. Portanto, o gestor municipal tem que estimular a população, e deixar claro a população o que é a conferência e para que serve (ENTREVISTADO 3).

Como dito, as reuniões e audiências públicas servem para recolher as demandas específicas de cada parte da população municipal, dessa forma o incentivo por parte do poder público e do conselho é fundamental para que a população participe efetivamente tendo em vista que isso proporcionará a recepção dessas demandas (ENTREVISTADO 5).

Sobre a população fazer o acompanhamento e a fiscalização dos investimentos para a área da saúde, foi citado por todos os entrevistados que tal acompanhamento e fiscalização são importantes, mas poucos souberam dizer como isso seria realizado.

Vejamos a fala do Entrevistado 7: “é importante para que a população saiba onde está sendo investido o dinheiro e se o mesmo atenderá as necessidades.”

Observa-se nessa categoria, que a maioria dos entrevistados concorda que a participação da população na construção das políticas públicas de saúde é importante para o bom funcionamento de todo o sistema de saúde, entretanto, poucos são os que compreendem o que são as políticas públicas e como elas são construídas.

RESULTADOS

Diante da importância do envolvimento da população nas políticas de saúde, que foi garantido através da Constituição de 1988, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei 8.142/90, onde foram estabelecida as Conferências e os Conselhos de Saúde, fica evidente que a população precisa conhecer mais acerca do funcionamento das política públicas de modo geral.

A participação na formulação e tomada de decisão nas questões relativas à saúde é uma conquista da população brasileira e um elemento fundamental da democracia, considerando-se um direito, mas também um dever ético do cidadão. Entretanto, para exercer esse direito, é necessário que o cidadão conheça os mecanismos de participação. Desse modo, a população poderá fiscalizar melhor os recursos e as ações de saúde, ou seja, auxiliar na gestão das políticas de saúde, podendo influenciar significativamente na escolha das prioridades das ações a serem desenvolvidas nas áreas compreendidas pelas respectivas políticas.

A sociedade, ao realizar o acompanhamento/fiscalização das políticas de saúde, poderá levantar os problemas e propor soluções, além de contribuir para o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS. Isso mostra como a população pode contribuir na construção e execução das políticas de saúde, exercendo seu papel de cidadão e mostrando que quanto maior for a participação popular, mais forte a política se mostrará.

O Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista/RR, nesse sentido, não só discute pautas importantes para o planejamento da política de saúde do município, mas também desenvolve ações que buscam integrar essas pautas com as reais necessidades da população boa-vistense, ouvindo e recebendo suas demandas. No entanto, entende-se que a participação da população do município de Boa Vista/RR mostra-se ainda tímida para intervir nas políticas de saúde, isso pode ser atribuído a falta de conhecimento da população para o exercício da sua cidadania e do controle social. Diante disso, há a necessidade, por parte do CMS/BV, de uma maior sensibilização da população sobre a importância da sua atuação nas políticas municipais de saúde, mostrando como os cidadãos podem participar da construção

das políticas de saúde do município.

A análise das atas do CMS e das entrevistas mostraram que a participação popular ocorre apenas pelos representantes, ou seja, é unicamente uma participação por representação (equivalente ao sistema político representativo). A participação direta da população, que é um dos principais objetivos na construção das políticas públicas, não ocorre com efetividade, tendo em vista que não há incentivo para que essa participação ocorra. Ela ocorre apenas nas conferências de saúde, ainda assim com poucas pessoas, tendo em vista a maioria dos participantes são convidados ou que representam instituições do governo ou da sociedade civil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebendo que a participação popular ainda ocorre de maneira tímida e que há a necessidade de incentivo da participação direta da população, algumas medidas podem ser adotadas pelo CMS/BV:

1. Ampliar a divulgação de suas pautas e de suas reuniões;
2. Desenvolver novas maneiras de recolher demandas da população, principalmente por meio de reuniões setoriais (em associações de bairro, por exemplo);
3. Reestruturar seus canais de comunicação, principalmente o site oficial do CMS/BV;
4. Fazer visitas periódicas a unidades de saúde municipal, de modo a recolher as demandas de um modo mais efetivo;
5. Ampliar os canais de comunicação com o público, principalmente a ouvidoria do CMS/BV;
6. Desenvolver cursos e workshops sobre a construção de políticas públicas, de modo a oferecer maior conhecimento sobre os principais mecanismos de construção da política de saúde;
7. Buscar aproximação com a câmara municipal de vereadores, buscando a realização de mais reuniões e audiências públicas sobre saúde;
8. Divulgar as atas das reuniões do conselho;
9. Solicitar que a Secretaria Municipal de Saúde faça uma divulgação mais transparente dos gastos envolvidos na construção e execução das políticas de saúde do município;
10. Colaborar com a secretaria de saúde na divulgação das ações de saúde, principalmente nas ações de prevenção às doenças.

Essas são algumas ações que o CMS/BV pode realizar para ampliar a participação popular na construção das políticas públicas de saúde do município, tendo em vista que os resultados dessa pesquisa mostraram que a participação

popular na construção das políticas de saúde do município ainda é muito tímida e realizada por poucas pessoas, principalmente aqueles que representam os usuários do SUS no conselho.

REFERÊNCIAS

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Vol. 2 nº 1 (3), p. 68-80, 2005.

BENEVIDES, M. V. Cidadania e Direitos Humanos. In: José Sérgio Carvalho. (Org.). Educação, Cidadania e Direitos Humanos. Petrópolis: Vozes, p. 43-65, 2004.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 22 de maio de 2019.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em 22 de maio de 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 22 de maio de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde (documento para discussão). Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. p. 28, Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 453, de 10 de Maio de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html Acesso em 22 de maio de 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, 2003.

CMS/BV. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Boa Vista. Roraima, 2015.

CMS/BV. Ata da Reunião Ordinária Itinerante do Conselho Municipal de Saúde 20/03/2017. Roraima, 2017.

COELHO, Vera Schattan P. A Democratização dos Conselhos de Saúde. São Paulo, p. 77-92, 2007.

DIEGUES, Geraldo Cesar. O Controle Social e Participação nas Políticas Públicas: o caso dos conselhos gestores municipais. Minas Gerais, v.4, p.82-93, 2013.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. Editora UFPR, Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

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

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. Revista Brasileira de Educação v. 16 n. 47, 2011.

JERÓNIMO, Patrícia; VINK, Marten Peter. Os Múltiplos de Cidadania e os seus Direitos. Ed. Fundação Francisco Manuel dos Santos, p. 23-50, 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI. Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 1. -5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

LOPES, Brenner; AMARAL, Jefferson; CALDAS, Ricardo W. Políticas Públicas: Conceitos e Práticas. Belo Horizonte/MG, 2008.

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

LOPES, Bruno de Jesus; SILVA, Edson Arlindo; MARTINS, Simone. Conselho Municipal de Saúde sob a Ótica de seus Conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. Interações (Campo Grande), vol.17, n.2, p.163-172. 2016.

MACHADO, Cristiani Vieira. LIMA, Luciana Dias de. BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universa. Cad. Saúde Pública, vol.33, 2017.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ULHOA, D.A.M. Importância da participação popular nas ações de saúde. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2012.

AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O TRACOMA NO MUNICÍPIO DE MORENO-PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 21/12/2019

Maria Beatriz Araujo da Silva

Doscente da Universidade de Pernambuco (UPE),
Recife, PE, Brasil.

Cintia Michele Gondim de Brito

Doutorado em Ciências da Saúde da
Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE,
Brasil.

Celina Vieira Ferraz

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Isis Catharine de Melo Souza

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Thays de Melo Bezerra

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Pâmela Campos Marinho

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Larissa de Albuquerque Cordeiro

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Nathalia Machado Barbosa Silva

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

Caio César Alves Victor

Graduação de Enfermagem da Universidade de
Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil.

RESUMO: **Introdução:** O Tracoma é uma afecção inflamatória ocular crônica e transmissível (BRASIL, 2005). A Organização Mundial da Saúde estima a existência de 150 milhões de pessoas com a endemia no mundo a qual constitui uma importante causa de cegueira. **Objetivo:** relatar as experiências das ações de educação em saúde sobre o Tracoma para estudantes do ensino fundamental I e II do Município de Moreno-PE. **Método:** Trata-se de relato de experiência do tipo descritivo de abordagem qualitativa de uma atividade de desenvolvida em escolas do município de moreno – PE. **Resultados:** No que concerne a realização da dinâmica, percebeu-se o pouco conhecimento dos mesmos em relação à doença, que por vezes foi confundida com Glaucoma. **Conclusão:** O projeto teve um feedback positivo que era representado através dos desenhos feitos pelas crianças. **PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem; Saúde; Endemias; Pandemias; Epidemias;

EDUCATION ACTION ON HEALTH ON
THE TRACHOMA MORENO-PE COUNTY:
EXPERIENCE REPORT

INTRODUÇÃO

O Tracoma é uma afecção inflamatória ocular crônica e transmissível (BRASIL, 2005). Constitui a principal causa de cegueira em escala mundial geralmente bilateral cujo agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis*, uma bactéria gram-negativa, que produz uma ceratoconjuntivite crônica recidivante que, após anos, levam à fibrose cicatricial da conjuntiva, ao surgimento de entrópio (cílios que tocam a conjuntiva e a córnea) e a triquíase (deformação interna da margem da pálpebra), que causam traumas sucessivos na córnea, tornando-a não transparente (BRASIL, 2001). A transmissão se dá de pessoa a pessoa pelo contato direto por meio das mãos contaminadas com secreção ocular e contato indireto por objetos contaminados ou por vetores como a mosca doméstica (BRASIL, 2008). Período de Transmissibilidade ocorre na fase inflamatória da doença, sendo esta: Tracoma Inflamatório Folicular (TF) com predominância da inflamação folicular e Tracoma Inflamatório Intenso (TI) que não permite a visualização de mais de 50% dos vasos tarsais profundos. Tendo ainda, outros sinais-chaves para o diagnóstico como: Cicatrização tracomatosa da conjuntiva Tarsal Superior (TS) que tem uma aparência esbranquiçada, fibrosa, com bordas retas, angulares ou estreladas; Opacificação da Córnea (OC de origem tracomatosa) que caracteriza-se por visualização clara sobre a pupila, com intensidade suficiente para obscurecer pelo menos uma parte da margem desta. Todos esses sinais-chaves podem ocorrer simultaneamente, em um mesmo paciente e no mesmo olho, devendo sempre o examinador verificar sua presença ou ausência (LUCENA, 2010). Não sendo considerada doença de notificação compulsória nacional, apenas de notificação obrigatória em algumas unidades Federais, todos os casos de Tracoma serão registrados em formulário padrão (ficha de acompanhamento/controlado de casos) do Ministério da Saúde e deverão ser tratados e controlados em intervalos de 6 meses (BRASIL, 2009). Atualmente o tratamento, consiste na administração de Azitromicina em uso sistêmico até a alta por cura (BRASIL, 2010; SÃO PAULO, 2011).

Tracoma é uma doença considerada negligenciada com ampla disseminação no mundo. Geralmente é descrito em regiões áridas de países em desenvolvimento, geralmente nos locais com grande densidade populacional e inadequadas condições de habitação, acometendo principalmente crianças de faixa etária até dez anos. (FOCACCIA, 2005). Outros fatores também relacionados à presença de tracoma em uma comunidade são a presença de insetos vetores, deslocamentos populacionais

e presença de outras doenças oculares.

A Organização Mundial da Saúde estima a existência de 150 milhões de pessoas com a endemia no mundo a qual constitui uma importante causa de cegueira, sendo responsável por aproximadamente 6 milhões dos casos. O município de Moreno pertencente a I Regional de Saúde (GERES) é considerado prioritário para o Programa SANAR (Programa de Enfrentamento às doenças Negligenciadas) por ter carga de doença maior e com indicadores epidemiológicos situados fora do recomendado pelo MS e OPAS/OMS (prevalência > 5%). Este projeto tem como objetivo combater, através de educação em saúde, a disseminação do Tracoma, diminuindo os casos da doença no estado de Pernambuco e consiste na realização de atividades didáticas, lúdicas e de educação em saúde que gerem informação a respeito da doença para estudantes do ensino fundamental I e II, pais e gestores do Município de Moreno-PE.

O alvo principal do projeto são os escolares, visto que, é a faixa etária mais acometida pela doença devido aos hábitos de higiene, além de compartilharem o aprendizado da escola com naturalidade no seu lar. O projeto tem como intuito expor noções básicas sobre o tema abordado, reforçando a forma de transmissão, os sintomas, tratamento, prevenção e diagnóstico.

MÉTODOS

Trata-se de relato de experiência do tipo descritivo de abordagem qualitativa de uma atividade desenvolvida em escolas do município de Moreno – PE no período de setembro à novembro de 2015 pelos acadêmico-bolsistas de Enfermagem da faculdade de enfermagem nossa senhora das graças da universidade de Pernambuco- UPE, integrantes do projeto de extensão: Ação de Educação em saúde sobre o Tracoma no município de Moreno-PE.

Os sujeitos da atividade foram estudantes do ensino fundamental I e II de 10 escolas do município de Moreno, onde foram realizadas as atividades de educação em saúde com média de 35 alunos por sala de aula. O projeto articulou-se com Secretaria de Educação de Moreno para realização das atividades. A pesquisa dispensa TCLE por se tratar de palestras educativas.

A coleta de dados se deu por meio da observação. Pautou-se na observação assistemática dos participantes, bem como através da anotação das falas mais importantes dos mesmos.

O projeto apresenta uma carga horária de 12 horas semanais que foram distribuídas entre palestras educativas realizadas em salas de aula ou pátios das escolas municipais de Moreno, encontros entre extensionistas e orientador, além

de reuniões entre o bolsista e os voluntários. Foram repassadas informações sobre a forma de transmissão, os sintomas, tratamento, prevenção e diagnóstico, enfatizando sempre a importância da higiene pessoal e a lavagem das mãos no combate à doença. A abordagem do público foi realizada através de teatro e/ou fantoches, palestras, apresentação de vídeos, aulas expositiva, distribuição de folders de acordo com cada público participante na atividade.

A proposta metodológica a ser utilizada durante a atividade foi o modelo de Educação em Saúde de Paulo Freire cuja literatura diz que o educador em saúde deve visar à qualidade da informação, sua recepção, a forma e o quanto é compreendida pela clientela, traçando estratégias de ensino que resultem em ações transformadoras por parte dos clientes. A conscientização é o primeiro passo para o autocuidado, bem como é importante ressaltar que cada indivíduo possui um ritmo para aprender, compreender e pôr em prática as orientações. Devido a este fato, os instrumentos utilizados pelos extensionistas para transmitir a informação, foram adaptados ao tipo de clientela e ao nível de entendimento dos mesmos. É tido como uma das prioridades do projeto, trazer inovação às palestras abordando novos meios de transmitir a informação aos estudantes do ensino fundamental I e II, fazendo com que os mesmos participem ativamente das atividades, expresse suas dúvidas, possam refletir sobre os hábitos de higiene e condições ambientais. A educação em saúde pode – e deve- ser aplicada em qualquer ambiente onde são executadas atividades profissionais de cuidado, como: enfermarias, consultórios, salas de aula, grupo terapêutico, unidades de saúde, salas de espera e outros. Desde que haja um propósito e ambiente propício (FREIRE, 2004).

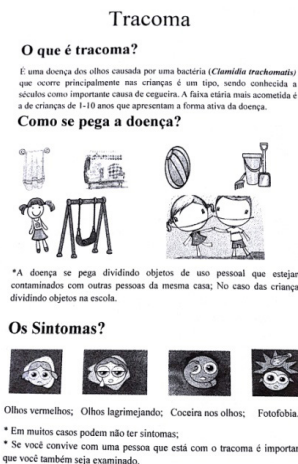
RESULTADOS

No estado de Pernambuco a alta e média prevalência dessa endemia mostram a necessidade de implementação e fortalecimento das ações de educação, vigilância epidemiológica e controle do tracoma. Este projeto teve o objetivo de reforçar a prevenção desta endemia, exemplificando os principais sintomas e ressaltando a importância da higiene pessoal e da lavagem das mãos para o combate à doença. O município de Moreno por ser considerado prioritário para Tracoma foi escolhido com campo de atuação das atividades.



Mapa do Município de Moreno

No que concerne a realização da dinâmica, cujo objetivo foi realizar ações de educação em saúde para estudantes do ensino fundamental I e II de escolas municipais de Moreno-PE percebeu-se o pouco conhecimento dos mesmos em relação à doença, que por vezes foi confundida com Glaucoma. As ações foram realizadas em 10 escolas, na área rural e urbana. As palestras eram realizadas nas salas de aula, e como as turmas eram com um quantitativo pequeno de alunos, juntava-se os alunos do ensino fundamental I e II em um espaço física maior e realizava-se a palestra, dando uma média de 35 alunos presentes, contando também com a participação de 2 a 3 professores em cada palestra, e apenas a presença dos pais em apenas 1 escola na zona rural. Os recursos utilizados para realização das atividades foram banners, panfletos, estimulação visual e ao final das palestras os alunos expressavam, através de desenhos, o conteúdo apreendido. Outro recurso utilizado para trazer dinamismo às palestras e estimular os estudantes a interagir por meio de perguntas foi a distribuição de guloseimas à medida que os mesmos perguntavam ou respondiam as perguntas que eram feitas.



Panfleto entregue aos alunos

Como se prevenir do tracoma ?



- ▶ Lavar as mãos e o rosto com sabonete várias vezes ao dia;
- ▶ Procurar dormir sozinho na cama ou de ponta cabeça;
- ▶ Não coçar os olhos com amão suja;
- ▶ Não usar toalhas ou lenços de outras pessoas.

O diagnóstico ?

É realizado a eversão da pálpebra superior do olho para observar se existe sinais do tracoma. Cada olho deve ser examinado cuidadosamente e separadamente para a detecção de anormalidades.

O tratamento?

É realizado conforme prescrição médica. O tratamento é fácil e se não for realizado pode prejudicar a visão.

Panfleto entregue aos alunos

O projeto teve o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Recife que auxiliou na articulação com a Secretaria de Educação do município de Moreno. O início do projeto se deu com idas ao município para organização do cronograma das atividades, solicitação da carta de anuência e visita as escolas municipais. Muitos entraves foram enfrentados desde a mobilidade ao município, a realização do cronograma, a articulação da secretaria de educação do município com as escolas contempladas, houve também greve dos professores da rede municipal no período em que estavam programadas as atividades o que resultou na mudança do cronograma.

Foi possível perceber diversos fatores sociais e ambientais que atuam como agravantes da situação epidemiológica do município. Trata-se de um local em que não se é incomum a falta de saneamento básico, principalmente na zona rural; hábitos da população já enraizados, o que dificulta a mudança de comportamento dos mesmos; condições precárias de vida; aglomeração de pessoas, incluindo crianças no ambiente escolar.

CONCLUSÃO

O projeto teve um feedback positivo, representado através dos desenhos feitos pelas crianças. De diferentes tamanhos, formas e cores as crianças usavam a imaginação para expor o que haviam aprendido. Na maioria dos momentos as crianças, os professores e pais se mostravam interessados no assunto e faziam perguntas a respeito do tema que logo em seguida eram esclarecidas. Embora em meio a tantas dificuldades, as atividades foram realizadas com empenho e o objetivo proposto foi alcançado. As atividades proporcionaram uma experiência

única, pudemos ter o contato com as crianças e suas diversas particularidades, atuar como transmissores de conhecimento, entender um pouco sobre as condições em que as mesmas vivem como também nos permitiu ser flexíveis e adaptar a forma de abordar o assunto de acordo com sua realidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância em saúde – dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias guia de bolso. 8. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde - FUNASA. Manual de controle do tracoma. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiologia. 7. ed. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_tracoma.pdf. Acesso em: 10 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6 ed. Brasília, 2005.

FOCACCIA, R. Tratado de infectologia. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

LUCENA, A. R.; CRUZ, A. A. V.; CAVALCANTI R. Estudo Epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – CE. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, v. 73, n. 3, 2010.

SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Centro de vigilância epidemiológica. Tracoma: dados epidemiológicos. São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tracoma/tracoma_dados.html. Acesso em: 10 abril 2015.

AÇÕES EM SAÚDE NA COMUNIDADE RIBEIRINHA – UM ENFOQUE DO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Data de aceite: 21/12/2019

Clara Loreine Andrade Rodrigues

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

Débora Marchetti Chaves Thomaz

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

Alice Bizerra Reis

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

Iasmin Mayumi Enokida

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

Patrícia Cristina Vicente

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

Rayssa de Sousa Matos da Costa

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul,
Faculdade de Medicina, Campo Grande – MS

RESUMO: O projeto intitulado “Atenção à Saúde na Base de Estudos do Pantanal da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)” tem como enfoque permitir, através da vivência acadêmica dos cursos da área da saúde da UFMS, o desenvolvimento de uma visão humanizada e particularizada da realidade dos agravos de saúde mais prevalentes na população ribeirinha sul mato-grossense.

Além disso, viabiliza uma aproximação entre os futuros profissionais e um público que por vezes é decrescido e abstraído em relação à outros na graduação. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), instituída em 2015, visa apresentar as peculiaridades destes grupos e compor estratégias e combate às iniquidades ao propor intervenções nos determinantes sociais de saúde. Esta serve como base para a atuação dos acadêmicos no projeto. A diligência dos extensionistas proporciona uma integração entre os cursos e o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para a atuação considerando as particularidades da população assistida. A atuação no projeto em cada uma das ações mensais é revista em reuniões após as visitas à Base do Pantanal para destacar os pontos positivos, aprendizados e estabelecimento de novas atividades a serem realizadas a partir das demandas observadas. O projeto permite uma visão integral e multiprofissional pelo trabalho em equipe das áreas de medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e nutrição, através das ações desenvolvidas que garantem, a priori, acesso à atenção básica de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica em Saúde, População Ribeirinha, Política de

HEALTH CARE ACTIONS IN A RIPARIAN COMMUNITY – A PHYSICIAN’S FOCUS ON PRIMARY CARE

ABSTRACT: The project entitled “Health Care at the Pantanal Studies Base of the Federal University of Mato Grosso do Sul (UFMS)” focuses on enabling, through the academic experience of the UFMS health courses, the development of a humanized and the reality of the most prevalent health problems in the riverside population of Mato Grosso do Sul. In addition, it enables an approximation between future professionals and an audience that is sometimes diminished and abstracted in relation to others in undergraduate studies. The National Policy for Integral Health of the Forest and Water Field Populations, established in 2015, aims to present the peculiarities of these groups and to compose strategies and combat inequities by proposing interventions in the social determinants of health. This serves as the basis for the academic performance in the project. The diligence of extensionists provides an integration between the courses and the development of skills and abilities necessary for the performance considering the particularities of the assisted population. The project performance in each of the monthly actions is reviewed in meetings after the visits to the Pantanal Base to highlight the positive points, learnings and establishment of new activities to be performed based on the observed demands. The project allows a comprehensive and multiprofessional view through teamwork in the areas of medicine, nursing, dentistry, pharmacy and nutrition, through the developed actions that guarantee, a priori, access to primary health care.

KEYWORDS: Primary Health Care, Riverside Population, Health Policy, Multiprofessional, Graduation.

1 | INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde no Brasil ainda é um privilégio para diversas populações. Barreiras socioculturais, econômicas, geográficas e organizacionais muitas vezes ainda exercem papel impeditivo ao atendimento, gerando como fruto populações à margem do Sistema Único de Saúde (SUS). O Pantanal Sul-Matogrossense é um vasto território, com população própria e que apresenta demandas em saúde específicas em consonância com sua especificidade geocultural. Para abranger estas demandas, foi instituída em 2015 a “*Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas*” (PNSIPCFA) (1), que contempla as particularidades inerentes a estes pacientes.

A Universidade Federal de Mato Grosso do Sul está inserida na região do Passo do Lontra no Pantanal de Miranda através de sua Base de Estudos, em

funcionamento há quase três décadas. Nesta localidade acontecem ações de pesquisa, ensino e extensão em todas as áreas do conhecimento. O projeto de extensão “Atenção multidisciplinar à saúde de Comunidades do Pantanal Corumbaense”, surge em 1991 com o objetivo de prestar assistência multidisciplinar em saúde, gerar aprendizado sobre a prática clínica nos acadêmicos e cumprir seu papel de responsabilidade social enquanto instituição. Mensalmente, durante o período de estiagem pantaneira, a Base de Estudos do Pantanal (BEP) da UFMS recebe a equipe do projeto multidisciplinar em saúde, composta pelos cursos de medicina, odontologia, enfermagem, nutrição e farmácia para atendimentos nos ambulatórios da BEP, sendo este o único acesso aos serviços de saúde disponível para a população local. Além de atendimento em saúde, a BEP também é extremamente importante como fonte de pesquisa da fauna e flora local, além de funcionar como escola primária para as crianças que ali estão alocadas.

Considerando indissociáveis a pesquisa, o ensino e a extensão da responsabilidade social, a academia busca aproximar-se das necessidades da sociedade local levando a equipe multidisciplinar à população ribeirinha da região do Passo do Lontra no Pantanal de Mato Grosso do Sul como forma não apenas de garantir a aplicação dos princípios da atenção primária: “integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado” (STARFIELD, 2002) (8), mas também de desenvolver através da iniciativa habilidades e competências dos acadêmicos do curso de medicina.

Neste trabalho, relatamos sobre a rica experiência dos acadêmicos perante a oportunidade ímpar da atuação na região pantaneira e o desenvolvimento de habilidades e competências através da iniciativa do projeto.

2 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

Como ocorre nos projetos de extensão, os integrantes passam por um processo seletivo para ingressarem no projeto, o que propicia a troca anual de seus integrantes e assim, altera-se a abordagem prática conforme o perfil de cada grupo. Este relato compete às ações desenvolvidas pela equipe do curso de medicina, participantes do projeto no ano de 2018.

Na primeira etapa, antes do início das atividades práticas, ocorre um processo de capacitação dos integrantes do projeto visando fornecer aporte teórico. Os alunos passaram por encontros multiprofissionais envolvendo todos os cursos que oferecem assistência na BEP. Ao todo, foram realizados três encontros nos quais, baseados na metodologia ativa da Aprendizagem Baseada em Problemas (ou Problem-Based Learning – PBL), objetivou que o acadêmico desenvolvesse um estímulo para o autoaprendizado e o pensamento crítico (3).

O primeiro encontro iniciou com a apresentação do local de ação pelas coordenadoras docentes e discentes, assim como das atividades a serem desenvolvidas, e seguiu com o processo de autoconhecimento do grupo. O trabalho em uma equipe multiprofissional consiste numa ação coletiva que se baseia em uma relação de reciprocidade entre as inúmeras intervenções técnicas e a integração entre profissionais de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ocorre a articulação entre as equipes e as ações multiprofissionais (6). Na sequência, os participantes foram separados em grupos de tutorias mistos entre os cursos.

Assim como preconizado pelo PBL, foi dada uma situação problema com a temática centrada na população ribeirinha e, a partir disso, foram estabelecidos os objetivos de estudo. Os encontros seguintes foram direcionados a discussão dos propósitos instituídos. A principal referência utilizada para tal foi a PNSIPCFA.

Os principais subtemas discutidos levaram os alunos a refletir sobre o que é uma comunidade ribeirinha, quais são os determinantes sociais de saúde particulares que mais acometem essa população e as melhores formas de abordá-los. Podendo, dessa forma, complementar um conhecimento teórico prévio e, conseqüentemente, contribuir com o desenvolvimento de condutas assertivas.

A segunda etapa foi composta pelas atividades realizadas na base. As ações desenvolvidas pela equipe médica não permaneceram apenas restritas ao atendimento ambulatorial, houve também o reconhecimento da região e população, levantamento das principais causas que levam ao atendimento, permitindo criar uma assistência mais integral, com a disponibilização de medicamentos e ações específicas para melhor atenção à saúde da população atendida na base.

A terceira e última etapa foi constituída de encontros avaliativos, tanto entre os acadêmicos do curso de medicina e a coordenadora docente quanto encontros gerais envolvendo todos os cursos. Esses momentos ocorrem ao retorno de cada ida à BEP e têm por objetivo a troca de experiências. Sendo assim, os alunos abordaram sobre as problemáticas vivenciadas e como elas acrescentaram na sua formação acadêmica e pessoal, apresentaram um relato de caso e levantaram as qualidades e possíveis melhorias a serem adotadas.

De acordo com avaliações das acadêmicas, entrar em contato com a população ribeirinha e compreender as temáticas singulares a esse local de atuação, nos fez perceber o que diz Freire (1996) sobre como o contato com um meio distinto ao habitual enaltece a formação multifocal contemplando a capacidade de aprender a ensinar enquanto ensina (5), fazendo isso de forma condizente com a realidade visitada, exercendo a postura de guia e não de detentor do conhecimento (4). Contribuindo, assim, com a humanização da formação acadêmica.

A possibilidade de contato com o meio interdisciplinar também possibilitou aprendizados significativos para a equipe. Melhora das relações entre as áreas

da saúde e, conseqüentemente, integração do conhecimento, a qual possibilita uma formação técnica mais completa. São fatores importantes desenvolvidos que culminam em práticas que favorecem um melhor atendimento ao paciente. Ademais, essa prática também colabora para a formação de um cidadão perante toda a sociedade, ao passo que o conhecimento em diferentes áreas é algo relevante para exercer de maneira mais segura, ética e crítica a profissão na área da saúde (2).

A partir do exposto, compreendemos que crescimento pessoal é o resultado de ações que um indivíduo ou grupo exerce com o objetivo de aprimoramento, de evolução diária, utilizando as ferramentas e os recursos que são acessíveis. Em outras palavras, não se trata apenas da busca por aprendizado a fim de se tornar um profissional melhor, mas também para o desenvolvimento de competências que possam nos auxiliar a se tornar um indivíduo e cidadão mais completo. Sendo assim, compreendemos que a participação de um projeto como esse, só pode ser definida como uma oportunidade única, uma experiência enriquecedora e uma lembrança que traz um sorriso no rosto.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iniquidades na distribuição de riquezas com diversos setores vivendo em condições de pobreza, e nesse caso em especial a população ribeirinha do Passo do Lontra, não lhes permite o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde (1). É nesse contexto que a equipe multiprofissional se insere, visando dirimir, mesmo que de forma lenta e gradual, a falta de acesso à saúde.

Por conseguinte, as ações desenvolvidas pelo projeto garantem o acesso da população à atenção básica de saúde, através do trabalho da equipe multiprofissional (medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e nutrição), que se capacita antes, durante e depois do processo de atendimento aos usuários.

O fomento à extensão universitária ainda está muito aquém do que seria o ideal nas suas possibilidades e demandas (7). Desarte, as Ações em Saúde na Comunidade Ribeirinha tem um papel fundamental na assistência em saúde para essa população, e não menos importante, é meio fértil de trocas tanto docente-discente como profissional-população, sendo constatada através da humanização profissional dos acadêmicos e da promoção de saúde a este grupo.

Assim, neste trabalho, relatamos sobre a rica experiência dos acadêmicos perante a oportunidade ímpar da atuação na região pantaneira e o desenvolvimento de habilidades e competências através da iniciativa do projeto. Com isso, o hiato existente entre a população e os serviços de saúde minimiza-se e os extensionistas desfrutam da oportunidade única que é a extensão universitária no Passo do Lontra, pantanal sul-matogrossense.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio. **Saúde e Ambiente para as populações do campo, das florestas e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 216p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf>. Acesso em: 30 set 2019.
2. Cardoso, A. C.; Corralo, D. J.; Krahl, M.; et al. **O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional**. Revista da ABENO, v. 15, n. 2, p. 12-19, 2015.
3. Caron CR. **Aprendizagem problematizada no ensino médico na perspectiva do construtivismo piagetiano**. Curitiba; 2004. Mestrado [Dissertação] - Universidade Federal do Paraná.
4. Freire P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.
5. Freire P. **Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática docente**. 19 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
6. Peduzzi M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
7. Silva, M. S.; Vasconcelos, S. D. **Extensão universitária e formação profissional: avaliação da experiência das ciências biológicas na Universidade Federal de Pernambuco**. Estudos em avaliação educacional, v. 17, n. 33, p. 119-136, 2006.
8. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR: PANORAMA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 21/12/2019

Data de Submissão: 07/11/2019

Leonardo Londero Orsolin

Universidade Franciscana (UFN). <http://lattes.cnpq.br/0890919699551876>.

Vanderleia Teles Ferreira

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). <http://lattes.cnpq.br/4830297670484525>.

Fernanda Stock da Silva

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA). <http://lattes.cnpq.br/7476755182404792>.

RESUMO: Um processo de mudança vai ao encontro de satisfação do cliente, logo em busca da qualidade, percebe-se que ações corretivas, ou seja, a prevenção alcança a causa do problema, e não as suas consequências. Aí se aplica a qualidade, entendida como responsabilidade compartilhada com os integrantes envolvidos no processo. Identificamos as implicações da Acreditação Hospitalar no panorama da enfermagem, com uma revisão bibliográfica na base de dados Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde. Assim foram organizadas 3 categorias, sendo elas: “Planejamento

das Ações Assistenciais Relacionadas às Vivências da Enfermagem”, “Complexidade do Trabalho do Enfermeiro Frente ao Stress na Implantação da Acreditação” e “Segurança do Paciente e suas Limitações na Prática”. Este estudo apresentou algumas inquietações frente à Acreditação Hospitalar na visão dos profissionais da enfermagem e apontou que existem melhorias com a implantação deste programa, porém o desgaste físico e emocional se torna presente.

PALAVRAS-CHAVE: Acreditação Hospitalar. Enfermagem. Gestão da Qualidade.

HOSPITAL ACCREDITATION: PANORAMA OF NURSING PROFESSIONALS

ABSTRACT: A process of change meets customer satisfaction, soon in search of quality, it is perceived that corrective actions, that is, prevention reaches the cause of the problem, and not its consequences. There applies the quality, understood as shared responsibility with the members involved in the process. We identified the implications of Hospital Accreditation in the nursing landscape, with a bibliographic review in the Database Literature of Latin America and the Caribbean in Health Sciences. Thus, 3 categories were organized, “Planning care

actions Related to Nursing Experiences”, “Complexity of NurseS’ Work In relation to Stress in the Implementation of Accreditation” and “Patient Safety and their Limitations in Practice.” This study presented some concerns regarding Hospital Accreditation in the view of nursing professionals and pointed out that there are improvements with the implementation of this program, but physical and emotional exhaustion becomes present.

KEYWORDS: Hospital Accreditation. Nursing. Quality Management.

INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas no cenário político, à globalização da economia, a crescente propagação de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação, colaboraram para a modificação do comportamento dos clientes dos serviços de saúde, bem como para o aumento da competitividade na maioria das organizações. Com esse argumento, estabelecimentos que oferecem serviços de saúde, compreendidos como empresas complexas, necessitam adequar-se a esse novo cenário e torná-los maleáveis para coligarem estratégias capazes de atender ao paciente, seja interno ou externo, razão de ser da instituição, visando a qualidade (KURKGANT, 1991).

Em 1997, em busca da qualidade na assistência a saúde, o Ministério da Saúde (MS) lança um programa chamado Acreditação Hospitalar (AH), é um processo de adesão, racionalização e ordenação dos hospitais. Esse programa de caráter voluntário vem designar uma ação positiva da assistência à saúde em favor da população, autoridades sanitárias e fornecedores/consumidores de serviços de saúde (KURCGANT; TRONCHIN, 2011).

É necessária a utilização de ferramentas que venham ao encontro de mudanças no ambiente físico e nas questões organizacionais, promovendo a estima dos profissionais e o relacionamento entre os setores, tornando a assistência ao paciente efetiva através da aquisição de sua confiança. Atender exigências de órgãos financeiros reduzindo custos, atraindo e estimulando o envolvimento dos profissionais (KURCGANT; TRONCHIN, 2011).

A entidade responsável pela padronização do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) é a Organização Nacional de Acreditação (ONA), instituição não governamental e sem fins lucrativos que certifica a qualidade de serviços de saúde no Brasil, e visa a segurança do paciente. Este processo é moldado por três princípios fundamentais: voluntário, periódico e reservado (ONA, 2014).

Os hospitais credenciados Joint Commission têm significativamente melhorado a qualidade dos cuidados ao longo de um período de seis anos, salvando vidas e melhorando a saúde de milhares de pacientes. Esta comissão tem contribuído

significativamente para essa qualidade exigindo melhorias pelos hospitais para relatar o desempenho de qualidade (ONA, 2014).

Frente a isto, percebeu-se a necessidade dos trabalhadores da saúde compreenderem o tema para aceitar as mudanças no ambiente de trabalho, assim com esse entendimento tornar o seu dia a dia mais ameno, dando assistência qualificada, minimizando falhas, focando na segurança do paciente, assim reduzindo erros e não conformidades. Desta forma elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais são as implicações do processo de Acreditação Hospitalar no panorama da enfermagem, de acordo com a literatura científica?

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva de abordagem qualitativa. Optou-se por esse tipo de pesquisa por ser uma abordagem baseada em material de estudiosos qualificados, que fizeram pesquisas científicas merecedoras de crédito acerca do tema escolhido, cujo o objetivo foi identificar as implicações da Acreditação Hospitalar no panorama da enfermagem.

Esta busca foi realizada na base de dados eletrônica Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores: “enfermagem” AND “acreditação” no período de abril de 2016, ate junho de 2018.

Para a seleção dos estudos encontrados foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo de pesquisa, estar no idioma português, ser condizente com a questão norteadora, respeitar o recorte temporal de 2005 até 2018, estar disponível na íntegra e gratuito e *online*. Foram excluídas as teses e dissertações.

Desta forma, a pesquisa realizada no LILACS resultou inicialmente em 63 artigos, destes 12 foram excluídos por não estar no idioma português, 8 por não serem condizentes ao tema, 14 por não respeitar o recorte temporal e 11 por não estarem disponíveis, 1 por não ser artigo, 1 por ser repetido e 2 por estarem sem resumo, finalizando em 13 artigos.

Para discussão dos artigos, utilizou-se o padrão de análise prepositiva de Minayo (2014), a qual propõe os seguintes passos na análise do tema: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos. Sendo que estes foram ordenados, organizados e posteriormente agrupados em dados para uma posterior categorização contendo palavras-chaves encontradas nos artigos.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Da análise temática surgiram três categorias principais, relacionadas da seguinte forma: **Categoria 1:** Planejamento das Ações Assistenciais Relacionadas às Vivências da Enfermagem, **Categoria 2:** Complexidade do Trabalho do Enfermeiro Frente ao Stress na Implantação da Acreditação e **Categoria 3:** Segurança do Paciente e suas Limitações na Prática.

Categoria 01: Planejamento das ações assistenciais relacionadas às vivências da enfermagem

Os hospitais para alcançarem uma assistência qualificada precisam de profissionais habilitados para atingir suas metas e objetivos, para que isso ocorra é indispensável um trabalho contínuo com os profissionais da saúde dentro de instituição. Uma das estratégias eficientes que vem sendo utilizada para a modernização dos conhecimentos é a educação no local de trabalho ou educação continuada (MAZIERO; SPIRI, 2013; FERNANDES; PENICHE, 2015; LIMA; ERDMAN, 2006).

Sendo essa educação uma estratégia que se dá no ato de repetir muitas vezes o mesmo procedimento, o que vem facilitar a compreensão e a interpretação da realidade que o cerca. Assim, o enfermeiro deve no dia a dia supervisionar de forma continuada e ordenada a equipe de enfermagem conforme padrões estabelecidos para manter o nível de qualidade determinado (MAZIERO; SPIRI, 2013; FERNANDES; PENICHE, 2015; LIMA; ERDMAN, 2006).

O profissional que desempenha funções em um hospital acreditado adquire capacidade no processo gerencial por meio da criação de indicadores e dados, ferramentas estas usadas pelo enfermeiro na realização da assistência qualificada ao paciente. Assim há o incentivo de atualizar seus conhecimentos adquiridos na graduação, articulando processos científicos com a prática. A acreditação e o processo de trabalho da enfermagem vislumbram a ocorrência de transformações nas ações realizadas pelo enfermeiro e que o engajamento com a acreditação hospitalar na instituição, estimula o desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem (MAZIERO; SPIRI, 2013; FERNANDES; PENICHE, 2015; LIMA; ERDMAN, 2006).

As instituições hospitalares vêm aderindo a uma nova cultura organizacional mais flexível, baseada na redução de custos e na qualidade total. Assim, a enfermagem também vem sofrendo modificações em seu processo, alterando-se o perfil do enfermeiro, passando a serem exigidos, pelo mercado de trabalho, profissionais líderes, críticos, reflexivos e seguros na tomada de decisões (FORTES; BAPTISTA, 2012). Devido às novas exigências, a assistência, muitas vezes,

fica relegada a um plano secundário no processo de trabalho em razão de que esses profissionais precisam também ter conhecimentos de custos de materiais e equipamentos capazes de suprir as necessidades e estar de acordo com a realidade da instituição, mantendo o equilíbrio entre qualidade e quantidade (FURUKAWA; CUNHA, 2011; GENTIL; SANNA, 2009).

Porém, o que tem sido difundido é que a enfermagem está presa a processos mais abertos de produção na saúde. O enfermeiro vê seu produto reconhecido, mas como elemento de outro, que muitas vezes não permite que suas ações e seus resultados sejam reconhecidos. Isto pode levar a pensar na falta de reconhecimento frente ao seu empenho, como se suas ações fossem de menos valor (LIMA; ERDMAN, 2006; VARGAS et al., 2007).

O reconhecimento da importância do trabalho de uma equipe depende de suas identificações, pelo constatar de sua existência e demanda conhecimento, habilidades e esforços para serem alcançados. Para a obtenção deste reconhecimento, faça-se necessário uma assistência qualificada precisa por parte destes profissionais, habilitando-os para atingir suas metas e objetivos, mantendo a continuidade dos processos a serem executados (LIMA; ERDMAN, 2006; VARGAS et al., 2007).

A equipe de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento de um programa de qualidade nos hospitais, devido ao número substancial de profissionais e seu desempenho direto e permanente no atendimento de clientes internos e externos. Nesse sentido, os processos de acreditação são influenciados pelas ações dos líderes da enfermagem e, ao mesmo tempo, têm implicações importantes para o trabalho cotidiano desta equipe, especificamente, melhorando a integração entre os profissionais e a produtividade (GABRIEL et al., 2018).

Dessa forma, ações mais efetivas só serão possíveis com profissionais que alarguem seus conceitos e atuem em equipes multiprofissionais. A garantia de um atendimento integral ultrapassa uma assistência à saúde hierarquizada e regionalizada, abrange o individual e o coletivo e requer um compromisso constante com o aprendizado e a atuação multiprofissional (LIMA; ERDMAN, 2006; VARGAS et al., 2007).

Categoria 02: Complexidade do trabalho do enfermeiro frente à implantação da acreditação

É fundamental a atuação do enfermeiro junto à sua equipe no processo de acreditação, pois ele está presente na tomada de decisões, estratégias e operações. O enfermeiro se envolve em ações direcionadas para cuidar, administrar/gerenciar, ensinar e pesquisar. O envolvimento com a equipe oportuniza a dinâmica do exercício profissional, ao mesmo tempo em que influencia de forma significativa, o conjunto de trabalho da equipe profissional na implantação da acreditação hospitalar

(FURUKAWA; CUNHA, 2011; MANZO et al., 2012; MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

A noção de competência tem surgido nos últimos anos repensar as relações interpessoais, seus saberes, suas capacidades e as organizações, suas demandas no campo dos métodos de trabalho essenciais e os processos relacionais. Sabe-se, porém, que a constituição de um perfil de competência, por si só, não garante a renovação das práticas educativas em saúde. É necessário investir também na discussão e reflexão sobre a forma como esse perfil pode ser trabalhado no cotidiano dos serviços e no ensino de enfermagem (FURUKAWA; CUNHA, 2011; GENTIL; SANNA, 2009).

As grandes empresas estão na busca por qualidade de produtos e serviços com reflexos ao bom atendimento. Novas abordagens gerenciais que estimulam os enfermeiros a buscar alternativas para organizar o trabalho, que hoje é considerado fator necessário para a competitividade, mas a qualidade só pode ser possível se o impulso for a educação com vistas à qualificação profissional e qualificação do serviço prestado, essas abordagens trazem no seu contexto conceitos de flexibilidade, redução de hierarquia, trabalho em equipe e descentralização das decisões, apesar de prevalecer na enfermagem uma raiz histórica de autoritarismo (VELHO; TREVISÓ, 2013; HIGASHI et al., 2013).

Existe nas pessoas uma dinâmica com forças necessárias para o seu desenvolvimento, bastando que para isso seja favoravelmente estimulada. Alcançar a qualidade junto com o encontro das necessidades dos pacientes é possível se o pessoal estiver conscientizado e tiver alcançado o desenvolvimento requerido. Isto é o que compõe a busca, aquisição, reflexão e atualização dos conhecimentos individuais e coletivos prático, teórico e acadêmico, assim, em relação à estratégia de resolução de problemas pelo foco no cliente, merece ser questionada (MATOS et al, 2006; CUNHA; FELDMAN, 2005).

Categoria 03: Segurança do paciente e suas limitações nas práticas da acreditação

A mitigação e a solução de muitas “Não Conformidades” (NC) que significa o não cumprimento de um requisito, não estão sob o comando exclusivo da enfermagem. Pois, o SBA entende serviço ou processo como um todo sem a necessidade de apontar determinada classe profissional ou setor com NC. Assim, é necessário que a alta gerência promova periodicamente educação permanente e grupos de discussão nas instituições hospitalares, dando oportunidade dos profissionais de repensar sobre as NC referentes ao processo em que está engajado à sua prática e, vislumbrem realizar atividades conjuntas para que as NC sejam totalmente resolvidas (RIBEIRO et al., 2014; PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012). Verifica-

se também, que há lacunas neste processo o vínculo da prática da avaliação de desempenho com a de capacitações, essa se torna limitada a aspectos burocráticos, servindo unicamente para aumentos salariais previstos no Plano de Carreira. A iniciativa de transmitir aos profissionais a avaliação do processo de trabalho deve partir dos gerentes que carecem a necessidade de capacitações, outro aspecto que favorece a burocratização dessa prática são as lacunas identificadas no retorno dado aos trabalhadores (RIBEIRO et al., 2014; PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012).

Segundo Ceccim (2005), a educação permanente em saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. O processo de educação continuada levou os discentes a concretizar um projeto mais delineado de intervenção, onde as palestras e oficinas serviram para melhoria da qualidade dos serviços desenvolvidos nos setores anteriormente observados. Neste sentido as palestras abordavam temas específicos a fim de contribuir diretamente para sanar as dúvidas e necessidades das equipes.

Segundo a ONA (2014), devemos identificar o paciente desde a admissão do serviço (acolhimento), seja com a finalidade de consulta médica, internação, diagnóstico ou observação. Cabe aos processos de Recepção e Enfermagem realizarem a identificação correta conferindo os dados junto ao paciente ou acompanhante em cada etapa do processo exaustivamente, e padronizar pelo menos dois métodos de identificação, de maneira que sejam demonstradas. Por exemplo: Nome completo e data de nascimento do paciente em uma pulseira como identificação.

Mesmo que na Acreditação hospitalar haja barreiras, a presença deste sistema de gestão da qualidade vem ao encontro de melhorias relacionadas à segurança do paciente na percepção dos gestores entrevistados, caracterizando-se também como um benefício à qualidade da assistência (CUNHA; FELDMAN, 2005).

CONCLUSÃO

O estudo apresentou algumas inquietações diante da AH na visão dos profissionais da enfermagem. Apontou que existem melhorias com a implantação deste programa, porém o desgaste físico e emocional se torna presente. E que a educação continuada leva ao encontro da mudança de cultura. A acreditação hospitalar traz para um hospital melhorias na qualidade da assistência quando o trabalho dispensado à interdisciplinaridade é levado a sério. Quando os profissionais se organizam para compreender a essência do cuidado integral e atinge assim a qualidade almejada.

Os critérios, padrões e indicadores que incitam para o desenvolvimento e aprimoramento da qualidade do cuidado ao paciente no âmbito do desempenho e evolução dos resultados organizacionais se caracterizam por um alto grau de competência profissional e organizacional, uso competente de recursos, redução a um nível mínimo de riscos de responsabilidade civil profissional e hospitalar, satisfação dos pacientes e de seus responsáveis, expectativas de retorno à comunidade, acessibilidade e equidade aos serviços de saúde.

Na busca pela melhora da qualidade, outro aspecto que chama atenção foi no que diz respeito ao quesito comunicação que deve ser efetiva e clara entre as categorias. O preparo dos profissionais para este processo de acreditação em vez de contínuo deve ser através de treinamentos. Profissionais que são acadêmicos e têm acesso a informações referentes ao tema acreditação conseguem absorver melhor a grandeza deste processo. Ao articular a mudança de forma aberta a efetividade as ações se tornaram mais seguras e a motivação por promover um cuidado de excelência se fará presente no dia a dia do profissional e de toda a equipe.

Com existências de barreiras para que a AH seja efetiva, o sistema de gestão de qualidade deve ir ao encontro das melhorias da segurança do paciente voltada para a qualidade do serviço prestado. Ressalta-se que, as não conformidades que são o descumprimento de requisitos, quando ocorrem servem para corrigir falhas onde a equipe multiprofissional atua.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic, Saúde, Educ.**, v. 9, n. 16, pp. 161-77, 2005.

CUNHA, I. C. K. O.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 1, pp. 65-9, jan./fev. 2005.

FERNANDES, H. M. L. G.; PENICHE, A. C. G. Percepção da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico acerca da Acreditação Hospitalar em um Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 49, n. esp, pp. 22-28, 2015.

FORTES, M. T. R.; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 626-31, 2012.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem em hospitais acreditados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2011 v. 19, n. 1, pp. 1-9, jan./ fev. 2011.

GABRIEL, C. S.; BOGARIN, D. F.; MIKAEL, S.; CUMMINGS, G.; BERNARDES, A.; GUTIERREZ, L.; CALDANA, G. Perspectiva dos enfermeiros brasileiros sobre o impacto da acreditação hospitalar. **Enfermeria Global**, n. 49, pp. 395-407, 2018.

- GENTIL, R. C.; SANNA, M. C. Processos de acreditação para o enfermeiro: um recorte histórico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, pp. 125-31, jan./fev. 2009.
- HIGASHI, P.; SIMONETTI, J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; SPIRI, W. C.; PARADA, C. M. G.; L. Situações potencialmente geradoras de estresse para enfermeiros segundo condição de acreditação do hospital. **Rev Rene**, v. 14, n. 6, pp. 1141-8, 2013.
- KURCGANT, P. (Org.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.
- KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- LIMA, S. B. S.; ERDMAN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enf**, v.19, n. 3, pp. 271-8, 2006.
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP** (online), v. 46, n. 2, pp. 388-94, 2012.
- MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C. T. C.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. A. Enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2012.
- MATOS, S. S.; MORAIS, R. M.; NEUMANN, V. N.; SILVA, V. C.; SILVA, C. T.; ALVES, M. Um olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de acreditação hospitalar. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 418-24. out./dez. 2006.
- MAZIERO, V. G.; SPIRI, W. C. Significado do processo de acreditação hospitalar para enfermeiros de um hospital público estadual. **Rev. Eletr. Enf.** (online), v. 15, n. 1, pp. 121-9, jan./mar. 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: ONA, 2014.
- PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M.; SANTANA, L. Gestão de pessoas em uma unidade pediátrica na perspectiva do diagnóstico ONA e de profissionais. **Rev. Eletr. Enf.** (online), v. 14, n. 4, p. 893-902, out./dez. 2012.
- RIBEIRO, H. C. T. C.; CAMPOS, L. I.; MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. **Aquichan**, Chía, Colombia. v. 14, n. 4, pp. 582-93, dez. 2014.
- VARGAS, M. A.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMAN, A. L.; RAMOS, F. R. S. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 3, pp. 339-43, mai./jun. 2007.
- VELHO, J. M.; TREVISIO, P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. **RAS**, v. 15, n. 60, pp. 90-4, jul./set. 2013.

ADVOCACIA EM SAÚDE À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA POR PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM ATUANTES EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 21/12/2019

Cristiane Lopes Amarijo

<http://lattes.cnpq.br/2786971694751653>

Aline Belletti Figueira

<http://lattes.cnpq.br/1419384252159435>

Camila Daiane Silva

<http://lattes.cnpq.br/9735001000722376>

Daniele Ferreira Acosta

<http://lattes.cnpq.br/4591152052921460>

RESUMO: Objetivo: Identificar como ocorre a advocacia em saúde por profissionais da enfermagem de Unidades de Saúde da Família às mulheres em situação de violência.

Método: Pesquisa social, descritiva, qualitativa. Participaram do estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande/RS. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturada, inseridos no Software NVivo versão 10 e tratados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** A partir dos achados construiu-se duas categorias analíticas. Na primeira, verificou-se o exercício da advocacia em saúde restrito ao manejo das lesões físicas provenientes da violência sofrida. Na segunda, abordou-se condutas realizadas para garantia dos direitos das mulheres em

situação de violência doméstica. **Conclusões:** Garantir que os direitos das vítimas sejam respeitados é uma das maneiras mais efetivas de exercer a advocacia em saúde dessas mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Ética em enfermagem, Advocacia do paciente, Violência doméstica, Saúde da Família.

ADVOCACY IN HEALTH WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE BY THE ACTIVE NURSING PROFESSIONALS IN THE FAMILY HEALTH UNITS

ABSTRACT: Objective: To identify how health advocacy occurs by nursing professionals from Family Health Units to women in situations of violence. **Method:** Social, descriptive, qualitative research. The study included nurses and nursing technicians working in the Family Health Units of the municipality of Rio Grande / RS. The data were collected through semi-structured interviews, inserted in the NVivo Software version 10 and treated based on the Bardin Content Analysis. **Results:** Based on the findings, two analytical categories were constructed. In the first one, it was verified the exercise of the advocacy in health restricted to the management of the physical injuries

originating from the violence suffered. The second part dealt with actions taken to guarantee the rights of women in situations of domestic violence. **Conclusions:** Ensuring that the rights of victims are respected is one of the most effective ways of exercising women's health advocacy.

KEYWORDS: Ethics in nursing, Advocacy of the patient, Domestic violence, Family Health.

PUESTOS DE TRABAJO EN SALUD DE LA MUJER VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ACTIVOS EN LAS UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

RESUMEN: Objetivo: Identificar cómo ocurre la abogacía en salud por profesionales de la enfermería de Unidades de Salud de la Familia a las mujeres en situación de violencia. **Método:** Investigación social, descriptiva, cualitativa. Participaron del estudio enfermeros y técnicos de enfermería actuantes en las Unidades de Salud de la Familia del municipio de Rio Grande / RS. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas, insertadas en el software NVivo versión 10 y tratados con base en el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** A partir de los hallazgos se construyeron dos categorías analíticas. En la primera, se verificó el ejercicio de la abogacía en salud restringido al manejo de las lesiones físicas provenientes de la violencia sufrida. En la segunda, se abordaron conductas realizadas para garantizar los derechos de las mujeres en situación de violencia doméstica. **Conclusiones:** Garantizar que los derechos de las víctimas sean respetados es una de las maneras más efectivas de ejercer la abogacía en salud de esas mujeres.

PALABRAS CLAVE: Ética en enfermeira, Abogacía del paciente, La violencia doméstica, Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica contra mulher (VDCM) consiste em uma manifestação de relações desiguais de poder entre homens e mulheres¹⁻² em que a subordinação não implica na ausência absoluta de poder³, mas é fruto da educação machista que a sociedade patriarcal perpetua ao longo dos séculos. No âmbito privado, essa desigualdade baseada no gênero, determina os padrões de relacionamento entre homens e mulheres, podendo resultar em violência doméstica⁴⁻⁵.

Uma pesquisa realizada em 2006 pelo Data Senado⁶ sobre VDCM constatou que mais de 13 milhões e 500 mil mulheres já sofreram algum tipo de violência, destas, 31% convivem com o agressor e 14% ainda sofrem com a VDCM. Isso significa que 700 mil brasileiras continuam sendo vítimas da violência de gênero⁶.

Apesar de significativos, os dados não revelam a magnitude do problema. Acredita-se que os casos não registrados de violência por parceiro íntimo ocupam patamares mais elevados, pois se detecta apenas uma pequena parcela das violências diferidas contra as mulheres, com atraso de seis a dez anos após seu início. Essa infradeteção está relacionada com a visão limitada das formas pelas quais a violência pode se manifestar⁷. Apesar de ter se constituído como um fenômeno invisível por décadas, ainda hoje é de difícil identificação⁸.

Mulheres em situação de violência frequentam com assiduidade os serviços de saúde, principalmente os voltados para a atenção primária^{7,9}. Nesse contexto, as Unidades de Saúde da Família (USF) se encontram em um patamar privilegiado para intervir na questão da VDCM, pois muitas vezes, constituem-se o primeiro local de suporte às mulheres em situação de violência^{5,7,8,10-12}. Por sua vez, os enfermeiros apresentam um importante papel promover os direitos dessas mulheres, exercendo assim, a advocacia do paciente.

A expressão *Advocacia do Paciente* não representa um conceito fechado em si. Ela abrange a percepção dos enfermeiros sobre suas práticas em prol da garantia dos direitos dos pacientes, considerando questões sócio-eco-culturais. Essas práticas podem consistir em fornecer conhecimento aos pacientes e familiares, troca de informações entre os profissionais envolvidos no cuidado, manter respeito, apoio, garantia da continuidade dos cuidados necessários, realizar ações educativas e que visem mudanças e melhorias nos serviços, dentre outros¹³. Percebe-se que a Advocacia não consiste em um evento único, ela é multifacetada.

Buscando compreender a advocacia do paciente, alguns modelos filosóficos são apresentados na literatura. Cita-se o modelo de advocacia humana cujo foco está em agir em prol dos pacientes devido ao sentimento de humanidade em comum¹⁴; o de advocacia existencial, cuja ênfase se encontra em garantir os direitos dos pacientes à autodeterminação¹⁵; o modelo funcional de advocacia do paciente que consiste em informar e apoiar as decisões dos pacientes¹⁶ e a advocacia social, que se refere a justiça social, ao acesso equitativo aos cuidados de saúde¹⁷.

Compreende-se que distinta pode ser a atuação de profissionais da enfermagem frente às mulheres em situação de violência, para buscarem advogar por elas. Exposto isso, buscou-se *identificar como ocorre a advocacia em saúde por enfermeiros de Unidades de Saúde da Família à mulheres vítimas de violência*.

METODOLOGIA

Pesquisa social, descritiva, qualitativa. Foram convidados a participar do estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes nas USF do município do

Rio Grande/RS. Foram excluídos os que estavam afastados da USF por motivo de férias, folga ou licença. Assim, totalizaram 25 profissionais da enfermagem atuantes em Unidades de Saúde da Família do município do Rio Grande/RS. Destes, 13 eram enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e novembro de 2013, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG, sob parecer nº 020/2013. Os dados foram coletados a partir de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro elaborado para este fim. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos, foram gravadas e transcritas posteriormente.

O conteúdo das entrevistas foi inserido no *Software NVivo* versão 10 e recebeu tratamento embasado em Bardin, que conceitua a Análise de Conteúdo como sendo um instrumento metodológico empregado a discursos, baseada na inferência/ dedução¹⁸.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A entrevista foi realizada com 13 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem. Destes, 12 atuavam na zona urbana do município e 13 na zona rural. Pertenciam a faixa etária até 40 anos apenas cinco indivíduos, tendo os outros 20 idade igual a 40 anos ou mais. Quanto à participação em eventos cujo tema central fosse violência doméstica contra a mulher, apenas 17 participaram. Em relação a conjugalidade, dez moravam com companheiro, 11 não possuíam companheiro fixo e quatro tinham companheiro mas não residiam juntos.

Da análise dos discursos dos participantes, surgiram duas categorias denominadas de: “Ações de cuidados físicos prestados às vítimas” e “Ações de garantia dos direitos das vítimas”.

O exercício da advocacia em saúde direcionado ao manejo das lesões físicas provenientes da violência sofrida

Nesta categoria, apresenta-se aspectos relacionados aos cuidados prestados às lesões físicas provenientes da violência. Nela, alguns profissionais explanam como agiram frente a um caso de violência que consideraram ser o mais grave atendido por eles.

A violência de gênero, um ato de transgressão dos direitos humanos femininos, apresenta-se sob as diferentes formas: física, psicológica, moral, patrimonial e a sexual¹⁹. A violência física consiste em qualquer conduta que vise prejudicar a integridade física da vítima^{7,19}.

Embora a VDCM possa ser caracterizada de acordo com os danos que pode causar, em determinadas situações, essas “violências” se imbricam de tal modo

que se torna impossível delimitar apenas um tipo²⁰. Frequentemente coexistem a violência física, a psíquica e a sexual⁷.

Geralmente os sinais visíveis são detectados durante atendimento ou exame físico. No entanto, a assistência assume caráter meramente curativo revelando uma atenção biomédica, reforçando a crença de que apenas o biológico é objeto de intervenção dos serviços de saúde, desarticulando-o do contexto psicossocial^{1,21}. O objetivo dos serviços de saúde deve ir além da assistência ao físico, buscando a prevenção de novas manifestações violentas²².

Eu disse para ela que teria que ser removida porque nós não tínhamos como fazer uma sutura daquele nível. Falei que ela iria para o pronto socorro. Foi chamada a ambulância e ela foi tranquila. (TE-86)

Eu tento fazer a minha parte que é tranquilizar, fazer o curativo, passar carinho naquela hora que ela está precisando, compreensão. (TE-8)

Ficou evidente, nas falas, que o cuidado volta-se ao dano físico sofrido, talvez pela sua fácil detecção através da visualização. Tradicionalmente, a violência contra a mulher está intimamente relacionada com a agressão física. Ela é a mais reconhecida e, socialmente, considerada a mais perigosa e de alta prevalência²³.

O modelo assistencial atual centra-se na queixa-conduta, restringindo-se a intervenções técnicas e medicalizantes, ficando as reais necessidades de saúde em segundo plano e não ultrapassando as barreiras individuais¹. Essa restrição ao singular pode ser em virtude da construção de gênero presente, também na vida dos profissionais que a trazem para o campo de práticas¹². Apenas ações baseadas na clínica não são suficientes para a resolução de um problema complexo, como é a violência de gênero, que requer soluções multifacetadas^{21,24}.

Entretanto, por se tratar de um problema complexo a violência pode gerar sentimentos de insegurança, frustração, revolta, indignação, medo e angústia nos profissionais por não conseguirem resolvê-lo, por não visualizarem uma resposta nem resultados efetivos do atendimento prestado^{21,25}. O profissional de saúde sente-se impotente frente à violência porque esta não se limita a uma questão tecnicamente tratável com medicação ou outra terapia¹.

Condutas realizadas no intuito de garantir os direitos das mulheres em situação de violência doméstica

Nesta categoria expõe-se, as práticas reveladas nas falas, desenvolvidas pelos profissionais frente à situação de VDCM com o intuito de garantir os direitos das mulheres em situação de violência doméstica. Dentre as atribuições dos profissionais da enfermagem frente a situações de VDCM está o registro da violência e a comunicação da mesma à Vigilância Epidemiológica através da realização da notificação compulsória.

Atendemos, fez os primeiros cuidados. Tinha ambulância disponível, levamos ela para o hospital. Orientamos e registramos.[...] A gente fez o primeiro atendimento e mandou para o hospital. [...]Eu só registrei no livro de ocorrência porque tinha que passar o caso para o pessoal do dia ver [...] (E-103)

Verifica-se a realização do registro da violência, porém limitado ao serviço, como troca de informação entre as equipes de diferentes turnos de trabalho, pois se tratava de uma unidade em funcionamento 24 horas. Dessa forma, o registro não se torna oficial e contribui para a subnotificação dos casos de VDCM.

A notificação compulsória, estabelecida pela Lei nº 10.778/2003, constitui a comunicação obrigatória e sigilosa, à Vigilância Epidemiológica, de todos os casos de violência de gênero, atendidos tanto em serviços públicos quanto privados de saúde. Todo o profissional de saúde que presta atendimento às vítimas precisa notificar os casos confirmados e/ou suspeitos de VDCM, ocorridos no ambiente doméstico, intrafamiliar ou na comunidade²⁶.

A obrigatoriedade da notificação, sendo o agressor conhecido ou não, constitui um passo importante para a visibilidade da VDCM²⁷. Para realizá-la é necessário o preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências elaborada pelo Ministério da Saúde⁹.

O profissional que não notificar um caso de violência está sujeito a penalidades legais previstas do Código Penal Brasileiro²⁶. Além disso, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem em seu artigo 34 determina que o profissional está proibido de omitir informações sobre qualquer forma de violência. Assim, a subnotificação de qualquer forma de VDCM, contraria aos princípios éticos da profissão²⁷. Apesar disso, alguns autores denunciam que “a violência não é reconhecida nos diagnósticos nem registrada nos prontuários”^{11:112}.

Outra atribuição dos profissionais da enfermagem é a realização do acolhimento. Quando uma vítima de violência busca o serviço de saúde o profissional deve acolhê-la, ouvindo-a com atenção e respeito visando estabelecer um vínculo de confiança, transmitindo-lhe credibilidade sobre o exposto^{7,21,29}.

É durante o acolhimento que as vítimas devem ser orientadas sobre seus direitos e os recursos que poderão auxiliar no combate da violência^{12,25,29}. Isso requer preparo profissional, conhecimento atualizado da legislação e dos serviços de apoio⁷.

Nós atendemos, ela chegou e disse que queria falar em particular. Eu fui para uma salinha atender. Ali ela disse que queria me mostrar uma coisa, mas não queria que eu contasse para ninguém. [...] Tu orienta, indica, fala, ajuda, mas chega um ponto que depende da pessoa também se ajudar. Nós damos apoio, suporte. (E-74)

Eu fiz o acolhimento e encaminhamos ela para a delegacia da mulher.(E-5)

Nós trouxemos ela para uma sala reservada e conversamos [...] nos envolvemos, mas até ali. Demos apoio, conversamos com ela, acolhemos. (TE- 138)

Percebe-se, nas falas a seguir que alguns profissionais informam às mulheres vítimas de violência acerca de determinados serviços de proteção e buscam a rede de apoio para referenciar essa mulher. O conhecimento dos serviços disponíveis para o enfrentamento da violência é indispensável para que os profissionais prestem um acolhimento efetivo e de qualidade³⁰, bem como para que possam contribuir para transformar a visão das mulheres acerca da violência, “retirando-as do isolamento e demonstrando quanto o problema é coletivo”^{12:308}.

Eu conversei com ela, perguntei como ela estava se sentindo [...]. Eu disse para ela ir à polícia fazer um registro [...].Eu orientei ela a procurar ajuda na polícia. (TE-95)

Primeiro fizemos o acolhimento. A gente acolhe, escuta, passa mais a ser ouvinte, deixar a mulher desabafar, falar o que ela está sentindo. Depois a gente tenta fazer o exame clínico, investigar o que que está acontecendo e procuramos as redes de apoio que a gente tem para ajudar essa mulher. (E- 166)

Existem distintos serviços que atuam na prevenção e combate a VDCM. Pode-se citar o Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres (COMDIM) que formula diretrizes, programas e políticas públicas no intuito de eliminar a violência. O Centro de Referência Especializado em Assistência Social (SMCAS), que atende mulheres em situação de violência doméstica encaminhadas de outros serviços ou que buscam diretamente por ele. Conta também com a Casa da Mulher, que oferece segurança, proteção e moradia temporária³¹.

Ainda, existem as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM), cujas atividades têm caráter preventivo e repressivo, apuração e investigação, dentre outras. No município em que foi realizado este estudo, existe apenas uma DEAM, e encontra-se em fase de implantação a Patrulha Maria da Penha, fruto de uma parceria entre a DEAM e o 6º Batalhão da Brigada Militar³¹. Há aqueles profissionais que mostraram possuir conhecimento de alguns dos serviços porque participaram de capacitações, cursos ou palestras sobre o tema.

Dentre os motivos pelos quais a mulher não denuncia seu agressor, pode-se citar a falta de condições econômicas para viver sem o companheiro, a preocupação com os filhos e o medo de serem assassinadas³². Para Bourdieu³³ os atos que podem levar a mulher à subordinação e, conseqüentemente a vitimização, podem assumir formas de emoções corporais como, por exemplo, vergonha, timidez e culpa; ou de paixões e de sentimentos, como o amor, a admiração e o respeito pelo agressor.

Eu orientei ela que existe a lei Maria da Penha, que ela tinha que fazer a denúncia. Incentivei ela a dar um rumo na vida, incentivei a arrumar um serviço para se manter, que hoje em dia a gente não é obrigado a viver com uma pessoa que espanca. (TE-75)

Observa-se o conhecimento acerca da Lei Maria da Penha e que foi transmitido para a vítima, enfatizando que ela deve transformar a situação que está vivenciando.

Entretanto, em determinadas situações, os próprios profissionais incentivam a passividade feminina frente ao mando masculino, enfatizando que devem ter paciência e não “bater de frente”²⁵. Não estimulam as mulheres ao desenvolvimento do poder que possuem, para transformar suas realidades.

Ao pensar a violência doméstica sobre o prisma das relações de poder, percebe-se que as formas de subordinação a que as mulheres são submetidas a partir da agressão, tratam-se de dispositivos de manutenção de poder focados na violência e na contínua condução de condutas³⁴. O agressor utiliza-se de estratégias para limitar o exercício de poder da vítima, privando-a dos seus meios de resistência e combate, levando-a gradualmente a estados de dominação em que a desistência de lutar é a consequência mais imediata, dificultando a reversão da situação vivenciada. Nesse contexto, a advocacia em saúde dessas mulheres, por profissionais da enfermagem, torna-se ímpar, uma vez que pode auxiliar na transformação da realidade vivenciada por essas mulheres.

O poder só se exerce sobre sujeitos livres, que possuem um campo de possibilidades para transformar a situação vivenciada³⁴. Ainda, estão se estruturando em rede os serviços que atuam no combate e erradicação da violência, prestando atendimento às vítimas e à população em geral que busca informações. Serviços estes que podem auxiliar a mulher a transformar a situação de violência vivenciada, ao exercício do seu poder. Nesse contexto é ímpar que os profissionais auxiliem nesse processo de autonomia e exercício de poder e que além disso, (re)conheçam esses serviços para informar às vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que alguns profissionais atuam prestando cuidados às lesões impressas pela violência sobre os corpos femininos. Subtraem a repercussão e pluralidade de efeitos que a VDCM pode apresentar sobre a qualidade de vida e saúde das mulheres em situação de violência doméstica. O fazer profissional vai além de medidas curativas. É permeado por condutas éticas e legais.

Quando não realizam, por exemplo, a notificação de um caso, mesmo que suspeito, de violência contra a mulher, os profissionais da enfermagem deixam de cumprir com suas obrigações legais, além de não contribuírem para a elaboração de estratégias de prevenção da violência pautadas nos contextos em que ela mais ocorre. Garantir que os direitos das mulheres sejam respeitados é uma maneira de defender os direitos femininos, é advogar pelas mulheres. Para que o enfermeiro possa prestar um atendimento integral às vítimas é necessário estar munido de conhecimentos que permeiam a problemática.

Informar à mulher acerca dos seus direitos e dos serviços disponíveis de

proteção, realizar o preenchimento da ficha de notificação compulsória, conhecer as leis que regem a atuação profissional frente à problemática da violência, ir em busca de capacitações, defender os direitos das vítimas são apenas algumas das ações de advocacia em saúde que podem e devem ser desenvolvidas pelos enfermeiros para garantir uma assistência de qualidade às vítimas e a manutenção dos direitos femininos.

Contribuição para a disciplina: A contribuição deste estudo para a enfermagem consiste em evidenciar as práticas que os enfermeiros estão desempenhando além de apontar as lacunas da assistência prestada às mulheres e situação de violência doméstica. Reconhece-se o empreendimento de forças desses profissionais no que tange ao acolhimento a essas mulheres bem como no combate e erradicação da violência. Ainda há muito a se pesquisar e por isso acredita-se que este artigo consista em apenas uma ínfima parcela do que há para desvelar sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

1 Costa MC da, Lopes MJM, Soares JSF. Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(2):214-22.

2 Souza MC de, Mendes GFR, Lima SDLM, Santana JMAMP, Oliveira MBB, Silva JS. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) e a Lei Maria da Penha. *Revista Âmbito Jurídico. Caderno Internacional* [acesso em 2017 nov 3]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7874#

3 Organização Mundial da Saúde. Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Organización Mundial de Salud. Ginebra, 2002.

4 Gomes NP, Erdmann AL. Violência conjugal na perspectiva de profissionais da “Estratégia Saúde da Família”: problema de saúde pública e a necessidade do cuidado à mulher. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1):76-84.

5 Leite MTS, Figueiredo MFS, Dias OV, Vieira MA, Souza LPS, Mendes DC. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(1):85-92.

6 Brasil, Data Senado, Secretaria de Transparência. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2013.

7 Gonzáles GC, Bejarano CR. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*. 2014; enero; 424-39.

8 Vale SLL, Medeiros MCR, Cavalcanti CO, Junqueira CCS, Souza LC. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. *Rev Rene*. 2013; 14(4):683-93.

9 Santinon EP, Gualda DMR, Silva LCFP da. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 74, mar 2010. [acesso em 2017 jul 25]. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index>.

10 Metzner C, Daltoé CM, Oliveira TC de. Pesquisa técnica e jurídica sobre a notificação compulsória da violência contra a mulher nos serviços de saúde. Curitiba. 2012. [acesso em 2017 jul 28]. Disponível em: http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/notificacao_compulsoria.pdf

11 Almeida LR de, Silva ATMC da, Machado LDS. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. Rev Bras Educ Médica. 2013; 37(1):110–19.

12 Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2):304-11.

13 Barlem JGT, Lunardi VL. The exercise of the advocacy of patients by nurses: a foucaultian perspective. JONSE. 2014; 1(1):105-6.

14 Curtin LL. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. Advances in nursing science. 1979; 1(3):1-10.

15 Gadow S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In: SPICKER, S. F; GADOW, S. (Ed.) Nursing: images and ideals. New York: Springer. 1980; 79-101.

16 Fowler MD. Social advocacy: ethical issues in critical care. Heart & lung: the journal of critical care. 1989; 18(1):97-9.

17 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

18 Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, 08 ago 2006. Página 1.

19 Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araujo MAL, Silva RM da. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinelas. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013; 21(4):[08 telas].

20 Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FC, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professional. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 18(3):681-90.

21 Viviescas-Vargas DP, Idrovo AJ, López-López E, Uicab-Pool G, Herrera-Trujillo M, Balam-Gómez M, et al. Cobertura efectiva del manejo de la violencia contra mujeres en municipios Mexicanos: límites de la métrica. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):781-7.

22 Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta Paul Enferm. 2013; 26(6):547-53.

23 Giraldo SLH, Ballén MNR. Vivencias e imaginarios femininos que naturalizan la violencia intrafamiliar. Index de enfermería. 2014; primer-segundo trimestre. 23:1-2.

24 Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública. 2013; 29(9):1805-15.

25 Brasil. Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, 25 nov 2003. Página 11.

26 Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, Silva CMFP da, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. Lancet. 2011;

377(9781): 1962-75.

27 Conselho Federal de Enfermagem (BR). Código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução COFEN n° 311/2007. Rio de Janeiro, 08 fev 2007.

28 Hesler LZ, Costa MC, Resta DG, Colomé ICS. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):180-86.

29 Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(6):1879-90.

30 RIO GRANDE DO SUL. **Casos de violência contra mulheres passam de 8 mil em 7 meses no RS.** Notícias G1 - 12/08/2013. [acesso em 2017 out 27]. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-dosul/noticia/2013/08/casos-de-violencia-contra-mulheres-passam-de-8-mil-em-7-mesesno-rs.html>.

31 Vieira LB, Padoin SMM, Oliveira IES, Paula CC. Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência. Acta Paul Enferm. 2012, vol.25, n.3, p. 423-29.

32 Bourdieu P. A dominação masculina. 12ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.

33 Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 1995.

*** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

ALTERNATIVAS METODOLÓGICAS PARA FORMAÇÃO CONTINUADA COM ÊNFASE NAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

João Paulo Alves de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas, *Campus*
Arapiraca – Alagoas

Maria Lusia de Moraes Belo Bezerra

Universidade Federal de Alagoas, *Campus*
Arapiraca – Alagoas

Solma Lucia Solto Maior de Araujo Baltar

Universidade Federal de Alagoas, *Campus*
Arapiraca – Alagoas

Cícera Lopes dos Santos

Universidade Federal de Alagoas, *Campus*
Arapiraca – Alagoas

Aruska Kelly Gondin Magalhães

Prefeitura Municipal de Arapiraca – Secretaria
Municipal de Saúde

RESUMO: As metodologias ativas estão cada vez mais presentes no ensino em saúde e são consideradas mais eficazes no que diz respeito a educação continuada de profissionais. Sobre essa formação observa-se no Brasil certa dificuldade de se trabalhar a Política Nacional de Práticas Integrativas (PNPIC). Diante da problemática apresentada, esse trabalho buscou relatar experiências vividas com a utilização de oficinas didáticas como metodologia ativa e alternativa para

a formação continuada de profissionais de saúde com ênfase nas Práticas Integrativas e Complementares em relação ao uso de plantas medicinais e de chás. O trabalho é de natureza qualitativa, e foi realizado no período de março a julho de 2018, numa Unidade Básica de Saúde em município alagoano. O relato foi baseado nas observações da condução do curso “Formação complementar sobre práticas terapêuticas alternativas”, composto por cinco oficinas temáticas: a) Território e saúde; b) Plantas medicinais; c) Aspectos das Políticas Nacionais de Saúde, ofertado a 12 profissionais do serviço de saúde. Cada oficina foi analisada quanto ao processo de ensino-aprendizagem ativo que foi proposto. Foi possível perceber o quão valioso foi a diversificação e inovação de métodos durante a atividade formativa para profissionais de saúde, bem como, enriquecedor discutir a saúde pelo viés das práticas integrativas, das plantas medicinais e dos chás. Os participantes foram parte ativa do processo de aprendizagem em todas as oficinas, perceberam o quanto aprenderam e o quanto puderam evoluir no decorrer das oficinas e nos conteúdos abordados, além das vivências compartilhadas no curso possibilitadas pelos diversos métodos utilizados.

PALAVRAS-CHAVE: Oficinas Didáticas.

METHODOLOGICAL ALTERNATIVES FOR CONTINUING TRAINING BASED ON INTEGRATIVE AND ADDITIONAL PRACTICES (PICS) IN A BASIC HEALTH UNIT

ABSTRACT: Active methodologies are increasingly present in health education and are considered more effective with regard to continuing education for professionals. About this formation, it is observed in Brazil some difficulty to work the National Policy of Integrative Practices (PNPIC). Given the problems presented, this paper sought to report lived experiences with the use of didactic workshops as an active and alternative methodology for the continuing education of health professionals with emphasis on Integrative and Complementary Practices in relation to the use of medicinal plants and teas. The work is qualitative in nature, and was carried out from March to July 2018, in a Basic Health Unit in a municipality in Alagoas. The report was based on observations from the conduction of the course “Complementary training on alternative therapeutic practices”, consisting of five thematic workshops: a) Territory and health; (b) medicinal plants; c) Aspects of National Health Policies, offered to 12 health service professionals. Each workshop was analyzed for the active teaching-learning process that was proposed. It was possible to realize how valuable was the diversification and innovation of methods during the training activity for health professionals, as well as enriching to discuss health through the bias of integrative practices, medicinal plants and teas. Participants were an active part of the learning process in all workshops, realized how much they learned and how they could evolve during the workshops and the contents covered, as well as the shared experiences in the course made possible by the various methods used.

KEYWORDS: Didactic Offices. Medicinal plants. Permanent Education. Complementary Training.

1 | INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde vem mudando nos últimos anos, tentando cada vez mais aproximar os futuros profissionais da área com a realidade dos serviços como descrevem Machado, Caldas Jr. e Bortoncello (1997) ao atentarem para o “paradigma flexneriano” vital ao desenvolvimento no ensino médico e das demais áreas da saúde, se mostra nas últimas décadas em esgotamento e desgaste, tornando necessário a construção de novos modelos de formação e capacitação, treinamento e ensino em saúde, tanto para estudantes quando para profissionais já em atuação.

Tavares et al. (2016) elencaram diversos mecanismos que contribuem para

o ensino em saúde, como o VER-SUS, projeto da REDE UNIDA, o PET-SAÚDE, e as Residências Multiprofissionais em saúde. Os autores reforçaram ainda que o ensino em saúde é dinâmico, se trata de um processo constante de construção, desconstrução e reconstrução, no movimento do informativo, para o formativo e então alcançando o transformativo.

Nessa perspectiva, Mitre et al. (2018) discorreram acerca das metodologias ativas de ensino na saúde, e de como estas metodologias se tornaram populares e utilizadas nesse campo, essencialmente no ensino médico. Para os autores, o processo de ensino-aprendizagem tem se restringido à reprodução do conhecimento, no qual existem dois lados, um que transmite e outro que recebe e repete, num processo passivo e repetitivo.

Os autores destacam que as metodologias ativas motivam e levam os atingidos a, diante do problema proposto, examinar, refletir, relacionar e ressignificar suas descobertas diante daquilo que se propõe, nessas metodologias exercitam a liberdade e autonomia na realidade apresentada.

Reiterando essa ideia, Teixeira (2003) ressaltou a importância de investir em novas abordagens pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem, como, por exemplo, as metodologias ativas como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), que podem induzir os atingidos a reorganização do processo pedagógico a partir da reflexão.

A utilização de oficinas como método formativo, segundo Queiroz, Silva e Oliveira (2013), permite aos sujeitos expressar seus pensamentos e experiências ao passo que num ato de reflexão estes sujeitos trazem soluções e proposições aos problemas propostos, bem como trazem para a discussão questões pertinentes às suas realidades.

Nesse sentido, é evidente, porém, latente, a necessidade da prática docente e do fazer saúde orientados pelo pensamento alinhado as demandas do território e da população que o habita, com todas as suas características culturais, sociais e econômicas, para assim atingir aos objetivos com eficácia.

Em relação às oficinas, estas podem ser utilizadas como ferramenta formativa para profissionais de saúde e são propostas no sentido da construção compartilhada do conhecimento, que através do diálogo pode possibilitar “[...] trocas de experiências e reflexões acerca das suas concepções, do seu saber-fazer e de iniciativas necessárias ao cenário de práticas da Saúde da Família” (QUEIROZ; SILVA; OLIVEIRA, 2013, p. 3).

Torres et al. (2010) consideram que o uso das oficinas como metodologia para profissionais de saúde é uma estratégia que visa garantir um espaço de debate, de construção de conhecimentos e propostas para a melhoria da assistência em saúde. Complementar a essa ideia, Cavalheiro e Guimarães (2011) destacam

que as oficinas são, de costume, palco para discussão sobre aspectos cruciais da Integração Ensino-Serviço, estando relacionados a questões do cotidiano nos serviços de saúde, no modo de operar das Instituições de Ensino Superior e nas Secretarias Municipais de Saúde.

As autoras justificam a escolha pelo método, pois segundo elas, as oficinas ancoram-se no pressuposto de que a participação e a reflexão de todos são necessárias e fundamentais para a construção coletiva do conhecimento. Ainda nesse sentido, Batista e Gonçalves (2011) reforçaram a ideia de que num trabalho de formação de profissionais de saúde, as oficinas aproximaram diversas instancias e representações sociais.

Diante do exposto, consideramos que as técnicas apresentadas se mostram eficientes no ensino em saúde podendo também ser aplicadas em diversas linhas de abordagens. E dentro deste contexto estão inclusas as práticas integrativas e complementares (PIC).

Publicada no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) descreve as PIC como abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, tendo sempre como ênfase a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração das pessoas com o meio ambiente e a sociedade. Foram institucionalizados no SUS diversas técnicas como a homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a medicina antroposófica e o termalismo social-crenoterapia (BRASIL, 2006).

No tocante as PIC, Souza e Tesser (2012) discorreram acerca das dificuldades para a efetiva incorporação das práticas medicinais alternativas e complementares no sistema público de saúde. Essas dificuldades resistem mesmo diante de um cenário no qual a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta o uso e a prática das PIC. Além disso, os abalos dos modelos biomédicos tradicionais nas suas relações com os usuários, e como as autoras citam “a sua tendência ao uso abusivo de tecnologias duras, a seus efeitos iatrogênicos e a uma significativa ‘desumanização’ das suas práticas profissionais” intensificam a necessidade da inserção das PIC também e inclusive na atenção básica.

Por outro lado, Barros (2006) aponta os desafios a serem superados pelos gestores para que haja a efetiva institucionalização das PIC no SUS, considerando o reduzido número de profissionais capacitados, o insuficiente financiamento, e poucos espaços para o desenvolvimento de novas práticas e serviços.

Nesta conjuntura que evidencia a carência de formação continuada para profissionais de saúde, bem como expõe a limitação das metodologias utilizadas no processo de formação e qualificação desses profissionais, sobretudo em relação

às PIC, o presente artigo buscou tecer um relato acerca de experiências vividas com a utilização de oficinas didáticas como metodologia ativa e alternativa para a formação continuada de profissionais de saúde com ênfase nas Práticas Integrativas e Complementares em relação ao uso de plantas medicinais e de chás.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa do tipo relato de experiência. Para tal, foram utilizados como subsídios para escrita as vivências registradas em diário de campo durante a condução de um curso ofertado a profissionais de saúde de nível médio e técnico de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) denominado “Formação complementar sobre práticas terapêuticas alternativas”, com abordagens sobre: a) Território e saúde; b) Plantas medicinais; c) Aspectos das Políticas Nacionais de Saúde, estruturado em cinco oficinas temáticas, descritas no quadro 1. Essas oficinas foram realizadas com duração média estimada de 90 minutos cada, no período da manhã, no qual os profissionais receberam uma pausa para participar da formação.

| CURSO: FORMAÇÃO COMPLEMENTAR SOBRE PRÁTICAS TERAPÊUTICAS ALTERNATIVAS | | | |
|---|--|---|--|
| Nº | TÍTULO DA OFICINA | OBJETIVOS | ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS |
| 01 | Conhecendo o território local: uma viagem pelo tempo. | Apresentar os principais aspectos culturais, histórico-sociais, naturais e geográficos do Estado de Alagoas e do Brasil. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação oral; ✓ Utilização de um texto e discussão sobre a reforma sanitária no Brasil; ✓ Roda de conversa. |
| 02 | Plantas medicinais: principais benefícios e cuidados na utilização. | Promover aos participantes uma visão ampliada sobre a utilização de algumas plantas medicinais da região nordeste, bem como tratar dos perigos ao utilizá-las. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apresentação oral; ✓ Roda de conversa. |
| 03 | Plantas tóxicas: aspectos tóxicos e principais tipos de acidentes | Abordar os principais conceitos de plantas com potencial tóxico, e apresentar as principais de ocorrência na região do agreste, bem como explicar como proceder em caso de acidentes. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilização de um jogo; ✓ Slides com imagens das plantas e com os cuidados necessários. |
| 04 | Preparação e utilização correta de chás | Orientar os participantes acerca da preparação correta dos chás, seus benefícios e das restrições de utilização para determinados grupos. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilização de folders |
| 05 | O que são, quais são e porque existem as Políticas Nacionais de Saúde: Principais aspectos e contribuições | Discutir as principais políticas nacionais de saúde, bem como promover a reflexão sobre a necessidade da efetivação destas. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilização de dinâmica; ✓ Roda de conversa. |

Quadro 1 - Descrição das oficinas que compuseram o curso formativo.

Fonte: os autores, 2018.

O período de oferta do curso foi entre os meses de março a julho de 2018 na própria UBS que fica localizada na zona rural de um município do agreste de Alagoas, Brasil.

A oficina “Conhecendo o Território Local: Uma Viagem Pelo Tempo” teve abordagens relativas à formação e constituição do território nacional, objetivando traçar um recorte histórico da constituição do Brasil, de forma resumida, desde a colonização até os dias atuais relacionando a emergência do próprio SUS.

Foi utilizada uma apresentação em *slides* sobre a formação do território, explorando essencialmente a formação da região nordeste, e de como todos os eventos impactaram na sociedade que vivemos hoje. A abordagem constou de dois momentos, um de cunho mais explicativo centrado em algumas informações relevantes com exposição oral que explorou conteúdos básicos sobre a constituição do território e as características deste nos dias atuais, como população, densidade demográfica, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dentre outras informações.

O outro momento foi dedicado a trabalhar um texto sobre a reforma sanitária no Brasil, no qual os participantes se dividiram durante a leitura do texto em voz alta, e ao final, em forma de roda de conversa apresentaram suas dúvidas e esclarecimentos sobre os temas trabalhados por meio do que foi exposto no texto e na apresentação.

A oficina com o tema “Plantas Medicinais: Principais benefícios e cuidados na utilização” teve início com os participantes sendo instigados a falar brevemente a respeito do que conheciam das plantas medicinais e sua utilização como prática terapêutica. Em seguida, foi realizada uma breve apresentação oral com auxílio de *slides* sobre as principais plantas medicinais da região de Alagoas e Nordeste, contendo também informações sobre seus princípios ativos e propriedades, uso e distribuição na natureza.

Para isso foi utilizado como documento norteador o Memento Fitoterápico (ANVISA, 2016), disponibilizado no portal do Ministério da Saúde. Ao fim da apresentação, foi lançado aos participantes o seguinte questionamento: “de que forma podemos incentivar o uso de plantas medicinais na comunidade?”, no qual os participantes deram suas contribuições na forma de roda de conversa.

A oficina que teve como tema “Plantas tóxicas: aspectos tóxicos e principais tipos de acidentes” tratou especialmente sobre o potencial toxicológico, acidentes com plantas e formas de mitigação de acidentes. A oficina foi dividida em dois momentos: num primeiro, houve a apresentação em *slides* dos conceitos de plantas tóxicas, os principais tipos de acidentes e de como proceder no caso destes acontecerem e o outro momento da oficina foi a aplicação uma atividade lúdica envolvendo os participantes.

A oficina “Preparação e utilização correta de chás” abordou a utilização correta dos chás e a respeito dos princípios ativos de cada planta, do preparo adequado e principais recomendações quanto ao uso dos chás. Foi utilizado *slides* para auxiliar a apresentação das principais plantas medicinais e seus efeitos (ansiolíticos, energéticos, etc.).

Na ocasião foram distribuídos *folders* que continham uma síntese a respeito dos tipos de preparação dos chás (infusão, maceração e decocção) e seu uso, bem como algumas informações sobre plantas medicinais, tóxicas e animais peçonhentos. Durante todos os momentos da oficina os profissionais interagiram, e o fato de estarem numa roda de conversa, com menos informalidade favoreceu um diálogo mais aberto.

A oficina intitulada “O que são, quais são e porque existem as Políticas Nacionais de Saúde: Principais aspectos e contribuições” abordou os aspectos das políticas públicas de saúde, utilizando como estratégia de ensino a roda de conversa, de uma forma mais leve e com um roteiro menos engessado.

Nessa oficina, aconteceram dois momentos, um primeiro pautado numa dinâmica, com o objetivo de identificar a necessidade das políticas públicas de saúde e dos SUS para a população, e um segundo momento da oficina, no qual os participantes, intercalando com as informações sobre a urgência das políticas públicas, o surgimento e quais as principais políticas que permeiam os serviços de saúde, falavam sobre suas percepções e experiências no SUS. A discussão foi mediada e abordou as principais políticas nacionais de saúde pautada na realidade local dos participantes.

O presente estudo é um recorte de um trabalho de conclusão de curso – TCC, apresentado e aprovado no ano de 2018 na Universidade Federal de Alagoas – UFAL, *Campus Arapiraca*, ao curso de Ciências Biológicas (Licenciatura).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da observação e registro das vivências na condução das oficinas, foi possível perceber que no início da primeira oficina que teve como objetivo traçar um recorte histórico da constituição do Brasil e do SUS, provavelmente, por ser o primeiro contato com os profissionais os mesmos ficaram um pouco mais retraídos, contribuindo pouco com a discussão teórica.

No segundo momento, que foi mais prático, e envolveu os profissionais na leitura do texto de apoio, fez com que eles falassem um pouco mais sobre a constituição do SUS. O fato do texto ser curto e tratar do tema de uma forma mais próxima da realidade dos profissionais, facilitou a identificação dos mesmos e o envolvimento na discussão.

Os profissionais demonstraram muito interesse na forma como o SUS foi constituído e no histórico de lutas que o acompanhou, e foi talvez o ponto mais discutido da oficina, gerando mais debate. No mais, a avaliação do momento foi positiva e os participantes saíram de lá motivados a voltar ao próximo encontro.

Acerca da formação voltada para o SUS, Campos e Belisário (2001) discorreram a necessidade de promover um profundo processo de mudança que torne os estudantes sujeitos de uma aprendizagem que tome como ambientes de prática a comunidade, o domicílio, a rede básica do SUS, para que estes possam compreender de fato o sistema público.

Ferreira, Fiorini e Crivelaro (2010) apontaram que entre a educação de profissionais de saúde a formação generalista é tradicionalmente pouco valorizada, neste caso, a formação para o SUS. Segundo os autores o sistema tem assumido papel ativo na reorientação de estratégias de saúde coletiva, e é nesse sentido que está a necessidade de se repensar nos modos de formação para se atuar no

sistema de público de saúde.

Sobre a necessidade das DCN quanto ao ensino voltado ao SUS, Chiesa et al. (2007) discutiram o dever das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais da área da saúde que estejam voltados para o SUS, adequando a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira.

Dessa forma, a oficina com o intuito de reforçar saberes acerca do SUS se mostra necessária tanto na formação quanto nos cursos de capacitação e formação continuada.

Com relação à oficina que tratou das plantas medicinais, os profissionais interagiram um pouco mais por conhecerem algumas das plantas apresentadas, e ficaram surpresos ao conhecer algumas propriedades e aplicações das plantas medicinais na saúde. No segundo momento, durante a condução da roda de conversa, eles foram incentivados a falar sobre estratégias para incentivar e disseminar o uso de plantas na comunidade. Ideias como a construção de uma farmácia verde na UBS, por exemplo, ou utilização de material de divulgação sobre os benefícios da utilização dos chás, foram tópicos citados pelos profissionais.

A proposta de criação da Farmácia Verde coaduna com um dos objetivos da 1.^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília no ano de 2005 (BRASIL, 2005) que destaca a criação de “Farmácias Vivas” nos municípios, com a participação de equipes multidisciplinares, ou seja, que envolvam os mais diversos profissionais da saúde, com o objetivo de produzir matéria-prima em quantidade e qualidade para o desenvolvimento da fitoterapia nos municípios.

Na oficina sobre plantas tóxicas, os profissionais demonstraram surpresa pelo método escolhido. Foi utilizada uma abordagem mais prática e apontaram que foi bastante inusitado a utilização de dinâmicas para trabalhar o tema. Os participantes informaram que foi mais efetivo e facilitado a apreensão dos conteúdos, quando estes são abordados de uma forma mais leve e menos engessada. Os profissionais ficaram muito à vontade no momento da oficina, foi bem mais descontraído, ficando muito satisfeitos com a metodologia.

Em relação aos conteúdos, houve muito entusiasmo por parte dos profissionais, principalmente pelo fato de conhecerem os riscos com acidentes com plantas com potencial tóxico. No geral, a utilização de dinâmicas como ferramenta pedagógica lúdica, se mostrou muito eficaz, principalmente com um público mais velho e já atuando no serviço. Foi possível perceber que os profissionais reconheceram que também é possível aprender com ludicidade.

Como destaca Pedroso (2009) atividades lúdicas, como as brincadeiras e os jogos são reconhecidos pela sociedade como meio de fornecer aos sujeitos um ambiente mais agradável e motivador para o processo de aprendizagem, além

de possibilitar a expressão de várias habilidades. Moratori (2003) destaca que a atividade lúdica, como os jogos, despertam o interesse no aluno; fazem com que ele fique focado e torne suas ações intencionais; fator essencial para a construção de esquemas racionais gradativamente aperfeiçoados, ou seja, apreensão do conhecimento.

Para Grandó (2000) os jogos são, tanto para o adolescente quanto para o adulto, possibilidades de cooperação e interação no grupo social e são fontes de aprendizagem, além disso, as atividades com jogos de regras representam situações bastante motivadoras e de real desafio.

Na quarta oficina que abordou o preparo adequado dos chás, os participantes se surpreenderam com as possibilidades de utilização dos chás, e até mesmo sugeriram ideias de aplicação do uso dos chás como formas de intervenção alternativas na UBS. O material complementar constituído por um folder temático que os profissionais receberam propiciou discussão sobre as terapias alternativas e o uso de chás. No todo, foi um momento bem proveitoso e os participantes demonstraram interesse e satisfação pelos conteúdos, bem como motivação para prosseguir com o curso ofertado.

Um estudo realizado por Borges, Madeira e Azevedo (2011) demonstrou que oficinas usando chás foram as mais utilizadas, tendo sido 154 aplicações no período estudado, além de ser uma das práticas mais usadas, chegando a ser utilizadas por até sete vezes pelos usuários do Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte–MG durante o período de estudo, demonstrando o potencial do uso alternativo que essa prática terapêutica possui.

Na última oficina do curso que tratou das políticas públicas ao iniciar com uma dinâmica que explorou questões do cotidiano dos participantes, possibilitou que estes se identificassem muito com o tema tratado, principalmente em relação ao acesso a serviços e ferramentas de gestão do SUS e de controle social, como as conferências municipais e estaduais de saúde.

Na atividade lúdica os profissionais trouxeram muitas questões do seu cotidiano e suas vivências no SUS (Figura 1), abrindo espaço para a discussão sobre a necessidade das políticas públicas (objetivo da oficina) para garantir o direito de acesso à saúde. Acerca do uso de dinâmicas, Magalhães (2007) destaca que os jogos e/ou dinâmicas de grupo e as atividades lúdicas são estratégias que se destinam a pensar e exercitar o individual e o coletivo, abrangendo aspectos distintos de naturezas diversas, como sexo, idade, cultura, origem socioeconômica, profissão, nível de instrução e/ou escolaridade, etnia, pensamento etc., e de como são infinitas as possibilidades de lidar com a complexidade dos sujeitos no que tange as possibilidades educativas e as construções de conhecimento daí decorrentes.



Figura 1 - Profissionais participando da atividade lúdica durante a oficina sobre políticas públicas.

Fonte: os autores, 2018.

Por se tratar de assuntos que permeiam a vida de todos, os profissionais trouxeram seus anseios, angústias, e foi um dos encontros que houve maior participação. Durante a discussão, também foi lançada pelos participantes a necessidade da presença nos fóruns e conselhos municipais de saúde, para efetivar a participação e o controle social. Na avaliação, foi possível perceber de como foi proveitosa a interação dos profissionais no tema proposto, o que reforça revela a importância de efetivas discussões durante momentos de educação permanente na atenção básica.

Os participantes foram parte ativa do processo de aprendizagem (características basal das metodologias ativas utilizadas em ensino na saúde) em todas as oficinas. Puderam perceber sua evolução dentro do processo de formação, sendo que ao final, perceberam o quanto aprenderam e o quanto puderam evoluir no decorrer das oficinas e nos conteúdos abordados, além das vivências compartilhadas no curso e possibilitadas pelos diversos métodos utilizados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender a importância de metodologias ativas no processo de formação continuada de profissionais da saúde, sobretudo o

uso de oficinas e estratégias lúdicas.

Além disso, oportunizou também apresentar e discutir as PIC, e a importância das políticas nacionais de saúde, bem como o próprio sistema único e sua importância para a saúde da população.

O trabalho também foi significativo para que os profissionais pudessem refletir e discutir a realidade local por meio do contexto global e de formação do território nacional, entrelaçado a estruturação do modelo de saúde vigente e da necessidade das PIC como alternativa ao modelo biomédico enrijecido e desumanizado.

No todo, foi possível perceber o quão valioso é a diversificação e inovação de métodos de formação para profissionais de saúde, bem como foi enriquecedor discutir a saúde pelo viés das práticas integrativas, das plantas medicinais e dos chás numa conjuntura que favorece o oposto da medicina alternativa, podendo assim possibilitar aos partícipes novos horizontes e possibilidades de se pensar e se fazer saúde.

Nesse sentido, é ainda importante destacar a necessidade de se aprofundar nas discussões que permeiam essa temática tão ampla e que tem um papel salutar na promoção à saúde, bem como, de se pensar num horizonte de novas pesquisas e trabalhos direcionados aos temas, sem esgotá-los em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - **Memento Fitoterápico**: Farmacopeia Brasileira. 2016. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>>. Acesso em: 08 jul. 2018.

BARROS, Nelson Filice de. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 850-850, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, jun. 2011.

BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. **As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman**. REME - Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte - Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 105-113, mar. 2011.

BORTONCELLO, J. L. M. M.; CALDAS JÚNIOR, A. L. C.; FEIJÓ, N. M.. **Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde**. Interface — Comunicação, Saúde, Educação, BOTUCATU, v. 1, n. 1, p. 147-156, jan. 1997.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. **O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação,

Botucatu - SP, v. 9, n. 1, p. 133-142, ago. 2001.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. **Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço.** Caderno FNEPAS. Desafios da Integração Ensino Serviço, Mogi Mirim, v. 1, n. 1, p.19-27, dez. 2011. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2018.

CHIESA, A. M. et al. **A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde.** Cogitare Enfermagem, Curitiba - Paraná, v. 12, n. 2, p. 236-240, jul. 2007.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. **Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente.** Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GRANDO, R. C. **O conhecimento matemático e o uso de jogos na sala de aula.** 2000. 224 f. Tese (Doutorado) - Curso de Matemática, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

MAGALHÃES, C. R. **O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde.** Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu - SP, v. 11, n. 23, p. 647-654, dez. 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade ea humanização na assistência farmacêutica, com controle social.** 2005

MACHADO, José Lúcio Martins; CALDAS JR, Antonio Luis; BORTONCELLO, Neide Marina Feijó. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, p. 147-156, 1997.

MITRE, S. M. et al. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 13, n. 3, p. 2133-2144 jul./set. 2018.

MORATORI, P. B. **Por que utilizar jogos educativos no processo de ensino aprendizagem?** 2003. 28 f. Monografia (Especialização) - Curso de matemática, núcleo de computação eletrônica informática na educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PEDROSO, C. V. **Jogos didáticos no ensino de Biologia: uma proposta metodológica baseada em módulo didático.** IX Congresso Nacional de Educação - Educere III Encontro Sul Regional de Psicopedagogia, Paraná, v. 1, n. 1, out. 2009.

QUEIROZ, D. M.; SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, L. C. **Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: potencialidades de uma formação norteada pelo referencial da Educação Popular e Saúde.** Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1199-1210, jan. 2013.

TAVARES, M. D. F. L. et al. **A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 21, p. 1799-1808, mar. 2016.

TEIXEIRA, C. F. **Ensino da saúde coletiva na graduação.** Cadernos da ABEM, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 20-22, jun. 2003.

TESSER, Charles Dalcanale; SOUSA, Islândia Maria Carvalho de. **Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas.** Saúde e Sociedade, v. 21, p. 336-350, 2012.

TORRES, H. D. C. et al. **Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, p.751-756, 2010.

APLICAÇÃO DA ESCALA DE CONNERS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Data de aceite: 21/12/2019

Laura Beatriz de Mello Baldovino

Acadêmica 6º do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Lucas Erotildes de Souza

Acadêmico 6º do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Alexandra Bernardelli de Paula

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Elaine Bernachie de Lima

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Ellen Judith de Castro Delefrati

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Felipe Carpenedo

Acadêmico do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Maíra Yamaguchi

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Rafael Corio Gabas

Acadêmico do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Suzane Missako Ueda

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Ana Caroline Comin

Acadêmica do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Lucas Jagnow Guerra

Acadêmico do 5º ano de psicologia do Centro Universitário FAG-Cascavel, PR

Marcos Antonio da Silva Cristovam

Professor assistente de pediatria do curso de medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

RESUMO: Objetivo: aplicar a Escala de Connors para triagem do transtorno do déficit de atenção-hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de baixo rendimento acadêmico. **Métodos:** estudo transversal com crianças atendidas no Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, de janeiro/2018 a julho/2019. Foi aplicado a Escala de Connors, versão brasileira de Francisco Rosa Neto, a qual é uma ferramenta de triagem para TDAH que avalia: hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção e sintomas de déficit de atenção associados a transtorno de conduta. A escala é composta por 20 questões e as respostas variaram de 0 a 3 pontos, na qual os pais responderam de acordo com a conduta do filho nos últimos

seis meses. **Resultados:** 43 crianças foram avaliadas, sendo 33 do sexo masculino e 10 do feminino. A idade variou de 4 a 14 anos, da pré-escola ao 9º ano do ensino fundamental. Destes 43 avaliados, três (6,97%) tiveram diagnóstico de TDAH com predomínio de hiperatividade/impulsividade, três (6,97%) com TDAH com predomínio de déficit de atenção, dois (4,65%) foram diagnosticados com Transtorno de Conduta, cinco (11,62%) com TDAH do tipo combinado, 16 (37,2%) foram diagnosticados com TDAH global e 14 (32,55%) foram normais. 27 (62,79%) estudantes foram diagnosticados com TDAH considerando todos os subtipos. A frequência de TDAH foi maior em meninos (66,6%). **Conclusão:** Houve alta prevalência de meninos com TDAH, o que corrobora com a literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; criança; questionário; transtorno de conduta; epidemiologia.

APPLICATION OF CONNERS' RATING SCALE ON CHILDREN AND TEENAGERS ASSESSED IN AN AMBULATORY OF ACADEMIC UNDERACHIEVEMENT

ABSTRACT: Objectives: applicate the Conners' Rating Scale to screening for Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on children and teenager attended at an ambulatory of academic underachievement. **Method:** cross-sectional study with children attended at Western Paraná University Hospital' Outpatient Clinic of Academic Underachievement, in Cascavel City, State of Paraná, Brazil, from january/2018 to july/2019. It was applicated the Conners' Rating Scale-Francisco Rosa Neto' Brazilian version, which is a screening tool for ADHD that assess: hyperactivity, attention-deficit, conduct disorder, hyperactivity with attention-deficit and symptoms of attention-deficit associated to conduct disorder. It's a scale composed by 20 questions, the answers score's varied from 0 to 3 points, in which the parents answered according with the child's conduct over the past six months. **Results:** 43 children were evaluated, 33 males and 10 females. The participant's age ranged from 4 to 14 years, from pre-school to 9th grade of elementar school II. From those 43 evaluated, three (6.97%) had diagnosis of ADHD with predominance of hiperactivity/impulsiveness, three (6.97%) with ADHD with predominance of attention-deficit, two (4.65%) had diagnosis of conduct disorder, five (11.62%) with ADHD combined type, 16 (37.2%) were with diagnosis of global ADHD and 14 (32.55%) were normal. 27 (62.79%) students were with diagnosis of ADHD considering all subtypes. The frequency of ADHD was higher on males (66.6%) **Conclusion:** There was a high prevalence of ADHD in males, as described in literature. **KEYWORDS:** Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, child; questionnaires; conduct disorder; epidemiology

1 | INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um dos mais frequentes distúrbios comportamentais diagnosticados na faixa pediátrica, que traz prejuízos ao desenvolvimento neurocognitivo da criança. Ele representa uma das principais causas de reprovação escolar, sendo que a dificuldade de aprendizagem está presente em 20% das crianças com este transtorno. É, portanto, um problema que demanda atenção e cuidados, dadas as implicações e sequelas que podem acometer o indivíduo sem o tratamento efetivo, sendo indispensável a triagem precoce por profissional competente, com consequente manejo eficaz. Uma das formas de triagem é a utilização de escalas diagnósticas para TDAH como a Escala de Conners, que avalia a criança que esteja apresentando sinais e sintomas de TDAH.

O TDAH se configura em uma síndrome com duas categorias de sintomas principais: desatenção e hiperatividade/impulsividade, mantidos em padrão persistente por pelo menos seis meses, estando presentes em dois ou mais ambientes (casa e escola, por exemplo), em um grau inconsistente com o nível do desenvolvimento, impactando negativa e diretamente nos funcionamentos cognitivo, acadêmico, comportamental, emocional e psicossocial da criança.

Estima-se que a prevalência em crianças em idade escolar esteja entre 5 e 11%, tornando-o um dos distúrbios comportamentais mais comuns da infância, iniciando-se antes dos 12 anos de idade, com o diagnóstico sendo possível de ser feito a partir dos quatro anos de idade. Pesquisas comunitárias encontraram TDAH em até 17% dos meninos e 8% em meninas no ensino fundamental e 11% em adolescentes do sexo masculino e 6% em adolescentes do sexo feminino, o que corrobora com outros estudos mostrando que o TDAH é mais comum em meninos do que em meninas (proporção de 4:1 para o tipo predominantemente hiperativo e 2:1 para o tipo predominantemente desatento).

Desatenção, impulsividade e hiperatividade ocorrem em certa medida em todas as crianças. É a persistência, a difusão e as complicações funcionais dos sintomas comportamentais que levam ao diagnóstico de TDAH. É observado o subtipo predominantemente desatento na criança ou adolescente que apresenta capacidade reduzida de focalizar a atenção, velocidade reduzida do processamento cognitivo e da resposta, divagação e distração facilitadas por estímulos irrelevantes, negligência e erros descuidados, esforço mental inconsistente, falta de persistência, imprecisão, dificuldade de gerenciamento, desorganização, descumprimento de prazos e tarefas, esquecimentos, descuidos, entre outros comportamentos desatentos. Estes sintomas normalmente não são aparentes até que a criança tenha oito a nove anos de idade.

A criança que manifesta o comportamento predominantemente do subtipo hiperativo/impulsivo, evidencia-se inquietude motora excessiva, interrupção e intromissão social incessantes, incapacidade de inibição de comportamento, dificuldade em realizar com calma as atividades, responsividade impulsiva, comportamento de difícil manejo, desconforto em esperar, com exagero na fala, ações precipitadas que ocorrem no momento sem premeditação com elevado potencial de dano, incapacidade de postergar gratificação, autocontrole insatisfatório e agitação neuropsicomotora.

Os sintomas hiperativos e impulsivos geralmente são observados quando a criança completa os quatro anos de idade e aumentam nos próximos três a quatro anos, atingindo um pico de severidade quando a criança tem sete a oito anos de idade. Se se preenchem ambos critérios: de desatenção e hiperatividade/impulsividade, considera-se TDAH global com apresentação combinada. Se se preenche apenas um, a apresentação é dita predominantemente desatenta ou hiperativa/impulsiva. O subtipo pode mudar de um para outro ao longo do tempo. Este distúrbio comportamental costuma ser identificado com mais frequência durante os anos do ensino fundamental, fica relativamente estável nos anos iniciais da adolescência, mas alguns indivíduos têm piora no curso, com o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Na pré-escola, a principal manifestação é a hiperatividade. A desatenção fica mais proeminente nos anos do ensino fundamental.

Os possíveis fatores de risco incluem exposições pré-natais ao tabaco, álcool e drogas; exposições a complicações ou infecções perinatais, encefalites, traumatismos cranianos, otites média recorrentes e muito baixo peso ao nascer (menos de 1500 gramas), fato este que confere um risco duas a três vezes maior para desenvolvimento de TDAH. A história familiar de comportamentos semelhantes é importante visto ter um forte componente genético. Acredita-se que a patogênese consista em um desequilíbrio genético do metabolismo de catecolaminas no córtex cerebral. Interação genética (e epigenética) com múltiplos fatores ambientais e biológicos aumentam o risco. Testes neuropsicológicos sugerem funções executivas prejudicadas, devido à redução da ativação nas áreas dos gânglios da base e do lobo frontal anterior, com observação em neuroimagem de volumes corticais pré-frontais menores e espessura reduzida do córtex cingulado anterior, bem como afinamento cortical nas regiões bilaterais superiores do cérebro frontal, assimetria reversa ou ausente do núcleo caudado, menor volume cerebral e cerebelar, regiões menores do corpo caloso posterior e aumento da substância cinzenta nos córtex parietais e temporais (inferiores e posteriores). Há um desequilíbrio de catecolaminas com diminuição da atividade dopaminérgica inibidora e aumento da atividade da norepinefrina, perpetuando-se o quadro.

O TDAH não devidamente tratado causa grandes prejuízos, como desempenho

escolar reduzido, rejeição social, probabilidade significativamente maior para desenvolvimento de transtorno de conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, aumentando, assim, a probabilidade de transtornos por abuso de substâncias lícitas e ilícitas, maior risco de suicídio, de lesões intencionais e não intencionais e prisão.

A avaliação comportamental por meio de escalas de classificação e testes diagnósticos está focada em determinar a idade de início dos principais sintomas do TDAH, a duração dos sintomas, as configurações em que os sintomas ocorrem e o grau de comprometimento funcional, validando-se com sensibilidade e especificidade superiores a 90%. Além da Escala de Conners para pais utilizada neste estudo, adaptada por Francisco Rosa Neto, existem outras escalas tais como o Questionário de Gilberg, a Escala de Goyette e Ulrich e os questionários derivados do DSM-V. O exame físico da maioria das crianças com TDAH é normal. Aspectos importantes do exame incluem medida da estatura, peso, perímetro cefálico e sinais vitais, avaliação de características dismórficas e, anormalidades neurocutâneas, exame neurológico completo, incluindo avaliação da visão e audição.

Necessita-se pensar no diagnóstico diferencial que podem imitar ou co-ocorrer com o TDAH como transtorno do espectro autista, síndrome do X frágil, síndrome fetal alcoólica, síndrome de Klinefelter, epilepsias, sequelas de infecção ou trauma do sistema nervoso central, adrenoleucodistrofia, mucopolissacaridose tipo III, distúrbios da coordenação motora, transtorno do movimento estereotipado (tiques), transtorno de ansiedade, transtornos de humor, transtorno opositor-desafiante transtorno de conduta, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ajuste, transtorno explosivo intermitente, transtorno específico da aprendizagem, transtorno do desenvolvimento intelectual, transtorno de apego reativo, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno de personalidade e psicótico, deficiência auditiva ou visual, envenenamento por chumbo, anormalidades da tireoide, distúrbios do sono, apneia obstrutiva do sono, efeitos de medicamentos (broncodilatadores, isoniazida, neurolépticos) e distúrbios de abuso de substâncias. Essas condições geralmente podem ser diferenciadas do TDAH porque seus sintomas flutuam com o curso da doença ou a exposição a medicamentos. Por outro lado, os sintomas no TDAH são persistentes e generalizados. Tais transtornos frequentemente podem ser comórbidos ao TDAH, primariamente ou exacerbados por aquele, necessitando de tratamento independente do tratamento principal. Crianças com problemas de aprendizado, linguagem, visual-motor ou auditivo geralmente apresentam desempenho fraco apenas em sua área de problema específica, enquanto crianças com TDAH podem ter um desempenho ruim em várias áreas de avaliação.

As estratégias de tratamento para crianças com TDAH variam de acordo com a idade. A resposta à medicação estimulante não pode ser usada para confirmar ou refutar o diagnóstico de TDAH. Para crianças em idade pré-escolar (de 4 a 5 anos), recomenda-se terapia cognitivo-comportamental em vez de medicação como terapia inicial. A adição de medicamentos à terapia cognitivo-comportamental pode ser indicada se os comportamentos-alvo não melhorarem com a terapia e a desempenho da criança continuar prejudicado.

Quando a medicação é necessária para crianças em idade pré-escolar, sugere-se metilfenidato em vez de anfetaminas ou medicamentos não estimulantes. Para a maioria das crianças e adolescentes em idade escolar (maior que 6 anos), sugere-se tratamento inicial com medicação estimulante combinada com terapia cognitivo-comportamental, para melhorar os sintomas principais e resultados-alvo. A resposta ao tratamento é demonstrada pela medição objetiva da redução nos sintomas principais e melhoria nas metas-alvo (por exemplo, redução de 40 a 50% nos sintomas principais em comparação com a linha de base; proporção reduzida de tarefas ausentes de 60 a 20% por semana). As intervenções comportamentais incluem modificações no ambiente físico e social projetadas para mudar o comportamento usando recompensas e consequências não punitivas. O tratamento medicamentoso em ordem de recomendação consiste nos estimulantes (metilfenidato e anfetaminas), atomoxetina, agonistas alfa-2-adrenérgicos (clonidina), antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptação de noradrenalina e serotonina.

O Objetivo deste trabalho foi aplicar a Escala de Conners para pais-com adaptação de Francisco Rosa Neto em crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de baixo rendimento acadêmico no município de Cascavel, PR, para triagem de TDAH.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico de corte transversal com crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, em Cascavel, PR. Foram selecionados 81 prontuários do Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico, destes, 38 foram excluídos do estudo por faltar algum dado de relevância na pesquisa. Foram avaliados 43 prontuários. Os questionários foram respondidos pelos pais ou responsáveis legais, aplicados por acadêmicos do curso de psicologia ou de medicina, supervisionados por um médico pediatra e um psicólogo. A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2018 a julho de 2019. A escala utilizada para triagem de TDAH-transtorno de

conduta foi a Escala de Conners para Pais, versão brasileira Francisco Rosa Neto. Tal instrumento de triagem classifica a criança com o predomínio dos seguintes sintomas: hiperatividade, déficit de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com déficit de atenção (tipo combinado) ou sintomas do déficit de atenção/ hiperatividade associados ao transtorno de conduta (TDAH global). Esta escala é composta por 20 questões fechadas – sendo que as respostas a serem marcadas variam de 0 a 3 pontos-, as quais os pais ou representante legal respondem conforme a conduta frequente do sujeito em dois ou mais ambientes distintos durante os últimos seis meses. Para cada item existem quatro opções de resposta: Nunca/nada, às vezes/pouco, frequentemente/suficiente e muito/sempre. Normas de aplicação e correção da escala: para calcular as pontuações diretas de cada subescala, somam-se as questões correspondentes aos itens de cada uma delas. O resultado é o somatório das respostas relativas a cada subtipo, sendo maior ou igual a 10 para preencher predomínio por hiperatividade com impulsividade, maior ou igual a 10 para preencher predomínio por déficit de atenção, maior ou igual a 11 para preencher os critérios isolados para Transtorno de Conduta, maior ou igual a 18 para preencher o tipo combinado Hiperativo/Impulsivo com Desatento e maior ou igual a 30 para considerar TDAH global.

A aplicação do questionário foi realizada durante consulta de rotina no Ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico.

Este trabalho teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus Cascavel, sob número de parecer 2.515.424/2017.

3 | RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 4 a 14 anos, sendo 33 (76,74%) do sexo masculino (4 a 14 anos) e 10 (23,25%) do sexo feminino (7 a 14 anos), regularmente matriculados desde a pré-escola até o nono ano do ensino fundamental em escolas públicas de Cascavel, PR.

Dos 43 pacientes avaliados, três (6,97%) do total (somatório de meninos e meninas) foram diagnosticados com TDAH com predomínio hiperativo/impulsivo, três (6,97%) foram diagnosticados com TDAH com predomínio de déficit de atenção, dois (4,65%) foram diagnosticados exclusivamente com Transtorno de Conduta, cinco (11,62%) foram diagnosticados com TDAH do tipo combinado, 16 (37,2%) foram diagnosticados com TDAH global (tipo combinado com transtorno de conduta) e 14 (32,55%) não preencheram critérios diagnósticos (gráfico 1). Em suma, 27 pacientes (62,79%) foram diagnosticados com TDAH independente do subtipo. Em

relação ao sexo, a frequência de TDAH foi maior nos meninos (66,6%) do que nas meninas (50%), na proporção de 4:3.

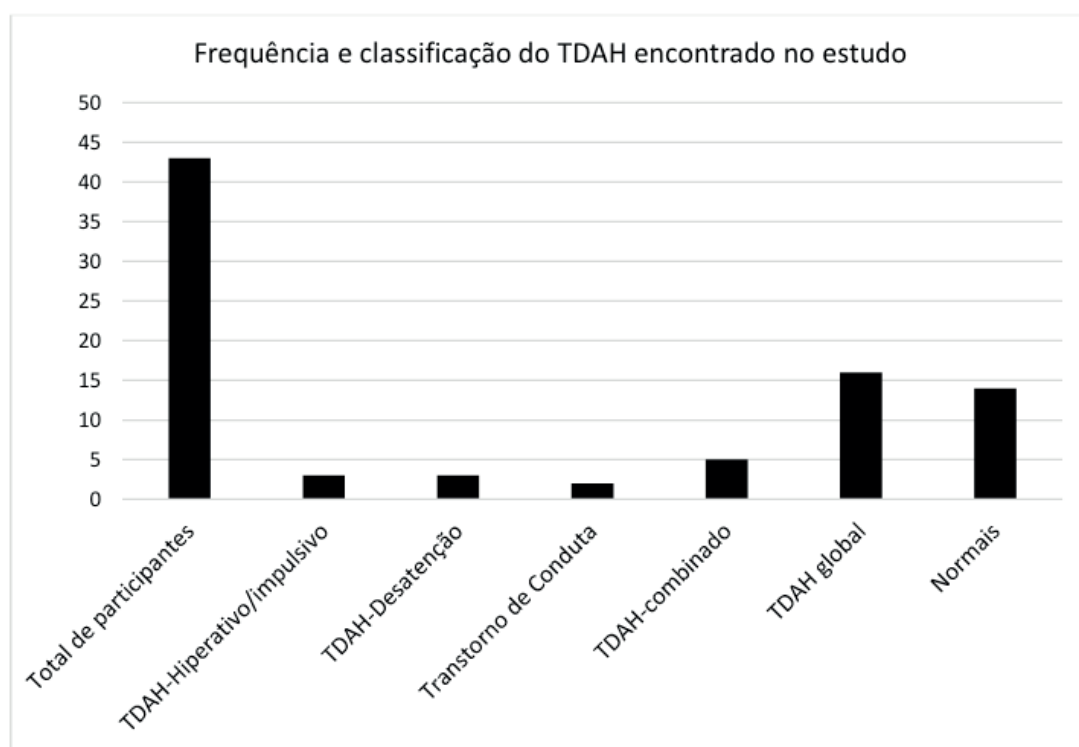


Gráfico 1: Frequência e classificação dos tipos de TDAH encontrados no estudo. Cascavel, PR. 2019.

Nos 33 participantes do sexo masculino (com idade mínima de 4 anos, idade máxima de 13 anos, média de idade de 8 anos e 4 meses, moda de 7 anos e mediana de 8 anos), três (9,09%) foram diagnosticados com TDAH com predomínio hiperativo/impulsivo, dois (6,06%) foram diagnosticados com TDAH com predomínio de déficit de atenção, dois (6,06%) foram diagnosticados exclusivamente com Transtorno de Conduta, três (9,09%) foram diagnosticados com TDAH do tipo combinado, 14 (42,42%) foram diagnosticados com TDAH global (tipo combinado com transtorno de conduta) e nove (27,27%) foram normais.

Das 10 participantes do sexo feminino (idade mínima de 7 anos, idade máxima de 14 anos, média de 9 anos e 2 meses, moda de 10 anos, mediana de 9 anos), nenhuma das meninas foi diagnosticada com TDAH com predomínio hiperativo/impulsivo e nem com transtorno de conduta isoladamente, uma (10%) foi diagnosticada com TDAH com predomínio de déficit de atenção, duas (20%) foram diagnosticadas com TDAH do tipo combinado, duas (20%) foram diagnosticadas com TDAH global (tipo combinado com transtorno de conduta) e cinco (50%) classificadas como dentro dos limites da normalidade.

4 | DISCUSSÃO

A prevalência de escolares com os sintomas de TDAH apresentou-se maior neste trabalho do que na maioria dos estudos atuais, 62,79% apresentaram algum dos subtipos de TDAH, resultado este bem acima dos encontrados na literatura (5 a 11%), porém deve-se levar que o ambulatório onde o estudo foi desenvolvido somente são avaliadas crianças que já apresentam algum problema comportamental, criando um viés importante nos resultados, além de pertencerem à classe menos favorecida socioeconomicamente.

Em relação ao sexo, vários estudos mostram o predomínio do TDAH em meninos, independentemente do método de levantamento ou do instrumento diagnóstico, sendo que esta proporção varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais e 9:1 em estudos clínicos. Neste trabalho, confirmou-se a prevalência masculina, com predomínio de 4:3. Percebeu-se também predomínio masculino para o subtipo hiperativo/impulsivo (escala de 6:1) e para o desatento (escala de 2:1).

A maioria das crianças investigadas neste estudo apresentou os sintomas do TDAH com todos os subtipos relacionados e comórbidos a este distúrbio, sendo que alguns estudantes apresentaram a predominância de um ou outro padrão. TDAH frequentemente ocorre associado a outras comorbidades, particularmente com transtorno opositor-desafiante e transtorno de conduta, alguns estudos mostram que até 50% das crianças encaminhadas a centros de referência por TDAH, apresentam associado transtorno de conduta.

Uma das limitações do estudo foi que era transversal, não sendo possível observar alternância entre os subtipos em um mesmo paciente.

Também não foi possível confirmar se a principal manifestação na pré-escola foi a hiperatividade e se a desatenção ficou mais proeminente nos anos do ensino fundamental devido ao tamanho da amostra e a faixa etária deste estudo.

Observou-se a importância de uma escala de classificação, que captura informações a um custo relativamente baixo, é um método de fácil preenchimento pelos pais e fácil interpretação pelos profissionais, sendo particularmente importante em ambiente pediátrico por fornecer um complemento importante para o esquema de diagnóstico médico categórico do DSM-V e acompanhamento do tratamento.

5 | CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo foram heterogêneos aos da literatura, ora similares, ora maiores, com a limitação do número da amostra e com viés de seleção. A escala utilizada como triagem para TDAH e Transtorno

de Conduta não deve ser o único instrumento de avaliação, sendo necessário complementação diagnóstica com outros recursos, além de uma avaliação por profissionais capacitados. Observou-se a importância do diagnóstico precoce do transtorno, a fim de evitar prejuízo no desenvolvimento neurocognitivo da criança, com implementação eficiente de terapia combinada medicamentosa e comportamental.

REFERÊNCIAS

CHANG, L. WANG, M. TSAI, P. **Diagnostic Accuracy of Rating Scales for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-analysis**. *Pediatrics*. 2016; 137(3): e20152749.

COLLETT, B. R. OHAN, J. L. MYERS, K. M. **Ten-Year review of rating scales. V: Scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder**. *Washington. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*. Sept.2003; 42(9):1015-1037.

DULCAN, M.K.; BALLARD R.R.; JHA P.; SADHU J.M. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder**. *In: Concise guide to Child & Adolescent Psychiatry. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association Publishing. 2018. pp.50-71*

GIANARRIS, W. J. GOLDEN, C. J. GREENE, L. **The Conners' parent rating scales: a critical review of the literature**. *Clinical Psychology Review*. 2001; 21(7): 1061-1093.

KRULL, K. **Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: epidemiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis, overview of treatment and prognosis**. **Post TW, ed. UpToDate, Waltham, MA: UptoDate Inc. Sept 12 2017**. Section editor: Marilyn Augustyn. Deputy editor: Mary Torchia

KRULL, K. **Pharmacology of drugs used to treat attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents**. **Post TW, ed. UpToDate, Waltham, MA: UptoDate Inc. 17 Jan 2018**. Section editor: Marilyn Augustyn. Deputy editor: Mary Torchia.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

POETA, L. S.; ROSA NETO, F. **Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH**. São Paulo. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Sept. 2004; 26(3):150-155.

ROHDE L.A.; BARBOSA G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK G **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Dec. 2000; 22 (s.II): 7-11.<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000600003>

STAFFORD, b. **Child & Adolescent Psychiatric Disorders & Psychosocial Aspects of Pediatrics**. *In: In: Hay Jr.WW, Levin MJ, Sondheimer JM, Deterding RR. Current Diagnosis & Treatment. New York:McGrawHill Medical, 2011.pp.171-211.*

APLICAÇÃO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS EM ESCOLARES COM BAIXO RENDIMENTO ACADÊMICO

Data de aceite: 21/12/2019

Maria Sílvia Jordan

Acadêmica do 6º ano do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Lucas Erotildes de Souza

Acadêmica do 6º ano do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Adrielly Aparecida Garcia

Acadêmica do 5º do curso de Psicologia da Universidade Paranaense-Campus Cascavel, PR

Luísa Manfredin Vila

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Lorena Meleiro Lopes

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Heitor Rocha de Oliveira

Acadêmico do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Giúrgia Padilha Fontanella

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Gabriela Sotana Rodrigues

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Júlia Natsumi Hashimoto

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Vinicius Vedana

Acadêmico do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Karina da Silva Arnold

Acadêmica do 4º ano do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

Marcos Antonio da Silva Cristovam

Professor assistente de pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, PR

RESUMO: Objetivo: Aplicação da Lista de Sintomas Pediátricos (LSP) em crianças e adolescentes atendidos em um ambulatório de baixo rendimento acadêmico. **Métodos:** Estudo epidemiológico de corte transversal e descritivo, realizado através da avaliação de prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de baixo rendimento acadêmico, entre março de 2017 e agosto de 2018. A LSP foi respondida pelos responsáveis, e considerou-se como positiva uma pontuação igual ou maior a 28. **Resultados:** Durante o período do estudo, 48 crianças preencheram os critérios de inclusão. Destas, 19 (39,58%) apresentaram positividade para a LSP. A escolaridade materna e o uso de álcool durante a gestação se associaram à positividade na LSP, enquanto estudar na terceira série do ensino fundamental foi um fator protetor para problemas psicoemocionais.

Conclusão: O estudo revelou uma relação entre a saúde mental dos estudantes pesquisados e fatores maternos, além da série escolar em curso.

PALAVRAS-CHAVE: Questionário; Criança; Transtornos Mentais; Epidemiologia.

APPLICATION OF PEDIATRIC SYMPTOMS CHECKLIST IN STUDENTS WITH ACADEMIC UNDERACHIEVEMENT

ABSTRACT: Objectives: Application of Pediatric Symptom Checklist (PSC) on children and teenager attended in a academic underachievement outpatient clinic.

Methods: Epidemiologic descriptive cross-sectional epidemiologic study carried out by clinical chart assessment from patients attended in a academic underachievement outpatient clinic, from march/2017 to august/2018. PSC was filled by caregiver, and positive score was considered when ≥ 28 . **Results:** During study, 48 children were completed inclusion criteria. About these, 19 (39,58%) presented positive score on PSC. There was association between PSC positive with maternal schooling and use of alcohol during pregnancy, while studying on 3th grade of elementary school was a protector fator to psycho-emotional problems. **Conclusion:** This study disclosed relation between mental health of students analyzed and maternal factors, further of shooling grade in course.

KEYWORDS: Questionnaire; Child; Mental Disorders; Epidemiology.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais (TM), quando identificados em crianças e adolescentes, apresentam implicações tanto no que diz respeito à saúde física e às taxas de mortalidade, como também ao funcionamento econômico e social futuros, constituindo assim um importante problema de saúde pública.¹ Nessa população, há uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos. Em uma revisão de literatura, a média global da taxa de prevalência de TM em crianças e adolescentes foi de 15,8%.² No Brasil, estudos registraram prevalência variando de sete a 12,7%.³ Os transtornos emocionais na infância e adolescência podem se expressar tanto de forma internalizada, por meio de ansiedade, depressão, retraimento e sentimentos de inferioridade, quanto externalizada, por meio de comportamentos marcados por características de desafio, impulsividade, agressão, hiperatividade e ajustamento social pobre.⁴ A literatura aponta diversos fatores relacionados à ocorrência de TM em crianças e adolescentes, os quais podem ser divididos em quatro grupos: fatores biológicos – relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas; fatores genéticos – relacionados à história familiar de transtorno mental; fatores psicossociais – relacionados a

disfunções na vida familiar e situações indutoras de estresse; e fatores ambientais, como problemas na comunidade (violência urbana) e abuso (físico, psicológico e sexual).²

Os TM mais frequentes, nessa população, são: transtornos de ansiedade, seguido por distúrbios comportamentais, tais como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); em seguida estão os transtornos do humor, como depressão e, por fim, transtorno por uso de substâncias, sendo frequente a presença de mais de um TM no mesmo indivíduo.⁵

A presença de problemas relacionados à saúde mental em crianças e adolescentes está associada ao baixo rendimento escolar, sendo que alguns autores apontam os transtornos psicossociais como sendo um fator de risco para o baixo desempenho acadêmico, ao passo que outros indicam que problemas na aprendizagem escolar podem facilitar o desenvolvimento dessas desordens.⁶ Dessa forma, não há um consenso sobre a ordem de ocorrência dessas dificuldades, ou sobre uma possível relação de causa e efeito entre elas. De todo modo, estudos brasileiros indicam que o baixo rendimento acadêmico associado a problemas emocionais está entre as principais queixas que motivam a busca pelos serviços de saúde mental.⁶

Diante da magnitude e das sérias consequências dos TM em crianças e adolescentes, torna-se clara a importância da detecção dos mesmos pelo médico pediatra, visto que intervenções precoces podem melhorar sua evolução e minimizar os impactos à criança e à sociedade. No entanto, o subdiagnóstico dos distúrbios cognitivos e psicossociais permanece como um fato frequente no Brasil, sobretudo entre os estudantes de escolas públicas. Estudos demonstram que os médicos pediatras deixam de diagnosticar problemas psicossociais em até 43% dos casos.⁷ Uma forma de facilitar a identificação de transtornos psiquiátricos nesta população, possibilitando assim o encaminhamento precoce a serviços especializados, tem sido o emprego de escalas já validadas para o rastreio de TM na infância e adolescência, como a Lista de Sintomas Pediátricos (LSP), uma versão brasileira da *Pediatric Symptom Checklist* (PSC), projetada para ajudar os médicos pediatras, na prática ambulatorial, a identificarem crianças em idade escolar com dificuldades no funcionamento psicossocial.⁵

Este estudo teve por objetivo a aplicação da LSP em crianças atendidas no ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), além de descrever e analisar características clínicas e sociodemográficas associadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo epidemiológico de corte transversal e descritivo, realizado por meio de avaliação de prontuários de crianças e adolescentes atendidos no ambulatório de Baixo Rendimento Acadêmico (BRA) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), em Cascavel, PR.

Foram incluídas no estudo crianças atendidas pelo serviço no período compreendido entre março de 2017 e agosto de 2018.

As variáveis avaliadas foram: idade, sexo, série escolar, Índice de Massa Corporal (IMC), Idade Gestacional (IG) e peso ao nascer – relacionadas às crianças; tabagismo gestacional (considerado neste estudo o mínimo de um cigarro/dia), uso de álcool durante a gestação (considerou-se para este estudo qualquer quantidade ingerida), escolaridade do pai e escolaridade da mãe – referente aos pais; e a pontuação obtida na Lista de Sintomas Pediátricos (LSP) de cada estudante participante.

O IMC foi calculado através da divisão do peso das crianças (em quilogramas) pelo quadrado da altura das mesmas (em metros). Em seguida, os valores obtidos foram classificados em “baixo peso”, “eutrófico” e “sobrepeso”, de acordo com critérios estabelecidos pela OMS (2007) para análise do IMC em crianças e adolescentes.⁸

Quanto à idade gestacional, as crianças nascidas com IG entre 37 semanas e 41 semanas e seis dias foram classificadas como “a termo” e aquelas nascidas com IG menor ou igual 36 semanas e seis dias foram classificadas como “pré-termo”.⁹

Quanto ao peso ao nascer, as crianças foram subdivididas em dois grupos: com peso de nascimento menor que 2500 gramas (recém-nascido de baixo peso), e com peso ao nascer maior ou igual 2500 gramas.⁹

A LSP, que foi respondida pelo responsável durante a consulta médica, consiste em um questionário com 35 questões, de rápido preenchimento, que refletem a impressão dos pais sobre o comportamento dos filhos. A pontuação atribuída pelo avaliando, que indica com que frequência a situação proposta pela questão ocorre, é de zero para “nunca”, de um para “às vezes” e de dois para “frequentemente”.⁵ O ponto de corte estabelecido para este estudo foi uma pontuação igual ou superior a 28 pontos, situação na qual o resultado foi considerado positivo, ou seja, a criança ou adolescente teria indicação de ser encaminhado para avaliação de sua saúde mental.⁵

Os pacientes cujos prontuários não continham todas as informações acima citadas foram excluídos do estudo.

Os dados coletados foram tabulados em planilha eletrônica (*Microsoft Excel 2010*®), sendo, posteriormente, realizada análise estatística. Para tal, foram

aplicados o Teste de Qui-quadrado de Independência, juntamente com o Teste de Resíduos ajustados, cujo objetivo foi comparar a associação de frequências entre os diferentes grupos a fim de avaliar as possíveis associações entre as variáveis analisadas, assumindo um nível de significância de $p < 0,05$ (5%). Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* estatístico *XLStat* versão 2010.

O estudo obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), através do parecer nº 2.515.424, de 27 de fevereiro de 2018.

RESULTADOS

Durante o período do estudo, 61 crianças foram atendidas no ambulatório, com idades entre quatro e 14 anos. Destas, 48 (78,69%) preencheram os critérios de inclusão.

Do total de crianças selecionadas para o estudo, 31 (64,58%) eram do sexo masculino e 17 (35,2%) do feminino. Quanto às idades, a mais frequente foi a de oito anos, representada por 12 crianças (27,08%), seguida pelas idades de nove anos – 11 crianças (22,92%) e 10 anos – 10 crianças (20,83%). A idade média foi de 8,64 anos ($DP \pm 1,23$ anos) entre as crianças do sexo masculino e de 9,76 anos ($DP \pm 1,77$ anos) entre as do feminino.

Em relação ao ano escolar, duas crianças (4,17%) eram do 2º ano do ensino fundamental; 23 (47,92%) eram do 3º ano; 15 (31,25%) do 4º ano; quatro (8,33%) do 5º ano; duas (4,17%) do 6º ano; uma (2,08%) do 8º ano; e uma (2,08%) era do 9º ano.

Quanto ao tabagismo gestacional, cinco (10,42%) mães fizeram uso de tabaco durante a gravidez. Já em relação ao uso de álcool durante este período, seis (12,5%) mães utilizaram-no na gestação.

Das 48 crianças, 41 (85,42%) nasceram a termo, enquanto sete (14,58%) eram pré-termo. Em relação ao peso ao nascer, 38 (79,17%) crianças nasceram com peso maior ou igual a 2500 gramas e 10 (20,83%) apresentaram peso ao nascer inferior a 2500 gramas.

Em relação ao IMC, 31 (64,58%) crianças eram eutróficas; 12 (25%) apresentavam sobrepeso; e cinco (10,42%) crianças apresentavam baixo peso.

No que diz respeito à escolaridade materna, 21 (43,75%) mães possuíam ensino fundamental incompleto; quatro (8,33%) possuíam ensino fundamental completo; sete (14,58%) apresentavam ensino médio incompleto; 13 (27,08%) possuíam ensino médio completo; uma (2,08%) possuía ensino superior incompleto; e duas (4,17%) mães possuíam ensino superior completo. Quanto à escolaridade

paterna, 24 (50%) pais possuíam ensino fundamental incompleto; três (6,25%) possuíam ensino fundamental incompleto; três (6,25%) apresentavam ensino médio incompleto; 17 (35,42%) possuíam ensino médio completo; e um (2,08%) pai possuía ensino superior incompleto. Nenhum pai apresentava ensino superior completo.

Dentre os 48 participantes da pesquisa, 19 (39,58%) apresentaram pontuação maior ou igual a 28 na LSP, e 29 (60,42%) apresentaram pontuação inferior a 28.

As frequências absolutas e relativas das variáveis pesquisadas estão expressas na Tabela 1. As associações entre as mesmas e as pontuações obtidas na LSP estão demonstradas na Tabela 2.

| Variáveis | Respostas | FA | FR % |
|---------------------------|-------------------------------|----|-------|
| Idade (anos) | 7 | 7 | 14,58 |
| | 8 | 13 | 27,08 |
| | 9 | 11 | 22,92 |
| | 10 | 10 | 20,83 |
| | 11 | 5 | 10,42 |
| | 13 | 1 | 2,08 |
| | 14 | 1 | 2,08 |
| Sexo | Masculino | 31 | 64,58 |
| | Feminino | 17 | 35,42 |
| Ano escolar | Segundo | 2 | 4,17 |
| | Terceiro | 23 | 47,92 |
| | Quarto | 15 | 31,25 |
| | Quinto | 4 | 8,33 |
| | Sexto | 2 | 4,17 |
| | Sétimo | 0 | 0,00 |
| | Oitavo | 1 | 2,08 |
| | Nono | 1 | 2,08 |
| Tabagismo gestacional | Sim | 5 | 10,42 |
| | Não | 43 | 89,58 |
| Idade Gestacional | Pré-termo | 7 | 14,58 |
| | Termo | 41 | 85,42 |
| Peso ao nascer | ≥ 2500 g | 10 | 20,83 |
| | < 2500 g | 38 | 79,17 |
| Uso de álcool na gestação | Sim | 6 | 12,50 |
| | Não | 42 | 87,50 |
| Escolaridade materna | Ensino Fundamental incompleto | 21 | 43,75 |
| | Ensino Fundamental completo | 4 | 8,33 |
| | Ensino Médio incompleto | 7 | 14,58 |
| | Ensino Médio completo | 13 | 27,08 |
| | Ensino Superior incompleto | 1 | 2,08 |
| | Ensino Superior completo | 2 | 4,17 |

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----|-------|
| Escolaridade paterna | Ensino Fundamental incompleto | 24 | 50,00 |
| | Ensino Fundamental completo | 3 | 6,25 |
| | Ensino Médio incompleto | 3 | 6,25 |
| | Ensino Médio completo | 17 | 35,42 |
| | Ensino Superior incompleto | 1 | 2,08 |
| | Ensino Superior completo | 0 | 0,00 |
| IMC | Baixo peso | 5 | 10,42 |
| | Eutrófico | 31 | 64,58 |
| | Sobrepeso | 12 | 25,00 |
| LSP | ≥ 28 | 19 | 39,58 |
| | < 28 | 29 | 60,42 |

Tabela 1 – Frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR %) das variáveis analisadas – Cascavel – 2018.

| Variáveis | Respostas | LSP ≥ 28 | | LSP < 28 | | p-valor |
|----------------------------------|-------------------------------|----------|-------|----------|-------|---------|
| | | FA | FR % | FA | FR % | |
| Idade (anos) | 7 | 3 | 15,79 | 4 | 13,79 | 0,200 |
| | 8 | 2 | 10,53 | 11 | 37,93 | |
| | 9 | 5 | 26,32 | 6 | 20,69 | |
| | 10 | 7 | 36,84 | 3 | 10,34 | |
| | 11 | 2 | 10,53 | 3 | 10,34 | |
| | 13 | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 | |
| | 14 | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 | |
| Sexo | Masculino | 13 | 68,42 | 18 | 62,07 | 0,653 |
| | Feminino | 6 | 31,58 | 11 | 37,93 | |
| Séries Escolares (anos) | Segundo | 2 | 10,53 | 0 | 0,00 | 0,036 |
| | Terceiro | 5 | 26,32 | 18 | 62,07 | |
| | Quarto | 9 | 47,37 | 6 | 20,69 | |
| | Quinto | 1 | 5,26 | 3 | 10,34 | |
| | Sexto | 2 | 10,53 | 0 | 0,00 | |
| | Sétimo | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| | Oitavo | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 | |
| | Nono | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 | |
| Tabagismo gestacional | Sim | 4 | 21,05 | 1 | 3,45 | 0,051 |
| | Não | 15 | 78,95 | 28 | 96,55 | |
| Idade Gestacional | Pré-termo | 3 | 15,79 | 4 | 13,79 | 0,848 |
| | Termo | 16 | 84,21 | 25 | 86,21 | |
| Peso ao nascer | < 2500 g | 5 | 26,32 | 5 | 17,24 | 0,449 |
| | > 2500 g | 14 | 73,68 | 24 | 82,76 | |
| Uso de álcool na gestação | Sim | 5 | 26,32 | 1 | 3,45 | 0,019 |
| | Não | 14 | 73,68 | 28 | 96,55 | |
| Escolaridade materna | Ensino Fundamental incompleto | 8 | 42,11 | 13 | 44,83 | 0,003 |
| | Ensino Fundamental completo | 0 | 0,00 | 4 | 13,79 | |
| | Ensino Médio incompleto | 7 | 36,84 | 0 | 0,00 | |
| | Ensino Médio completo | 2 | 10,53 | 11 | 37,93 | |
| | Ensino Superior incompleto | 1 | 5,26 | 0 | 0,00 | |
| | Ensino Superior completo | 1 | 5,26 | 1 | 3,45 | |

| | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|----|-------|----|-------|-------|
| Escolaridade paterna | Ensino Fundamental incompleto | 13 | 68,42 | 11 | 37,93 | 0,317 |
| | Ensino Fundamental completo | 1 | 5,26 | 2 | 6,90 | |
| | Ensino Médio incompleto | 1 | 5,26 | 2 | 6,90 | |
| | Ensino Médio completo | 4 | 21,05 | 13 | 44,83 | |
| | Ensino Superior incompleto | 0 | 0,00 | 1 | 3,45 | |
| | Ensino Superior completo | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| IMC | Baixo peso | 1 | 5,26 | 4 | 13,79 | 0,508 |
| | Eutrófico | 12 | 63,16 | 19 | 65,52 | |
| | Sobrepeso | 6 | 31,58 | 6 | 20,69 | |

Tabela 2 – Frequências absolutas (FA) e relativas (FR %) das variáveis analisadas e associações com a pontuação na LSP – Cascavel – 2018.

Valor de $p < 0,05$ indicou significância estatística

DISCUSSÃO

Houve alta porcentagem de positividade na LSP. Esse achado é concordante com outros estudos em crianças com baixo rendimento acadêmico (BRA), como o de Santos *et al.*⁷ Por outro lado, a literatura mostrou resultados muito aquém ao encontrado por este estudo quando não foram pesquisados exclusivamente estudantes com BRA.^{2, 5, 10} Esta pesquisa encontrou uma alta porcentagem de crianças com possível transtorno psicoemocional e com baixo rendimento acadêmico, achado este que corrobora com diversos estudos na literatura que apontam para uma relação entre mau desempenho escolar e transtornos mentais em crianças e adolescentes.^{6, 8, 11} O baixo rendimento escolar associado aos problemas emocionais e de comportamento está entre as principais queixas que motivam a busca pelos serviços de saúde mental.⁶ Embora seja evidente a associação entre rendimento acadêmico insuficiente e transtornos mentais, ainda não é possível identificar com clareza a ordem de ocorrência de tais problemas. Pode-se supor, no entanto, que essa relação seja uma via de mão dupla, ou seja, que ambas as condições atuem como fator de risco para ocorrência uma da outra.⁴

O presente estudo revelou ainda relação entre positividade na LSP e as mães terem o ensino médio incompleto. Diversos estudos demonstram que os fatores parentais exercem grande influência sobre o desenvolvimento psicoemocional das crianças, e que os fatores maternos parecem ser os mais fortes preditores de resultados negativos sobre a saúde mental das crianças que os paternos; além disso, quanto maior o grau de estudo dos pais, menor é a possibilidade do filho vir a desenvolver um transtorno mental.^{10, 12, 13} Acredita-se que essa associação entre escolaridade materna e a ocorrência de TM nas crianças esteja relacionada, dentre outros fatores, ao fato de que as crianças cujas mães possuem baixa escolaridade

são mais frequentemente expostas a interações disfuncionais entre mãe e filho.¹⁴

Foi encontrada também associação entre a ingestão materna de álcool durante a gestação e a pontuação na LSP, o que corrobora com outros estudos, que demonstram que o uso de álcool durante o período gestacional contribui para o desenvolvimento de hiperatividade, problemas de atenção, déficits de aprendizagem e memória, além de problemas relacionados ao desenvolvimento social e emocional, levando a um significativo prejuízo funcional nas crianças expostas.^{15,16} Acredita-se que tal efeito se deva à ação do etanol sobre a migração das células nervosas.¹⁷ No entanto, são necessárias evidências mais fortes para avaliar as possíveis implicações da ingestão alcoólica durante a gestação sobre a saúde mental das crianças e adolescentes, sobretudo quando em pequenas a moderadas quantidades. Ainda é um desafio estabelecer tais efeitos ou mesmo uma dose materna segura de álcool, uma vez que o volume alcóolico consumido durante a gestação não parece ser o único determinante, estando também envolvidos fatores genéticos, bem como a exposição a outros fatores ambientais predisponentes ou protetores. Além disso, pode ser difícil acompanhar as mães para obter confirmação do uso de álcool durante a gravidez.¹⁶

Este estudo mostrou ainda que alunos do terceiro ano do ensino fundamental têm menor tendência a transtornos psicoemocionais, o que pode ser explicado, em parte, por se tratar de um momento de menos estresse emocional e menos mudanças quando comparado ao início e ao fim desse ciclo. Porém, a literatura aponta para uma escassez de dados no que se refere à associação entre série escolar e a saúde mental de crianças e adolescentes. No entanto, tal relação pode ser explicada pelo fato de que os períodos escolares da criança relacionados a um maior estresse e, dessa forma, a um maior impacto sobre a saúde mental das mesmas, são o início e o final do ensino fundamental. O início deste período traz novas demandas de adaptação para as crianças, uma vez que é o momento no qual elas são introduzidas pela primeira vez em ambientes de aprendizagem estruturados.¹⁸ Correia-Zanini *et al.* encontraram, em um estudo com crianças estudantes do primeiro ano do ensino fundamental, que 56% delas apresentavam sintomas de estresse.¹⁹ Por outro lado, o fim deste período, também apresenta impacto importante sobre a saúde mental dos estudantes, em parte relacionado às mudanças decorrentes do início da puberdade e adolescência. Além disso, nesta fase, as atribuições escolares tornam-se mais difíceis e desafiadoras. Ao mesmo tempo, os estudantes estão cientes de seu desempenho em relação aos colegas, o que pode levar a maiores conflitos com os pares, resultando em um efeito mais pronunciado em problemas de comportamento.¹⁸

CONCLUSÕES

Concluiu-se, com esse estudo, que a escolaridade materna e o alcoolismo gestacional exercem influências negativas no desenvolvimento psicoemocional dos estudantes e que alunos do 3º ano do ensino fundamental são menos propensos a transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

1. Deighton J, Hhumphrey N, Belsky J, Boehnke J, Vostanis P, Patalay P. **Longitudinal pathways between mental health difficulties and academic performance during middle childhood and early adolescence.** Br J Dev Psychol. 2018 Mar;36(1):110-26.
2. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. **Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática.** J Bras Psiquiatr. 2014 Dec;63(4):360-72.
3. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. **Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation.** Rev Bras Psiquiatria. 2007 Mar;29(1):11-7.
4. Santos PL, Graminha SSV. **Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico.** Estud psicol. 2006 Apr;11(1):101-9.
5. Muzzolon SRB, Nunes M, Santos LHC. **Avaliação da Lista de Sintomas Pediátricos como instrumento de triagem para identificar problemas emocionais e psicossociais.** Rev Paul Pediatr. 2013 Sep;31(3):359-64.
6. Borba R, Marin BM, Helena A. **Contribuição dos indicadores de problemas emocionais e de comportamento para o rendimento escolar.** Rev colomb psicol. 2017 Dec;26(2): 283-94.
7. Santos LHC, Pimentel RF, Rosa LGD, Muzzolon SRB, Antoniuk SA, Bruck I. **Triagem cognitiva e comportamental de crianças com dificuldades de aprendizagem escolar: um estudo preliminar.** Rev Paul Pediatr. 2012;30(1):93-9.
8. WHO – World Health Organization [base de dados na Internet]. **Growth reference 5-19 years.** 2007. [acesso em: 15 fev. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html.
9. Tavares EC, Rego MAS. **Prematuridade e Crescimento Fetal Restrito.** In: Lopez FA, Campos Jr D. . Tratado de pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2ª ed. Barueri: Manole; 2010. p. 1445-54.
10. Jelinek MS, Murphy M, Little M, Pagano ME, Corner DM, Kelleher KJ. **Use of the pediatric symptom checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study.** Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 Mar;153(3):254-60.
11. Arnold EM, Goldston DB, Walsh AK, Reboussin BA, Daniel SS, Hickman E *et al.* **Severity of emotional and behavioral problems among poor and typical readers.** J Abnorm Child Psychol. 2005 Apr;33(2):205-17.
12. Sonogo M, Llácer A, Galán I, Simón F. **The influence of parental education on child mental health in Spain.** Qual Life Res. 2013 Feb;22(1):203-11.

13. Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M. **Influence maternal background has on children's mental health.** Int J Equity Health. 2017 Apr 18;16(1):63
14. Grazuleviciene R, Andrusaityte S, Petraviciene I, Balseviciene B. **Impact of psychosocial environment on young children's emotional and behavioral difficulties.** Int J Environ Res Public Health. 2017 Oct 24; 14(10):1278.
15. Guille C, Aujla R. **Developmental consequences of prenatal substance use in children and adolescents.** J Child Adolesc Psychopharmacol. 2019 Apr 29;29(3):1-8.
16. Jonsson E. **Fetal alcohol spectrum disorders (FASD): a policy perspective.** Can J Psychiatry. 2019 Mar 5;64(3):161-3.
17. Polanska K, Jurewicz J, Hanke W. **Smoking and alcohol drinking during pregnancy as the risk factors for poor child neurodevelopment – a review of epidemiological studies.** Int J Occup Med Environ Health. 2015;28(3):419-43.
18. Claessens A, Dowsett C. **Growth and change in attention problems, disruptive behavior, and achievement from kindergarten to fifth grade.** Psychological Science [periódico na Internet]. 2014 Nov 5 [acesso em 2019 Apr 03];25(12): [aproximadamente 10 ;p.]. Disponível em: <http://pss.sagepub.com/content/early/2014/11/05/0956797614554265>
19. Cid MFB, Matsukura TS. **Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência.** Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 Apr;25(1):1-10.

AS CONTRIBUIÇÕES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO VOLTADOS AOS UNIVERSITÁRIOS – AS EXPERIÊNCIAS NO GAPAC

Data de aceite: 21/12/2019

Débora Maria Biesek

Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
campus de Francisco Beltrão

Giseli Monteiro Gagliotto

Universidade Estadual do Oeste do Paraná –
campus de Francisco Beltrão

RESUMO: O Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos - GAPAC é um projeto de extensão idealizado e instituído a partir de uma parceria entre o LABGEDUS - Laboratório e Grupo de Pesquisa Educação e Sexualidade e a Assessoria Pedagógica do *campus* da UNIOESTE - Francisco Beltrão- PR. Os atendimentos psicológicos aos acadêmicos tiveram início em setembro de 2017, a partir da percepção da necessidade de assistência e suporte aos acadêmicos que estavam se evadindo dessa universidade. O principal objetivo do GAPAC é dar voz ao indivíduo que sofre, ouvir, acolher, orientar e com isso construir melhores estratégias que possam auxiliar o indivíduo em sua saúde mental, no enfrentamento de suas dificuldades acadêmicas que implicam, diretamente, nas demais áreas de sua vida. Autores como Giglio (1976) e Accorsi (2015), através de suas pesquisas, apontam

tal realidade vivenciada pelos acadêmicos nas universidades públicas. Desde sua efetivação, o GAPAC atendeu, voluntariamente, mais de 134 acadêmicos. São muitas as demandas apresentadas. Os acadêmicos são recebidos, individualmente, uma vez por semana, até 4 (quatro) atendimentos para cada um deles, num processo de triagem. Em seguida, são realizados encaminhamentos para tratamento psicoterapêutico, psiquiátrico, grupo de apoio e/ou outros. Mesmo com o limite de 4 (quatro) atendimentos, por acadêmico, é possível observar a diferença que o GAPAC tem promovido na vida desses universitários. Conseguem melhor visualizar as situações vivenciadas, refletir em suas ações, evitando situações nas quais se colocavam em risco e vêm sentindo-se acolhidos e fortalecidos, emocionalmente, para o enfrentamento da sua vida, principalmente, no meio acadêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Saúde Mental. Universitário.

THE CONTRIBUTIONS OF AN EXTENSION PROJECT TO UNIVERSITY - GAPAC EXPERIENCES

ABSTRACT: The Psychological Support Group for Academics (GAPAC) began the consultations

in September 2017 from the perception of the need for assistance and support to the students who were evading the UNIOESTE - Francisco Beltrão-PR Campus. Thus, in partnership with LABGEDUS (Laboratory and Research Group Education and Sexuality) and the Pedagogical Advisory, this extension project was organized and put into execution in the referred Campus. The main objective of GAPAC is to give voice to the suffering individual, to listen, to welcome, to guide and to build better strategies that can help the individual in their mental health, in coping with their academic difficulties that directly affect the other areas of their life. Authors such as Giglio (1976) and Accorsi (2015), through their research, point out such a reality experienced by academics in public universities. Since its inception, GAPAC has voluntarily served more than 134 academics. There are many demands presented. Students are received in individual visits weekly, within a limit of 4 visits per academic, in a screening process. Then referrals are made for psychotherapeutic, psychiatric, support group and / or other treatment. Even with only 4 attendances per academic, it is possible to observe the improvements that GAPAC has promoted in the lives of these students. They can better visualize the situations experienced, reflect on their actions, avoiding situations in which they put themselves at risk and have been feeling emotionally welcomed and strengthened to face their lives, especially in academia.

KEYWORDS: Assistance. College Student. Mental Health.

1 | INTRODUÇÃO

O Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos (GAPAC) é um projeto de extensão que vem se desenvolvendo na Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste - *campus* de Francisco Beltrão - PR. Edificou-se, no ano de 2017, através de uma parceria entre o Laboratório e Grupo de Pesquisa Educação e Sexualidade –LABGEDUS e a Assessoria Pedagógica do referido *campus*, a partir da preocupação com os altos índices de evasão universitária.

Os objetivos do GAPAC estão em ouvir, dar voz ao indivíduo que sofre, acolher, orientar e com isso construir melhores estratégias que possam auxiliar o indivíduo em sua saúde mental, no enfrentamento de suas dificuldades acadêmicas que implicam, diretamente, nas demais áreas de sua vida.

Nos acolhimentos, que são realizados por psicólogas voluntárias, além de duas secretárias que organizam os atendimentos e as filas de espera, as principais demandas que têm aparecido são: baixa autoestima, que afeta, diretamente, no desempenho universitário; ansiedade e/ou crises de ansiedade; uso de substâncias ilícitas; agressividade; dificuldades de adaptação no meio universitário; sentimento de tristeza e solidão recorrentes; ideação suicida; insatisfação; dificuldades de atenção e de entendimento das aulas; transtorno de pânico; transtornos globais

do desenvolvimento; transtorno do espectro autista; hipocondria; dificuldades nas situações práticas da graduação; dificuldades em manejar e enfrentar situações frustrantes.

Em um comparativo entre universidades estaduais e universidades federais, a pesquisa realizada pela Andifes - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior - em 2018 e publicada neste ano de 2019, delinea uma amostra de como estão os universitários de instituições federais de ensino superior do Brasil. Em relação à assistência estudantil, 30% dos estudantes pesquisados se utilizaram destes serviços e pode-se perceber, mesmo que de forma sutil que, a busca por atendimento psicológico de 3%, foi maior que o atendimento médico de 2,9%. Das principais dificuldades que afetam o rendimento, muitas poderiam ser sanadas com a assistência psicológica; a principal causa está na ausência de disciplina e/ou hábitos de estudo, caracterizando 28,4%; em seguida, a dificuldade financeira (24,7%); depois, a carga excessiva de estudos (23,7%) e a adaptação a novas situações, fato esse, discutido pela na maior parte dos autores, caracterizou-se 16% das dificuldades dos estudantes.

Segundo a mesma pesquisa (ANDIFES, 2019), o quarto maior motivo do pensamento, em abandonar o curso de graduação, estiveram relacionados aos problemas de saúde, tanto físico quanto mental. Dos estudantes que efetivaram o trancamento das matrículas, 17,2% foram por impedimentos de saúde, a terceira maior causa. Considerando, de forma geral, esta pesquisa, pode-se observar que, as dificuldades emocionais aumentaram desde o último levantamento de dados realizado, em 2014, conforme o quadro a seguir:

| Sensações ou problemas de: | 2014 | 2018 | Aumento de (%) |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|
| Ansiedade | 58,4% | 63,6% | 5,2% |
| Tristeza persistente | 19,3% | 22,9% | 3,6% |
| Desamparo/desespero | 22,6% | 28,2% | 5,6% |
| Solidão | 21,3% | 23,5% | 2,2% |
| Ideia de morte | 6,4% | 10,8% | 4,4% |
| Pensamento suicida | 4,1% | 8,5% | 4,4% |

Tabela 1: Aumento das sensações ou problemas de estudantes das IFES

Fonte: Elaborado pela autora a partir da V Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação (ANDIFES, 2019).

Esses resultados não devem ser avaliados somente nas universidades federais; as universidades estaduais também enfrentam pressões, sobrecargas, necessidade de produção de conhecimento, fatores que contribuem, para o sofrimento psíquico

de seus estudantes. Uma palestra realizada no mês de setembro de 2019, a partir da aplicação de um mini questionário, foi possível perceber que 36 estudantes dos 102 participantes presentes, já haviam pensado em suicidar-se e desses 102 estudantes, 14 já haviam atentado pelo menos uma vez contra a própria vida. Obviamente, a amostra é pequena mas serve como ilustração e afirmação de que os estudantes de universidades estaduais, em especial do Paraná, numa região em que as taxas de suicídio são maiores que as do Brasil, estão em sofrimento e pensam em maneiras de saná-las; no entanto, de forma que acabe com tudo, principalmente com sua vida.

2 | BREVE HISTÓRICO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL UNIVERSITÁRIA

Em 1910, na Universidade de Princeton, nos Estados Unidos, foi materializada as primeiras preocupações e ações referentes à saúde mental dos estudantes universitários, lideradas por Stewart Paton. Houve o reconhecimento de que os jovens universitários vivenciam uma fase natural de vulnerabilidade, principalmente, psicológica e por estarem inseridos, no ambiente universitário, é desta instituição também a responsabilidade em proporcionar o suporte necessário. Foi oferecido assistência psicológica a estudantes que “pareciam mais perturbados” (CERCHIARI, 2004, p.72).

Após 1910, outras universidades, norte americanas, organizaram ações e serviços visando à saúde mental, como o caso do serviço na Universidade de Wisconsin em 1914; também no Washburn College foi oferecido um curso de Higiene Mental e aconselhamentos no ano de 1920. Neste mesmo ano, segundo Cerchiari (2004), ocorreu a primeira reunião da “American College Health Association”, a qual definiu quatro objetivos que visavam a saúde mental aos estudantes:

1) não permitir que os estudantes intelectualmente capacitados fossem obrigados a interromper os estudos; 2) prevenir o fracasso total em consequência de doenças nervosas e mentais; 3) minimizar o fracasso parcial sob a forma de mediocridade, inadequação, ineficiência e infelicidade; 4) proporcionar a cada um o mais pleno uso de sua capacidade intelectual, através da ampliação da esfera de controle consciente (CERCHIARI, 2004, p. 72).

Aos educadores norte-americanos, a preocupação da educação também era que seus estudantes tivessem, não somente uma aprendizagem intelectual, como também, que a universidade proporcionasse um amadurecimento da personalidade de forma integrada (CERCHIARI, 2004).

Além dos Estados Unidos, a Inglaterra, em 1927 ofereceu o primeiro Serviço de Saúde Estudantil que, com o passar dos anos, foi sendo ampliado e em 1950 totalizou 17 desses serviços. As preocupações pautavam-se nas doenças somáticas, até ser publicado um estudo em 1951 sobre os índices de suicídio entre os alunos

de graduação de Oxford; estes alunos tinham o índice de suicídio onze vezes maior que a população da mesma faixa etária. Parece que esses dados demonstraram maiores preocupações que consequenciaram novas ações em prol da saúde mental dos estudantes universitários, pois ainda, em 1951 foi realizada a terceira conferência sobre saúde estudantil, em Oxford, onde o foco se deu na questão da saúde universitária, resultando na fundação da Associação Britânica de Saúde do Estudante; essa associação continha profissionais de saúde mental em tempo parcial ou integral nos serviços disponíveis aos universitários (CERCHIARI, 2004).

Na França, formalmente a preocupação com a saúde mental dos universitários se mostrou em 1950, no qual o foco era a preocupação com o abuso de drogas, assim como na Inglaterra, em 1951, foi promovido um debate sobre a saúde mental universitária por três entidades estudantis na Jornada Nacional de Saúde Estudantil. Nos anos que se seguiram, até 1956, as instituições universitárias continuaram demonstrando preocupações com a saúde de seus universitários; no entanto, as ações basearam-se em facilitar e abrir vagas em hospitais para o atendimento dos mesmos, inclusive, criticando a escassez de serviços de psiquiatria estudantis em regimes ambulatoriais e de urgências (CERCHIARI, 2004).

Também na Alemanha, na década de 50, foram implantados serviços de saúde mental nas universidades, principalmente, devido aos altos índices de distúrbios psíquicos nesta população. Os serviços foram, inicialmente, implantados em Munique, em 1952; em seguida, na Universidade Livre de Berlim, em 1953, e em Hamburgo, no ano de 1955. A partir de 1960, serviços de saúde mental ocorreram em, praticamente, todos os institutos de ensino superior da Alemanha; o ápice foi um Simpósio em Berlim em 1968, “em que a Psiquiatria Educacional foi discutida como um ramo da Psiquiatria Social” (CERCHIARI, 2004, p. 74).

Alinha de discussão da saúde mental universitária alemã esteve relacionada aos distúrbios psíquicos, diferente do que foi visualizado nos demais países, conforme Cerchiari (2004), sendo que cada universidade trouxe um ponto de preocupação como voltado às drogas, ao suicídio e/ou à prevenção do fracasso estudantil. Enquanto que no Brasil, no ano de 1957, em Pernambuco, foi criado o primeiro serviço de saúde mental, intitulado: Serviço de Higiene Mental e Psicologia Clínica, o qual tinha por finalidade oferecer assistência em saúde mental aos estudantes de Medicina.

Talvez por um determinismo histórico, os serviços de saúde mental nas universidades brasileiras e a partir delas, além das pesquisas sobre este tema, tiveram por foco, prioritariamente, os estudantes das áreas de saúde, muitas dessas, aos estudantes de medicina.

3 | SOFRIMENTO PSÍQUICO NA UNIVERSIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

Existem vários estudos sobre a saúde mental nas universidades que buscam identificar os sofrimentos psíquicos dos estudantes universitários de determinados cursos, principalmente, da área de saúde e sobre quais os determinantes de saúde mental nas universidades. Sobre saúde mental, vários são os documentos de organismos internacionais, principalmente, da Organização Mundial de Saúde – OMS - que orientam e declaram a importância do cuidado da saúde fora dos hospitais psiquiátricos, sendo que estes trazem custos elevados aos países. Desta forma, percebe-se como a saúde mental está restrita à área da saúde, mesmo que esta implique, diretamente, na qualidade do ensino e da aprendizagem

Segundo a Carta de Ottawa (1986), promover a saúde não é exclusivo desta área, de forma a cuidar, holisticamente, a educação também tem sua responsabilidade; inclusive, segundo esse mesmo documento, a educação é citada como um pré-requisito para a saúde, e ainda, “a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam” (OMS, 1986). Desta forma, percebe-se como a universidade é um ambiente propiciador de saúde, ou pelo menos deveria ser.

O sofrimento psíquico dentro das universidades, conforme Graner e Cerqueira (2019), podem ser entendidos como a “depressão e ansiedade, caracterizados pela presença de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas” (p. 1328).

Nos atendimentos a pacientes com transtornos mentais, Lima (2016) percebeu que os relatos de sofrimentos não estavam voltados às características patológicas; os sintomas eram a segunda causa do sofrer. O que realmente fazia-os sofrer eram as situações sociais, o meio em que viviam, as implicações nas relações sociais. Desta forma, é possível inferir que o sofrimento psíquico pode estar presente no ambiente universitário acarretando dificuldades para o avanço da formação profissional.

Visando esse cuidado sob o olhar holístico, dentro das universidades, relacionado à saúde mental dos universitários, o que se encontra, vindo do governo federal brasileiro, é uma Portaria Normativa que institui o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Entretanto, esta portaria não compreende a saúde mental como uma área específica para a iniciativa da assistência estudantil; no parágrafo único do Artigo 2º, a Portaria denomina 9 áreas (I- moradia estudantil; II- alimentação; III- transporte; IV- assistência à saúde; V- inclusão digital; VI- cultura; VII- esporte; VIII- creche e IX- apoio pedagógico); no entanto, supõe-se haver espaço para a saúde mental na área IV – assistência à saúde (BRASIL, 2007). Ponderando que neste item caberia a saúde mental, por considerar a definição de

saúde da OMS (1978), sendo a saúde um completo bem-estar físico, emocional e social, não somente ausência de doença ou enfermidade.

Esta Portaria tem por objetivo, conforme consta no §1º do Parágrafo 3º: “viabilizar a igualdade de oportunidades, contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico e agir, preventivamente, nas situações de repetência e evasão”. Verifica-se que esta Portaria precisa ser atualizada especificando a assistência psicológica como uma das áreas indispensáveis a ser contempladas na mesma (BRASIL, 2007).

Dentro de uma instituição de nível superior, observa-se a dissociação da saúde e educação. Conforme apresentou Giglio (1976), os estudantes que sofrem, estão em mal estar emocional, já vieram com predisposições anteriores; no entanto, o ambiente é um facilitador de que esse mal estar se expanda e prejudique a saúde e a educação deste estudante. Enquanto que para Accorsi (2015), a realidade acadêmica causa sofrimento e ainda, conforme a interação entre professores e estudantes, haverá facilidades no aprendizado e no bem estar psicossocial ou não.

O uso e abuso de substâncias ilícitas é uma situação frequente nas universidades; as discussões e reações são várias sobre este tema. Dessas, a conclusão que traz é que na universidade a tolerância é maior para o uso e abuso dessas substâncias do que na sociedade em geral (ACCORSI, 2015).

Percebe-se, portanto, que existem pesquisas, em diversificadas universidades, com estudantes de cursos de graduação diferenciados; no entanto, as demandas, as formas de sofrimento psíquico são semelhantes. Para acolher essas demandas é necessário a realização de uma política pública que olhe para o estudante universitário e lhe dê o suporte para que em um futuro próximo, ele tenha condições de contribuir, a partir de seus conhecimentos teóricos, científicos e práticos, com sua comunidade e com a sociedade em geral.

4 | CONCLUSÃO

Os diversos trabalhos que se encontram sobre a saúde mental estão voltados às internações psiquiátricas e serviços que integram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), sendo que nenhum abrange o contexto universitário, como podem ser verificados em Costa et.al. (2015) e Gonçalves et.al. (2012) e nas seguintes Leis e Portarias: Lei Federal Nº 10.216/2001; a Lei Estadual Nº 11.189/PR de 1995 e a Portaria Normativa Nº 39/2007. Na busca pela área educacional, o que se verifica é um cuidado voltado à saúde física e bucal, como também à segurança (Patrulha Escolar) e formas de avaliação do desempenho (PARANÁ, 2019).

Desta forma, é possível afirmar que, uma parcela significativa da população, não está sendo atendida, e que a valorização do sofrimento só se dá quando está em níveis que são incômodos para a economia, pois o que é perceptível nestas leis,

resoluções, portarias e/ou declarações de organismos internacionais que envolvem a saúde mental, são as afirmações de uma mudança da organização dos serviços para a otimização dos custos financeiros das nações.

Giglio, em 1976, via que a universidade deveria prover ajuda e superação das dificuldades dos acadêmicos, porque o desenvolvimento da personalidade desses estudantes estava e continua prejudicado por fatores internos e externos. Pois para ele, “a formação do estudante não se deve voltar, primordialmente, para os aspectos intelectuais, mas deve visar a personalidade como um todo” (p. 1).

O papel que a universidade desempenha na vida desses estudantes é ímpar, fornece estímulos e oportunidades para o amadurecimento da personalidade e para o treinamento e o desenvolvimento de potencialidades (GIGLIO, 1976), confirmado pela pesquisa Andifes (2019) que mostrou o quanto a população universitária, nas instituições federais de ensino superior, é jovem; quase 50% desta população se encontra na faixa de idade entre 20 a 24 anos. Isso pode estar propiciando o descompasso entre o amadurecimento biológico e o social. Afinal, esses jovens são pressionados, precocemente, a escolherem uma profissão, quando poucos se descobriram ou que têm palpável a sua própria identidade.

Diante da realidade dos atendimentos realizados no GAPAC, é observável que com somente 4 atendimentos por acadêmico é possível promover melhorias na condição psíquica dos acadêmicos e promover, ajuda, auxílio concreto na vida desses universitários. Conseguem melhor visualizar as situações vivenciadas, refletir em suas ações, evitando situações de risco e vêm sentindo-se acolhidos e fortalecidos, emocionalmente, para o enfrentamento da sua vida, principalmente, no meio acadêmico.

Estudos mais aprofundados sobre as consequências deste projeto de extensão – GAPAC, voltado aos universitários são necessários, de forma a melhor compreender quem são esses sujeitos, o que pretendem com o ensino superior para suas vidas, de que locais eles vêm entre tantas outras questões pessoais e sociais importantes. A partir desse projeto existe a possibilidade de criação de novos meios para adaptar as formas de ensino e favorecer a aprendizagem desses estudantes, visto que com a saúde mental, o ensino deixa de ser maçante, dolorido, carregado de sofrimentos para ser algo prazeroso e construtivo.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, M; P. **Atenção Psicossocial no Ambiente Universitário: Um estudo sobre a realidade dos estudantes de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ANDIFES. **V Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação – Das Universidades Federais**. Brasília, 2019.

BIESEK, D; M. GAGLIOTTO, G; M. BAIFUS, I; A. SANTOS, J; C. LUZ, M; S. COMAR, S; R. As contribuições de um projeto de extensão voltados aos universitários – as experiências no GAPAC. *In: Seminário de Extensão da Unioeste (SEU), XIX, 2019, Toledo-Pr. Anais [...] .* Cascavel: Unioeste, 2019. P. 1459-1460.

BRASIL. Portaria Normativa Nº 39, de 12 de Dezembro de 2007. **Institui o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/portaria_pnaes.pdf. Acesso em: 22 de Julho de 2019.

CERCHIARI, E; A; N. **Saúde Mental e Qualidade de Vida em Estudantes Universitários**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

GIGLIO, J; S. **Bem estar emocional em estudantes universitários**. 1976. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1976.

GRANER, K; M. CERQUEIRA, A; T; A; R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, 2019, p. 1327-1346.

LIMA, E; D. **Imaginário Social sobre a Loucura**: Cultura e práticas de cuidado em saúde mental. Curitiba: Appris, 2016.

MARTINS, A; K; S. FEITOSA, M; Z; S. LIMA, A; F. BOMFIM, Z; A; C. Convocação das práticas “Psi” para a legitimação de (id)entidades estigmatizadas: armadilhas e possibilidades. *In: Lima, A; F. (org). (Re)Pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização: Histórias, intervenções e desafios ético-políticos*. Curitiba: Appris, 2018, p. 185-204.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Educação. **Programas e Projetos Estaduais**. Paraná, 2019. Disponível em: <http://www.educacao.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=164>. Acesso em: 16 set. 2019.

ATENÇÃO À OBESIDADE - DA PESQUISA À EXTENSÃO: A ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

Allan Cezar Faria Araújo

Médico cirurgião do aparelho digestivo, docente do curso de medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, coordenador do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Marcia Cristina Dalla Costa

Nutricionista, docente do curso de farmácia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Claudia Regina Felicetti Lordani

Nutricionista do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP-UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Ligiane de Lourdes da Silva

Farmacêutica, docente do curso de farmácia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Gustavo Kiyosen Nakayama

Fisioterapeuta, docente do curso de fisioterapia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, colaborador do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Jaquiline Barreto da Costa

Psicóloga do Hospital Universitário do Oeste do

Paraná - HUOP-UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Daniela Prochnow Gund

Assistente social do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP-UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Eliani Frizon

Nutricionista, docente do curso de nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Realeza – PR.

Carmen Lúcia Schmitz Braibante

Enfermeira do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP/UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

Josene Cristina Biesek

Nutricionista do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP-UNIOESTE, colaboradora do Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP/UNIOESTE, Cascavel – PR.

RESUMO: Nas últimas décadas, a prevalência de obesidade aumentou de forma considerável em todos os países do mundo, inclusive no Brasil. Dados da VIGITEL de 2019 revelaram uma frequência de adultos obesos de 19,8% e de excesso de peso de 55,7%. Assim, por ser considerada um problema de saúde

pública e, por sua multicausalidade, os cuidados interdisciplinares vêm apresentando maior eficácia. Neste sentido, descrever a experiência de um serviço ambulatorial interprofissional e interdisciplinar de obesidade e cirurgia bariátrica – e seus desdobramentos para a comunidade, que resultaram em atividades de extensão universitária de prevenção de obesidade e promoção de hábitos de vida saudáveis, pode subsidiar outros serviços a valorizar uma cultura participativa e inclusiva de apoio e incentivo ao combate deste agravo e suas complicações, vindo de encontro e fortalecendo as políticas públicas e a linha de cuidado do sobrepeso/obesidade.

PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; interdisciplinaridade; extensão universitária; promoção de saúde.

ABSTRACT: Over the last decades, the prevalence of obesity has increased considerably in all countries of the world, including Brazil. Vigitel data from 2019 revealed a frequency of obese adults of 19.8% and overweight 55.7%. Thus, because it is considered a public health problem and, due to its multi-causality, interdisciplinary care has been showing greater effectiveness. In this sense, describing the experience of a interprofessional and interdisciplinary outpatient service for obesity and bariatric surgery - and its consequences for the community, that have resulted in university extension activities for the prevention of obesity and the promotion of healthy lifestyle, may support other services to value Participatory and inclusive culture of support and encouragement to combat this problem and its complications, meeting and strengthening public policies and care lines for overweight / obesity.

KEYWORDS: Obesity; interdisciplinarity; university extension; health promotion

INTRODUÇÃO

O Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (SOCB/HUOP) iniciou suas atividades ambulatoriais em março de 2012 com o objetivo principal de prestar assistência integral ao indivíduo com obesidade grave por meio do cuidado clínico multiprofissional e interdisciplinar, com vistas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. O atendimento assistencial deste serviço é constituído pelas áreas de assistência social, cirurgia do aparelho digestivo, endocrinologia, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia. Por se tratar de um hospital escola, os atendimentos realizados pelos profissionais são acompanhados por acadêmicos de graduação e pós-graduação *lato sensu e stricto sensu* das áreas da saúde, pois há, também, uma preocupação constante em qualificá-los, enquanto futuros profissionais e, reconceituá-los para o cuidado em saúde dos indivíduos obesos em todos os níveis da atenção, vindo de encontro à Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (Política HumanizaSUS) (BRASIL, 2010), afinal, contemporaneamente, vive-se em um ambiente obesogênico

(CYPRESS, 2004), porém, submerso, em larga medida, em uma cultura obesofóbica (NIOLA, 2018), inclusive entre os profissionais de saúde (MANCINI, 2001).

Apartir deste serviço, a equipe criou o projeto de pesquisa intitulado: ‘Assistência interdisciplinar ao indivíduo com obesidade da região Oeste do Paraná no Hospital Universitário do Oeste do Paraná/HUOP’ o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob nº do parecer 1.180.202/2015. Por meio deste projeto vários estudos têm sido desenvolvidos, anualmente, por profissionais e acadêmicos de graduação e pós-graduação que apresentam seus resultados em eventos científicos nacionais e internacionais, contribuindo para a ampliação da compreensão e formas de tratamento desta enfermidade e, ampliando a divulgação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), enquanto centro promotor de ciência.

Com os conhecimentos e experiência acumulados neste período de trabalho no SOCB/HUOP por meio do contato direto com o indivíduo obeso, verificou-se a dificuldade do acesso integral à saúde no município de Cascavel e demais municípios que compõem a 10ª Regional de Saúde (RS). Desta forma, a equipe remodelou suas práticas profissionais, fundamentadas na construção coletiva de processos de cuidado à saúde, ou seja, trabalho interprofissional e ampliou as suas atividades para além da academia. O grupo entende que as ações e os serviços de saúde devem ser organizados para que funcionem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde dentro de programas isolados, avulsos e sem conexão com as necessidades epidemiológicas da população local e as condições sociodemográficas da região.

Compreende-se, que o trabalho interprofissional se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação entre os atores, em uma modalidade de trabalho coletivo, pois favorece a integração, as trocas de saberes e experiências pautadas pelo respeito à diversidade, o que possibilita a cooperação para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras e um diálogo permanente (SILVA et al., 2015).

Com esta visão, o grupo desenvolve desde 2017 o projeto de extensão intitulado ‘Assistência interdisciplinar na prevenção da obesidade e promoção da saúde da população’, com o objetivo de despertar nos órgãos competentes, nos profissionais da área da saúde e na população, a conscientização para o tema obesidade, suas causas e consequências, tendo em vista os agravantes desta doença para o indivíduo e para a sociedade em geral, por meio de reuniões e eventos técnicos para profissionais de saúde da atenção primária, bem como eventos voltados para a população de Cascavel e região Oeste-Sudoeste do estado do Paraná.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS

Ao longo deste período de trabalho no ambulatório de obesidade, a equipe técnica do SOCB/HUOP vem promovendo, simultaneamente, atividades de pesquisa, de extensão, reuniões e eventos no município de Cascavel, com o objetivo de despertar nos gestores a necessidade de implantação da Linha de Cuidado do Sobrepeso/Obesidade (BRASIL, 2014) e fortalecer a atenção primária à saúde nos municípios que compõem a 10ª RS e, sobretudo, em Cascavel.

Esta Linha de Cuidado visa fortalecer e qualificar a atenção à população, garantindo acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro.

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se às atividades de extensão universitária desenvolvidas pelo trabalho interprofissional em saúde do SOCB/HUOP que, inicialmente aconteceram internamente, mas que extrapolaram os muros da academia transformando-se em um importante projeto de extensão universitária, conforme as atividades descritas abaixo:

Serviço de Obesidade e Cirurgia Bariátrica do HUOP

Trata-se de um serviço ambulatorial interprofissional que exerce suas atividades por meio da modalidade de trabalho em grupo com encontros mensais, em agenda previamente estabelecida, em um espaço físico compatível para este atendimento. Participam semanalmente em torno de 50 pacientes, além dos profissionais de saúde, acadêmicos de graduação e pós-graduação das áreas da saúde, de instituições de ensino públicas e privadas.

Todas as atividades são baseadas em educação em saúde para mudança no estilo de vida, especialmente, relacionadas à reeducação alimentar, aspectos psicológicos e comportamentais, autocuidado apoiado, orientação farmacêutica e estímulo à atividade física.

O cronograma de atividades é estabelecido nas reuniões administrativas da equipe que ocorrem duas vezes ao mês. Neste momento, além do planejamento das atividades e estratégias de ação, faz-se a avaliação dos resultados obtidos em cada encontro do grupo e, também, individualmente. Uma das reuniões é destinada para a educação continuada dos profissionais e alunos participantes.

Neste modelo de cuidado desenvolvido, busca-se o envolvimento ativo dos participantes em todo o processo, seja pela reflexão, práticas de exercícios,

compartilhamento de experiências ou inquietações, bem como na motivação pela pactuação de metas coletivas e individuais mensais e, estratégias de possibilidade de superação das mesmas.

Para isto, foi necessário afastar-se das receitas e modelos prontos, de modo a aguçar o ‘olhar’ e, com isso, (re)inventar os próprios modos de promover saúde, em permanente elaboração. Neste contexto, a equipe interprofissional compartilha este ‘olhar’ para a obesidade, proporcionando a construção individual e coletiva de forma permanente, valorizando as experiências vivenciadas pelos sujeitos para promover a mudança e os saberes entre os indivíduos lidando com a variabilidade e a imprevisibilidade que permeia suas vidas. A cada reunião, criam-se estratégias e remodelam os saberes sofisticados e necessários ao cuidado da obesidade e comorbidades.

Em datas estratégicas, como início e fim de ano, as famílias dos pacientes são convidadas a participar do grupo. Este é o momento que fortalecemos a importância de hábitos alimentares e de vida saudáveis não apenas para o paciente como, também, para sua família e seu círculo social.

O trabalho em grupo com pacientes obesos graves, dentro de uma perspectiva interprofissional, com característica psicoeducativa, pode ser um recurso muito útil desde que se tenha clareza dos objetivos do grupo e criatividade nas técnicas de trabalho desenvolvidas. Portanto, o trabalho em grupo na obesidade é uma ferramenta importante para melhorar a adesão ao tratamento, dar sustentação a fragilidade do paciente e continência no enfrentamento das suas dificuldades, respeitando, sobretudo, sua individualidade e subjetividade.

Grupo de Atenção à Obesidade

O Grupo de Atenção à Obesidade (GAO) foi criado a partir de reuniões técnicas na 10ª RS promovido pelo SOCB/HUOP, UNIOESTE, Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS), Secretaria Municipal de Cultura e Esporte (SECESP), Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e Fundação Assis Gurgacz (FAG).

O GAO tem como objetivo garantir a funcionalidade da linha de cuidados para os indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade, com qualidade e acesso oportuno. Apresenta três eixos de ação: Monitoramento da linha de cuidado para os indivíduos portadores de sobrepeso e obesidade da rede de atenção das doenças crônicas: gestão da rede em termos de protocolos, fluxos de acesso, avaliação da assistência dos serviços e resolução de situações problemas; Educação permanente em saúde: necessidade primeira de capacitação, com a colaboração dos serviços especializados, às equipes da Atenção Primária em Saúde (APS), com vistas ao manejo do sobrepeso e obesidade nesse nível de atenção, seja clínico ou

ações multiprofissionais e intersetoriais; Sensibilização de gestores, profissionais e sociedade na prevenção, promoção de saúde e assistência ao portador de sobrepeso e obesidade, com a realização de eventos anuais.

O GAO, institucionalizado em 2018 na 10ª RS, com reuniões mensais, vem trabalhando para a criação da 'Rede de Atenção à Obesidade', com experiência importante para o Paraná, para a elaboração da 'Linha de Cuidado' por meio do 'Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Crônicas'. Atualmente o GAO está à frente da realização dos eventos técnicos para profissionais de saúde (Encontro da Atenção à Obesidade) e, de conscientização para a população em geral (Mais Saúde: todos juntos contra a obesidade), conforme segue:

Encontro da Atenção à Obesidade

É um evento técnico anual realizado desde 2016, voltado para profissionais da área da saúde da atenção primária que trabalham com o tema obesidade. Este evento foi criado a partir da solicitação dos municípios que abrangem a 10ª e 20ª RS, com o objetivo inicial de subsidiar suas ações nesta área, uma vez que o SOCB/HUOP é visto como um grande exemplo de inovação dentro de uma perspectiva interprofissional, com característica psicoeducativa.

Entendemos que o trabalho em grupo para o tratamento da obesidade é uma ferramenta importante para melhorar a adesão do paciente e dar sustentação a sua fragilidade e continência no enfrentamento das suas dificuldades, respeitando, sobretudo, sua individualidade e subjetividade. Com esta metodologia, observamos resultados positivos que incentivaram a divulgar esta experiência, a fim de auxiliar outros serviços, da mesma forma em que buscou-se, anteriormente, exemplos bem-sucedidos que instigaram a olhar a obesidade sob uma outra ótica. Esta experiência vem sendo compartilhada nos eventos anualmente.

Em 2016, participaram do 'I Encontro da Atenção à Obesidade: sensibilização para assistência da obesidade', em torno de 120 profissionais de saúde, no ano seguinte, esse número passou para mais de 200 participantes, em 2018, o 'III Encontro da Atenção à Obesidade: construindo caminhos', contou com mais de 300 participantes, e em 2019 o 'IV Encontro da Atenção à Obesidade: linha de cuidado' teve a participação de mais de 400 pessoas, entre profissionais de saúde, gestores, acadêmicos e residentes, de 22 municípios da região. E ainda, este ano contamos com a presença de representante do Ministério da Saúde, que ministrou palestra sobre o tema do evento: Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Iniciamos na edição de 2018, a inclusão de mini-cursos no período da tarde, no qual foram ofertados: Educação nutricional na obesidade: revisitando os conceitos; Aspectos psicológicos na obesidade e seus desafios; Atividade e Obesidade:

rompendo limites; e Tratamento clínico e cirúrgico da obesidade: novos conceitos. Em 2019, os temas dos mini-cursos foram: Do diagnóstico ao tratamento na linha de cuidado do sobrepeso e da obesidade; A obesidade e os transtornos alimentares; Pesquisas e experiências na atenção da obesidade; e Atividade física na prevenção e tratamento da obesidade. Para finalizar o evento este ano, incluímos uma roda de conversa sobre a ‘Construção Coletiva do Cuidado da Obesidade’ com avaliação do evento e após, foi servido um ‘fruta break’ com finalidade educativa. O evento foi amplamente divulgado nos serviços de saúde de Cascavel e toda a região que compreende a 10^a e 20^a RS, tendo ampla participação da região que serão, certamente, multiplicadores destas ações em seus municípios.

Nestes eventos procuramos, também, oportunizar que as equipes de saúde dos municípios compartilhem suas experiências exitosas na atenção à obesidade. Entre 2018 e 2019 foram compartilhadas 6 experiências. São propostas simples, porém, muito criativas e educativas para o cuidado em saúde da população, todas baseadas no atendimento multiprofissional e realidade local. Em 2019, ainda, profissionais do município de Pomerode, região Oeste de Santa Catarina, apresentaram uma ação proposta à prefeitura deste município que a transformou em política pública municipal: trata-se do decreto nº 3576, de 28 de novembro de 2018, o qual institui as diretrizes de promoção da alimentação adequada e saudável nos departamentos e nos eventos realizados pela administração pública municipal, a serem adotadas por todas as secretarias e autarquias municipais, ou seja, que eventos públicos e *coffee breaks* disponibilizados com recurso financeiro público, contemplem a aquisição de alimentos saudáveis, como por exemplo, frutas e lanches naturais/integrais.

MAIS SAÚDE: todos juntos contra a obesidade

Realizado anualmente desde 2016, é um evento promovido originalmente pelo SOCB/HUOP, voltado para a comunidade de Cascavel e região. Como o próprio nome menciona, trata-se de um conjunto de ações de prevenção à obesidade e incentivo a práticas alimentares saudáveis e de exercícios físicos, com participação ativa de diversas instituições e associações. Por sua abrangência, esta atividade é realizada no Complexo Ciro Nardi em Cascavel e conta com o auxílio da UNIOESTE, HUOP, 10^a RS, SECESP, SESAU, FAG e o Exército como apoiador.

Anualmente o evento ‘MAIS SAÚDE: todos juntos contra a obesidade’, trabalha o tema ‘Para todas as idades viverem com saúde’ tendo como objetivo despertar na população a conscientização para o tema obesidade, especialmente a sua prevenção, ainda na infância.

Dentre as causas da obesidade destacam-se erros alimentares e sedentarismo, o que motivou a realização de um evento de grande porte voltado para a comunidade, incentivando o autocuidado da saúde, a inclusão da atividade física na rotina diária da vida das pessoas e a promoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de

exposições lúdicas e atividades práticas com os participantes.

Desde 2018 este evento é realizado pelo GAO e conta com o apoio de várias instituições de ensino que oportunizam atividades de extensão para seus acadêmicos. Em 2018, participaram 150 alunos da UNIOESTE, FAG, Universidade Paranaense (UNIPAR), Centro Universitário Univel (UNIVEL), Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Unopar Universidade (UNOPAR) e demais colaboradoras, como o Centro de Reabilitação Física (CRF) e o Programa de Pós-graduação em Biociências da UNIOESTE, a Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR), Serviço Social da Indústria (SESI), Federação do Comércio de Bens e Serviços do Paraná (FECOMÉRCIO/PR), diversas associações como Associação Cascavelense dos Corredores de Rua (ACCORRER), Associação de Ciclismo de Cascavel (ACC), Núcleo das Academias, Associação de Nutrição do Oeste do Paraná (ANUOP) e o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSEA).

Foram disponibilizadas diversas barracas com atividades voltadas à prevenção e tratamento da obesidade, desenvolvidas pelos organizadores e parceiros, e ainda, atividades recreativas e de educação em saúde para todas as idades, como avaliação nutricional (crianças, adolescentes, adultos e idosos), ônibus da saúde, verificação da pressão arterial, teste rápido de glicemia e colesterol, escovação correta dos dentes, aleitamento materno na prevenção da obesidade, degustação de água saborizada com frutas, distribuição de mudas de árvores frutíferas, de temperos e de ora-pro-nóbis, de materiais sobre temas relacionados à obesidade, e ainda, foram distribuídos mais de 200 Kg de frutas para o lanche da tarde, bem como informação sobre ações desenvolvidas pelas secretarias municipais de esporte e saúde ao paciente obeso, pelos serviços prestados pelo HUOP e 10ª RS à este público.

Várias atividades física e de lazer foram desenvolvidas pelas academias de ginástica de Cascavel, associações de corrida e ciclismo, pedalada com saída no evento, bem como atividades recreativas desenvolvidas pelo Expresso Brincalhão da SECESP com cama elástica, xadrez gigante, oficina de peteca, brinquedos infláveis, entre outros.

Em 2018 o evento contou com a presença de mais de 3000 pessoas, sucesso que se repetiu em 2019, com a inclusão de outros parceiros como o Conselho Regional de Farmácia (CRF), Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECCAN), Unimed Cascavel e demais empresas deste município na área da saúde, que realizam atividades voltadas à prevenção e tratamento da obesidade.

Além das atividades já mencionadas realizadas no ano anterior, em 2019 a comunidade teve ainda a oportunidade de participar de aulas de yoga, gincana sobre alimentação e atividade física, 'Programa Vida Saudável na Melhor Idade', teste

de tipagem sanguínea, orientações sobre fotoproteção solar, descarte consciente de medicamentos, comer consciente, deterioração dos alimentos, malefícios do açúcar, discussão sobre obesofobia, terapia do abraço e orientações nutricionais na obesidade, hipertensão, diabetes e prevenção do câncer. Neste ano foi realizado um torneio de futsal entre as escolinhas da iniciação esportiva de Cascavel, além de diversas atividades recreativas para o público infantil. Para o lanche da tarde foram distribuídos mais de 250 Kg de frutas aos participantes. Buscamos com estas atividades, incentivar a prática de atividade física e de alimentação saudável, com vistas a promover saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O evento é amplamente divulgado pela mídia, especialmente pela RPC (apoiadora do Evento), com entrada ao vivo nos jornais do meio dia e da noite, convidando a população de Cascavel e região para comparecer e divulgando as atividades oferecidas no evento, ampliando assim os serviços à comunidade, o que demonstra a amplitude do evento e a adesão da sociedade em geral.

Evento Mais Saúde: todos juntos contra a obesidade no calendário oficial de eventos do município de Cascavel, PR

Como reflexo das ações desenvolvidas pelo GAO neste município, em 2019, o evento 'Mais Saúde: todos juntos contra a obesidade' foi incluído no calendário oficial de eventos do município de Cascavel, PR, conforme Lei Nº 7.012, de 09 de julho de 2019, de autoria de um legislador consciente sobre a importância de políticas públicas preventivas. O evento será realizado anualmente no mês de setembro, mês que antecede a comemoração do 'Dia Nacional de Prevenção da Obesidade' de acordo com a Lei nº 11.721, de junho de 2008.

Na abertura do evento foi realizada a entrega, pelas autoridades locais, do 'Certificado de inclusão do evento Mais Saúde: todos juntos contra a obesidade, no calendário oficial'. Este evento, juntamente com as demais atividades de extensão, foi selecionado e apresentado no Congresso Brasileiro de Nutrição e Alimentação no SUS, sendo um dos destaques em nível nacional de ações voltada ao combate da obesidade em nosso país, assim como no Seminário de Extensão da UNIOESTE em Toledo, PR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta experiência de construção coletiva de uma rede de atenção à obesidade, iniciando internamente no SOCB/HUOP e ampliando-se para além da academia, abrangendo gestores e demais atores do processo até chegar na população em geral, é possível observar que, com iniciativa, apoio do poder público e social, é possível a formação e o estreitamento de uma rede de relações e ajuda

mútua.

Apesar da gravidade e aumento crescente da prevalência da obesidade na população em geral, a UNIOESTE/HUOP, por meio de suas atividades, vem contribuindo para mudar o olhar sobre este agravo e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Além disso, os eventos realizados contam, a cada ano, com crescente participação da população, dos profissionais das diversas áreas da saúde, da mídia, de gestores e de serviços públicos e privados envolvidos com o tema obesidade, mostrando a necessidade da organização de uma rede de atenção à obesidade local, regional, estadual e nacional, assim como a implantação de linhas de cuidado para a obesidade no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização: formação e intervenção. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 242 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL. Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Manual Instrutivo. Brasília-DF: 2014.

CYPRESS M. Lookingupstream. **Diabetes Spectrum**. American Diabets Association, 2004; 17:249-253.

NIOLA M. Humiliated and obese. **Arc. Antrop. Medit**. 2018; 1(20): 1-11.

MANCINI, M. C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 584-608, Dec. 2001.

SILVA, J. A. M., PEDUZZI, M., ORCHARD, C., LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo. v.49, n.2, p. 16-24., Set 2015.

CONDUTAS UTILIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DIANTE DE PACIENTES SEM POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Data de aceite: 21/12/2019

Data de Submissão: 07/11/2019

Leonardo Londero Orsolin

Universidade Franciscana (UFN).

<http://lattes.cnpq.br/0890919699551876>.

Liciane Palma Friederich

Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA).

<http://lattes.cnpq.br/5341436699438067>

RESUMO: Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam alguma doença que não responda mais ao tratamento, pela prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Objetivou-se conhecer as condutas utilizadas pela equipe multiprofissional diante de pacientes sem possibilidades terapêuticas, na literatura nacional. Estudo bibliográfico qualitativo foi utilizado à base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Encontrados 2052 estudos, aplicados os critérios de inclusão e exclusão restaram 11 artigos para compor o estudo, o método utilizado

para análise dos dados foi análise de conteúdo. Evidenciaram o Cuidado Paliativo, como uma proposta de assistência humanizada e menos mecanizada. Tendo em vista estratégias para o controle de sintomas físicos, mas que também valorize e contribua para melhor assistência aos pacientes e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Paliativo. Enfermagem. Doença. Estratégias. Morte.

ABSTRACT: Palliative Care is an approach that aims to improve the quality of life of patients and their families who face some disease that no longer responds to treatment, by preventing and relieving suffering, through early identification and treatment of pain and other physical, psychosocial and spiritual problems. The objective of this was to know the conducts used by the multidisciplinary team in front of patients without therapeutic possibilities in the national literature. A qualitative bibliographic study was used in the database Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences. Found 2052 studies, applied the inclusion and exclusion criteria left 11 articles to compose the study, the method used to analyze the data was content analysis. They evidenced Palliative Care, as a proposal for humanized and less mechanized assistance. In view of strategies

for the control of physical symptoms, but also values and contributes to better care for patients and family members.

KWYWORDS: Palliative Care. Nursing. Disease. Strategies. Death.

1 | INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam alguma doença que não responda mais ao tratamento curativo, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais (PINELI et al., 2016).

Esse modelo está inserido em um campo conflituoso de condutas, que inclui também a terapêutica, a eutanásia e o suicídio assistido, sendo todas estas modalidades repercutidas de algum modo na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, com implicações éticas (FLORIANI; SCHRAMM, 2008).

A prática dos cuidados paliativos preconiza a atuação de equipe multiprofissional e a participação do enfermeiro nesse processo é essencial. Nesse sentido, é preciso pensar na atuação da equipe de enfermagem sob a ótica da interdisciplinaridade de modo que pelos princípios bioéticos, o enfermeiro possa assistir o paciente, tendo como condutor o cuidado, a prevenção da dignidade e alívio do sofrimento (SILVA et al., 2016).

No Brasil a prática deste modelo de cuidado é emergente desde o final da década de 1990, se faz necessário, pensar a assistência e o cuidado a partir da construção de novos significados para esses termos, mais abrangente e integral, que permita superar o predomínio da prática mecanizada e resgatar o valor da assistência humanizada (GOMES; OTHERO, 2016; PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014). Considerando que atualmente 66% das pessoas vão morrer por patologias oncológicas e degenerativas passando por longos períodos de sofrimento passíveis de alívio, ressalta-se a premente necessidade de condutas utilizando-se deste modelo de cuidado (PINELI et al., 2016). Assim, quais as condutas utilizadas pela equipe multiprofissional diante de pacientes sem possibilidades terapêuticas?

Conhecer as condutas utilizadas pela equipe multiprofissional diante de pacientes sem possibilidades terapêuticas identificadas na literatura nacional, considerando que a expectativa de vida está aumentando no Brasil e com ela patologias acometem mais a população, nos deparamos com pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura. Precisamos assim, de profissionais capacitados em oferecer uma assistência que promovam dignidade e humanidade ao enfermo que se encontra em fase final ou terminal da doença (IBGE, 2010).

Atualmente conceitos de não submeter o paciente em fase terminal, a

medidas invasivas e ineficazes, utilizando o cuidado paliativo, tem sido um marco para o manejo de uma medicina moderna. A equipe multiprofissional, ao prestar assistência a esses pacientes, sem expectativa de melhora, precisa estar apropriada desse conhecimento, tentando aliviar o sofrimento do paciente e prepara o familiar para a perda de maneira menos dolorosa.

Portanto, a fim de garantir o atendimento desta globalidade e integralidade, o exercício do Cuidado Paliativo é por essência multiprofissional, na qual os profissionais de enfermagem sejam qualificados para intervir nestes sintomas clínicos mais frequentes na doença terminal, para atuar pronta e eficazmente utilizando adequadamente protocolos disponíveis para controle dos sintomas e proporcionando melhora da qualidade de vida.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica que consiste na busca de uma problematização de um projeto de pesquisa a partir de referências publicadas, analisando e discutindo as contribuições culturais e científicas. Com abordagem qualitativa a qual trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2013).

Foi realizada a busca dos dados a partir da Biblioteca Virtual em Saúde, na Base de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A estratégia de busca empregada foi “busca avançada” com título, resumo e assunto utilizando os termos: “cuidados paliativos” and “equipe multiprofissional”. Os dados foram coletados durante o mês de agosto de 2017.

Foram incluídos artigos completos, gratuitos, em português, publicados nos anos de 2005 a 2017, e que abordaram a temática: condutas da equipe multiprofissional aos pacientes sem possibilidades terapêuticas. Foram excluídos: artigos incompletos, produções duplicadas, manuais, dissertações e teses.

Foi estabelecido como marco temporal a partir do ano de 2005, pois foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), com a ANCP, avançou a regularização profissional do paliativista brasileiro, estabeleceram-se critérios de qualidade para os serviços de Cuidados Paliativos, realizaram-se definições precisas de Cuidados Paliativos e levou-se a discussão para o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina - CFM e Associação Médica Brasileira – AMB.

Foram encontrados 2052 estudos, após filtrar com a base de dados LILACS

restaram 40 estudos, com o filtro idioma português restaram 32, com filtro artigo na integra 31 e com recorte temporal 30, na sequencia foi realizada a leitura dos resumos dos artigos para adequação da temática pesquisada, “condutas da equipe multiprofissional aos pacientes sem possibilidades terapêuticas” sobrando assim 11 artigos para compor o corpus do estudo.

A pesquisa foi realizada em base de dados online por esse motivo não foi preciso submeter ao comitê de ética em pesquisa.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Cuidado paliativo

O Cuidado Paliativo (CP) surgiu como prática distinta na área da saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a médica Cicely Saunders. Em 1967 ela inicia o Movimento Hospice Moderno, com a fundação do Saint Christopher’s Hospice, o qual significou um olhar diferenciado sobre o paciente com doença avançada, sem perspectiva curativa, visando um controle impecável dos sintomas, em especial da dor (GOMES; OTHERO, 2016); (PINELI et al., 2016).

Na década de 1970, esse movimento foi trazido para a América através de Elisabeth Kubler-Ross, psiquiátrica suíça. Em 1990, a OMS definiu pela primeira vez para 90 países, incluindo o Brasil, e em 15 idiomas o conceito e os princípios de cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os (GOMES; OTHERO, 2016).

O Rio Grande do Sul foi o primeiro Estado a contar com o serviço de Cuidados Paliativos, mas somente em 1997, com a fundação da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP), tomou-se a iniciativa de introduzir e promover os CP mediante a formação de profissionais de saúde. No ano seguinte, o Ministério da Saúde inaugurou no Instituto Nacional do Câncer (INCA) sua primeira Unidade Hospitalar de Cuidados Paliativos, cuja filosofia se expandiu posteriormente para outras instituições e estados (PAIVA; ALMEIDA JUNIOR; DAMASIO, 2014).

3.2 Paciente sem possibilidades terapêuticas ou em fase terminal

Atualmente, estima-se que 66% das pessoas vão morrer de alguma patologia oncológica e crônico-degenerativas, passando por longos períodos de sofrimentos passíveis de alívio. Portanto, não há como negar a premente necessidade deste cuidado. Levando-se em conta apenas a fase final da vida, estima-se que hoje 20 milhões de pessoas no mundo necessitam de cuidados paliativos (PINELI et al., 2016). Cresce a tendência de privilegiar o morrer com dignidade, em vez de

prolongar inutilmente a vida e o sofrimento de ambos, paciente e família, com tratamentos fúteis (MAZUTTI; NASCIMENTO; FUMIS, 2016).

Portanto, para atuar em unidade de cuidados paliativos ou com o paciente sem possibilidade terapêutica é fundamental que os profissionais de saúde tenham o olhar voltado para o indivíduo e a família, visando, primordialmente, o bem-estar, a qualidade de vida e a convivência com os seus entes queridos no tempo que lhe resta (SOUZA; SOUZA; SOUZA, 2005).

3.3 Equipe multiprofissional

O Cuidado paliativo é um trabalho necessariamente de equipe, que contempla médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, nutricionistas e demais profissionais da saúde (GOMES; OTHERO, 2016).

Para que essa necessidade seja atendida, e o cuidado seja integral, é primordial que a equipe de saúde resgate a relação interpessoal empática, sendo fundamental ouvir e tornar se sensível às necessidades dos pacientes (CARDOSO et al., 2013).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 11 artigos analisados na íntegra, verificou-se, em relação ao período que apresentou maior número de títulos publicados, foram os anos de 2013 e 2015, em que houve 4 e 3 trabalhos respectivamente. Quanto ao tipo de estudo, observou-se que todas as pesquisas são de natureza qualitativa (11), e na sua maioria tiveram o hospital como cenário para coleta de dados (10), e apenas um (1) na atenção primária.

A leitura dos estudos permitiu identificar que, os Cuidados Paliativos hoje tem o reconhecimento mundial como método que se aproxima do ideal, através de conceitos e procedimentos na qual o ser humano é considerado, um ser social repleto de valores, crenças e necessidades.

Cuidados paliativos pode ser definido como uma filosofia de cuidado e também um sistema amplamente estruturado e organizado de prestação de cuidado, pois expande os modelos médicos de tratamento tradicional das doenças, para incluir as metas de melhoria de qualidade de vida do paciente e da família (REKSUA; PAGANINI, 2015, p. 530).

Assim, o cuidado paliativo é um modelo ideal de procedimento ou atuação frente ao indivíduo sem possibilidades terapêuticas, que pode ou deve ser utilizado pela equipe multiprofissional (SILVA et al., 2016; LUSTOSA et al., 2015; (SILVA et al., 2012; REKSUA; PAGANINI, 2015). Neste modo de atuação, o sentido não é em salvar a vida biológica e sim salvar uma existência inteira em todas suas

dimensões, buscando sua plenitude como ser humano, mesmo que no final da vida. Os cuidados devem basear-se nos valores, objetivos e necessidades do paciente e de sua família.

Gomes et al. (2014, p. 283) dizem que “em uma expectativa humanizada advinda da filosofia paliativista, o modelo curativo não precede linearmente ao paliativo, mas que ambos atuam concomitantemente”. Nos cuidados paliativos as ações precisam ter um fim humanista, pois se almeja a melhorar a qualidade de vida, são centradas no paciente e suas famílias, geram a dignidade humana através da prevenção e alívio do sofrimento, não se reduzem ao biológico, estendendo-se aos problemas psicossociais e espirituais.

Em relação ao cuidado humanizado, Nascimento et al. (2013) mencionam papel essencial nos cuidados a serem realizados como, por exemplo, na aceitação do diagnóstico, auxílio no convívio com a doença. O profissional precisa desenvolver a assistência integral estabelecendo escuta atenta e a comunicação efetiva, objetivando diminuir a ansiedade e o medo da família e do paciente frente à evolução da sua enfermidade. A comunicação tem um papel de destaque na relação estabelecida entre a equipe, o paciente e família, procurando estabelecer uma relação de confiança, franca e honesta onde paciente e família possam revelar seus medos, inseguranças, valores e significados.

Já os autores Cardoso et al. (2013) Fernandes et al. (2013), citam a importância frente ao cuidado humanizado, a autonomia do paciente e a confiança de familiares e pacientes, perante a equipe multiprofissional. Os profissionais de saúde podem propiciar uma maior participação do paciente nas decisões, instrumentalizando-o para que ele se coloque como sujeito e exerça sua autonomia. Fundamentado no princípio bioético da autonomia do paciente, ele toma suas próprias decisões, o sujeito da ação é sempre o paciente, respeitado na sua autonomia.

Oliveira e Silva (2010) em seu estudo mostra um contra ponto, quando dizem que profissionais de saúde que atuam em hospitais gerais, pode não se mostrar homogênea frente ao exercício de autonomia do doente sem possibilidades de cura; por outro lado, as de cuidados paliativos, tem conseguido lidar com a autonomia desses indivíduos de forma natural e em sintonia com a proposta da filosofia de cuidados paliativos.

Segundo Souza et al. (2015) pesquisa realizada com profissionais de saúde que trabalham nos cuidados paliativos, mostrou a importância por eles atribuída à comunicação interpessoal na fase de terminalidade da vida, entretanto o mesmo estudo revelou que esses profissionais têm escasso conhecimento das técnicas e estratégias por comprometer o atendimento individualizado das necessidades de cada paciente e de sua família.

5 | CONCLUSÃO

Com análise nos artigos selecionados foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos no atendimento aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas, onde o processo de cuidar é prioritário ao processo de tratar.

É necessário pensar na assistência prestada pela equipe multiprofissional, em especial o enfermeiro, e tanto quanto relevante também, a importância da realização de capacitação e educação continuada a esses profissionais, pois precisam estar preparados para que possam contribuir nesse modelo de assistência.

Diante do cenário encontrado, onde o cuidado paliativo é mencionado como uma conduta utilizada pelas equipes multiprofissionais, e, também como um modelo ideal e de abordagem humanista, percebo a importância do desenvolvimento deste trabalho, o qual traz o cuidado paliativo como questão. Observando-se então, a necessidade de formação adequada de profissionais da saúde e criação de serviços de cuidados paliativos, pois no Brasil ainda é incipiente e assim possui pouca estrutura física e humana que atenda a demanda a estes cuidados, ainda existindo verdadeiras lacunas neste modelo de assistência.

Portanto o objetivo deste estudo foi conhecer as condutas utilizadas pela equipe de multiprofissionais em especial o enfermeiro, em pacientes sem possibilidade terapêutica, onde fica claro que a demanda é cada vez maior e que a atuação qualificada do profissional, se torna de suma importância, assim podendo auxiliar da melhor forma possível, o paciente e os familiares no processo de terminalidade, baseando-se nos valores e crença do paciente e da família.

REFERÊNCIAS

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. Cuidado paliativo na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto contexto - enferm.** (online), v. 22, n. 4, pp.1134-1141, 2013.

FERNANDES, M. A.; EVANGELISTA, C. B.; PLATEL, I. C. S.; AGRA, G.; LOPES, M. S; RODRIGUES, F. A. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva** (online), v.18, n.9, pp.2589-2596, 2013.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, pp. 2213-2132, jan./dec. 2008.

GOMES, A. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, pp. 155-166, 2016. São Paulo.

GOMES, H. A. et al. Limitações de esforço terapêutico na pessoa com lesão encefálica grave. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 22, n. 2, pp. 282-90, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **A evolução da esperança de vida no Brasil na última década do século XX**: os ganhos e os diferenciais por sexo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidadeshtm>.

Acesso em: 28 mai.2017.

LUSTOSA, A. M. et al. Cuidados paliativos: discurso de médicos residentes. **Rev Med Minas Gerais**, v. 25, n. 3, pp. 369-374, 2015.

MAZUTTI, S. R. G.; NASCIMENTO, A. F.; FUMIS, R. R. L. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. **Rev. bras. ter. intensiva** (online), v. 28, n. 3, pp.294-300, 2016.

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

NASCIMENTO, D. M.; RODRIGUES, T. G.; SOARES, M. R.; ROSA, M. L. S.; VIEGAS, S. M. F.; SLAGADO, P. O. Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva** (online), v.18, n.9, pp.2721-2728, 2013.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta paul. enferm.** (online), 2010, v. 23, n. 2, pp.212-217, 2010.

PAIVA, F. C. L.; ALMEIDA JUNIOR, J. J.; DAMASIO, A. C. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Rev. Bioét.** [online], v. 22, n. 3, pp.550-560, 2014.

PINELI, P. P.; KRASILCIS, S.; SUZUKI, F. A.; MACIEL, M. G. S. Cuidado paliativo e diretrizes curriculares: inclusão necessária. **Rev. bras. educ. med.** (online), v. 40, n. 4, pp.540-546, 2016.

REKSUA, V. M.; PAGANINI, M. C. Diretrizes para cuidados paliativos prestados a pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoéticas. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, pp. 526-532, jul./set. 2015.

SILVA, C. P.; SANTOS, A. T. C.; SILVA, R. P.; ANDRADE, J. C.; ALMEIDA, L. M. Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 3, pp. 225-235, 2016.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. **Texto contexto - enferm.** (online), v. 21, n.3, pp.658-666, 2012.

SOUZA, H. L.; ZABOLI, E. L. C. P.; PAZ, C. R. P.; SCHVEIYZER, M. C.; HOJL, K. G.; PESSALACIA, J. D. R. Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.** (online), v. 23, n. 2, pp.349-359, 2015

SOUZA, L. B.; SOUZA, L. E. E. M.; SOUZA, Â. M. A. A ética no cuidado durante o processo de morrer: relato de experiência. **Rev. bras. enferm.** (online), v.58, n. 6, pp.731-734, 2005.

DIFERENTES FORMAS DE ABORDAGEM EDUCATIVA EM AÇÃO VOLTADA PARA CRIANÇAS AUTISTAS

Data de aceite: 21/12/2019

Bárbara dos Santos Limeira

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Rafaela Cristine Lima de Souza

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Ida Caroline Dourado Portela

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Viviane Ferreira da Silva

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Renayra Barros Pereira

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Arissane de Sousa Falcão

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

Patrício Francisco da Silva

Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências Saúde Sociais e Tecnologia. Imperatriz – MA.

RESUMO: O autismo e condições relacionadas é também conhecido como Transtornos do Espectro Autista – TEAs, são transtornos que têm como principal característica o déficit na interação social, podendo apresentar outras manifestações clínicas como no desenvolvimento motor e na linguagem. É dividido em três graus, sendo leve, médio e grave. Portanto, objetiva-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicas do curso de enfermagem durante aula prática da disciplina de saúde mental, em um CAPS. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. Esta análise foi desenvolvida no mês de outubro de 2018, em um Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil – CAPSIJ. A atividade lúdica-educativa foi realizada durante uma manhã, em comemoração ao dia das crianças, em que o grupo de alunas uniu-se à equipe da instituição e familiares proporcionando brincadeiras, danças e pinturas no corpo. Durante as atividades destacou-se as diferentes reações que as crianças com autismo tiveram, situações em que a equipe se organizou para beneficiar todos o que lá estavam presentes. Diante da experiência apresentada é evidente a necessidade e importância da adequação das atividades lúdicas para o fim de diversão,

ensino e do estímulo do desenvolvimento das crianças autistas.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Autístico. Jogos e Brinquedos. Relações Interpessoais.

ABSTRACT: Autism and related conditions, also known as Autistic Spectrum Disorders -ASDs, are disorders that have as their main characteristic the deficit in social interaction, and may present other clinical manifestations such as motor development and language. It is divided into three degrees, being mild, medium and severe. Therefore, the objective is to report the experience of nursing students during a practical class of mental health discipline, in a CAPS. This is an exploratory-descriptive study, of the experience report type, with a qualitative approach. This analysis was developed in October 2018, in a Child Psychosocial Care Center - CAPS IJ. The playful-educational activity was held one morning, in celebration of the children's day, in which the group of students joined the staff of the institution and family members providing games, dances and body paintings. During the activities it was highlighted the different reactions that children with autism had, situations in which the team was organized to benefit everyone who was there. Given the experience presented, it is evident the need and importance of the adequacy of recreational activities for the purpose of fun, teaching and stimulating the development of autistic children.

KEYWORDS: Autistic Disorder. Games and Toys. Interpersonal Relations.

1 | INTRODUÇÃO

O autismo e condições relacionadas é também conhecido como Transtornos do Espectro Autista – TEAs, como afirma Volkmar e Wiesner (2018) são transtornos que têm como principal característica o déficit na interação social, mas também podem apresentar outras manifestações clínicas como no desenvolvimento motor e na linguagem.

Segundo Brasil (2013) nos primórdios da psiquiatria, o diagnóstico de “idiotia” foi antecessora das psicoses infantis, entre elas o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Este transtorno foi apresentado e nomeado na década de 40 por dois médicos, chamado de Kanner que o denominava de “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”, e Asperger de “Psicopatia Autística” (TAMANHA; PERISSONOTO; CHIARI, 2008).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é dividido em três graus: leve, médio e grave. Desse modo, no grau leve ou até mesmo no grau moderado, os autistas possuem um comprometimento no comportamento, ou seja, apresentam apenas alguns sintomas, podendo manifestar algumas restrições na interação social e ter algumas dificuldades para se relacionar com outras crianças, porém as outras áreas do desenvolvimento seguem normais (MACHADO; LUTEREK, 2016).

Quando há uma ausência do contato com o ambiente ao seu redor, ou um isolamento, vivendo em um mundo fechado só deles, não sentindo interesse em

estímulos externos e não possuindo nenhuma interação social, as crianças autistas que apresentam essas características, encontram-se no grau severo. Desse modo, em alguns casos, a linguagem dos autistas é praticamente ausente, não conseguem manifestar afeto nem mesmo para com seus familiares, além de muitas vezes apresentarem episódios agressivos (MACHADO; LUTEREK, 2016).

De acordo com Brasil (2013), o “isolamento autístico extremo” levava as crianças a negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, em que este comportamento está presente desde os primeiros meses de vida. Assim, as mães percebiam que seus filhos não tinham atitudes corporais antecipatórias, como não apresentarem mudanças na sua expressão facial ou posição corporal quando os seus pais se aproximavam ou falavam com ela, e os problemas na fala eram os primeiros sinais de que algo estava errado.

A primeira Associação de Amigos de Autistas, AMA-SP, no Brasil surgiu em 1983, tendo como principal conselheiro o Dr. Raymond Rosemberg. Visto que, as crianças com TEA passaram parte do século XXI sendo assistenciadas pela rede filantrópica educacional, em dispositivos da assistência social ou em serviços oferecidos pelas próprias associações de familiares (BRASIL, 2013).

Segundo Monteiro e Ribeiro (2018), para trabalhar de forma eficaz com as crianças autistas é fundamental uma mudança de atitude e formação de novos valores humanos, tornando-se significativo o trabalho multiprofissional como uma atividade para o desenvolvimento social, intelectual e afetivo desses indivíduos. Com isso, percebe-se que o modelo educacional atual para a inclusão de alunos com necessidades especiais na escola é um processo de autonomia e independência dessa população.

O Lúdico faz parte da infância da criança, em que o brincar e o jogar são ações naturais desta fase da vida, como afirma Machado e Luterek (2016), mas, além disso, a atividade lúdica é extremamente importante para o processo de ensino-aprendizagem, tanto para as crianças que possuem autismo, quanto para as que não possuem, trazendo diversos benefícios tanto na esfera cognitiva quanto na social, biológica, motora e afetiva. O lúdico apresenta um papel importante no processo de ensino-aprendizagem da criança, pois além de proporcionar diversão, é capaz de minimizar as dificuldades enfrentadas pela criança Autista, ou seja, quanto mais estímulos forem dados a esta criança, mais ela irá se desenvolver.

Dessa forma, a promoção do processo de socialização, em que inserem-se as capacidades de resolução de conflitos e tomada de decisão, o desenvolvimento de competências como a espontaneidade, atenção e criatividade e a estruturação da linguagem e do pensamento, são funções proporcionadas através das atividades lúdicas. Além de que o desenvolvimento social, cognitivo, motor, afetivo e principalmente a linguagem, são promovidos pelo ato de brincar, pois quando a

criança brinca, ela se comunica com seus parceiros (FERREIRA, 2018).

Frente a isso, é indubitável que o brincar é uma atividade que apresenta uma ação peculiar, não somente designado por uma aptidão ao brincar sozinha, mas também por sua singularidade, que pode fundamentar seu desenvolvimento psíquico como também ampliar seu conhecimento de agir sobre o mundo (CHICON et al., 2019).

Consonante com o que Chicon et al (2019) encontrou em sua pesquisa, a criança com autismo pode interagir, compartilhar interesses, brincar e aprender com os pares por meio da intervenção de tutores. Ficou evidente a pertinência da ação mediadora do professor para realização de atividades educativas com o fim de estimular desenvolvimento dos mesmos. Diante disso, em uma interpretação comparativa ao achado de Chicon et al (2019) é evidente o grande desafio colocado aos profissionais de enfermagem de forma a encontrar práticas lúdicas mais propícias à realização de atividades educativas com crianças portadoras desse transtorno.

O enfermeiro tem como principal conduta diante do autismo o “cuidar”, sendo ele por muitas vezes o primeiro e principal acesso à saúde, por meio das atividades diárias e neste contexto a primeira consulta de enfermagem a criança onde é avaliado seu desenvolvimento e crescimento, sendo necessário o conhecimento de sinais e sintomas do autismo para garantir uma boa intervenção e andamento no tratamento. Portanto, o enfermeiro torna-se um meio intermediário entre a família e a equipe multiprofissional criando assim um elo na assistência, não limitado a prestação de cuidados aos procedimentos de enfermagem e sim de uma forma holística utilizando de ferramentas para garantir uma qualidade no processo de cuidar (MELO et al., 2017).

No Brasil o Centro de Apoio Psicossocial - CAPS é o principal serviço de referência para a pessoa com transtorno do espectro autismo nas diversas fases da vida, sendo este um dos primeiros serviços adotado após a criação da Política Nacional de Saúde Mental no ano de 1990. O CAPS é formado por uma equipe multiprofissional composta desde enfermeiros, fonoaudiólogos, pedagogos, psiquiatras, entre outros. Aonde é realizadas ações com o usuário e sua família voltadas tanto para o acolhimento inicial como para atenção integral, realizando projetos e ações voltadas para a necessidade do usuário (BRASIL, 2015). Diante disso, cabe ao profissional de enfermagem conhecer o funcionamento da saúde mental estruturada pelo serviço público de saúde do Brasil, para assim saber direcionar, encaminhar e atender corretamente pacientes e familiares.

Destarte, este estudo tem intuito de demonstrar a importância das atividades lúdico-educativas com diferentes abordagens conforme o grau do autismo de cada paciente, com o objetivo de relatar experiência vivenciada por acadêmicas do curso de enfermagem durante aula prática da disciplina de saúde mental, em um CAPS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa. Conforme define Lakatos e Marconi (2003), os estudos exploratório-descritivos combinados são estudos que objetivam descrever determinado acontecimento que pode ser feito tanto por meio de análises empíricas bem como teóricas. Assim, pode ser realizada descrição qualitativa da observação participante dos pesquisadores.

Esta análise foi desenvolvida por discentes de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Respeitaram-se os aspectos éticos da Resolução de nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. A atividade foi realizada no mês de outubro de 2018, em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSIJ, localizado em uma cidade do interior do Maranhão, ação desenvolvida com usuários do serviço de saúde, em que contou com público-alvo de cerca de 40 crianças participantes da instituição.

3 | RELATO DA EXPERIÊNCIA E IMPACTOS

A atividade lúdica-educativa foi realizada durante uma manhã, em comemoração ao dia das crianças, em que o grupo de alunas uniu-se à equipe da instituição e familiares proporcionando brincadeiras, danças e pinturas no corpo. Durante as atividades destacou-se as diferentes reações que as crianças com autismo tiveram, situações em que a equipe se organizou para beneficiar todos o que lá estavam presentes.

Diante disso, Chicon et al (2019) afirma que devido à dificuldade de interação social, na linguagem e nas alterações de comportamento, o autismo tem-se assimilado a uma síndrome comportamental, sendo assim um grande desafio aos profissionais encontrar atividades educativas mais propícias às crianças com autismo.

Conforme o grau de desenvolvimento que cada criança apresentava, fez-se necessária uma adaptação da mesma e dos profissionais para a inclusão desse indivíduo nas brincadeiras propostas pelo grupo, com o intuito de alcançá-las positivamente e de abranger o objetivo desejado. A dualidade de comportamento era presente, uma vez que, enquanto algumas crianças gostavam mais do silêncio, outras se sentiam atraídas pelas músicas. Havia aquelas que se divertiam nas brincadeiras em grupo e aquelas que se divertiam nas brincadeiras que continham somente a mesma com uma estudante.

Enfatiza Chicon et al (2019), que são grandes os desafios enfrentados para a compreensão do sentir, pensar e desejos desses indivíduos frente a uma prática

educativa, assim como, técnicas que incluam e ajudem na interação com outras pessoas, adaptando-os de acordo com suas necessidades.

Diante a situação vigente, todas as ações cabíveis foram tomadas, em que todos poderão participar e desenvolver a harmonia durante a execução da ação. Para o bom desenvolvimento das brincadeiras tornou-se viável a participação dos acompanhantes das crianças nas atividades desenvolvidas, e estes mostraram-se dispostos para colaborar com o momento festivo. Logo, foi evidente que cada criança apresenta sua singularidade e que com o uso de base científica, dedicação e esforço é possível alcançar o objetivo de divertir a criança com autismo e também contribuir para o seu desenvolvimento.

A brincadeira é apontada por Oliveira e Padilha (2016), como uma prática incentivadora do desenvolvimento infantil, destacando que quando a criança é colocada diretamente com objetos seu progresso psíquico é ampliando, conseqüentemente desenvolvendo seu aprendizado e relação com outros indivíduos.

Frente a isso, foi perceptível que os profissionais da saúde têm grande significância neste processo de doação do cuidado por meio da realização de atividades lúdicas que contribua para a estimulação do desenvolvimento das crianças com autismo. Uma vez que estes profissionais estão capacitados com conhecimento sobre os aspectos característicos do autismo, desta forma, devem agir em conformidade as necessidades imposta individualmente por cada paciente.

A relevância profissional é destacada por Ferreira (2018), a qual relata que os mesmos são essenciais para fornecer conhecimentos técnicos para os educadores, estes dispostos a exercer o cuidado as crianças com autismo, auxiliando para uma melhor performance no desenvolvimento destes indivíduos com a interação social.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, é evidente a substancialidade da atuação da enfermagem no acompanhamento das crianças com autismo. Tendo como base a experiência relatada anteriormente nota-se que as acadêmicas procuraram adequar-se à realidade de cada criança, a equidade foi exercida de forma que a ação alcançasse a todos por igual.

Ainda nessa linha de pensamento é atribuído ao profissional de enfermagem a responsabilidade de capacitar os envolvidos no cuidado dessas crianças, pois estes estão presentes em cada fase de crescimento e dispostos de uma bagagem de conhecimento e intimidade maior com as crianças, portanto, também podem tornar viável o processo de desenvolvimento destas crianças. Logo, diante da experiência apresentada é evidente a necessidade e importância da adequação das atividades lúdicas para o fim de diversão, ensino e do estímulo do desenvolvimento das

crianças autistas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no sistema único de saúde.** Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmnKeD>>. Acesso em: 21 maio 2018.

CHICON, J. F. et al. **Brincando e aprendendo: aspectos relacionais da criança com autismo.** Rev Bras Ciênc Esporte. Elsevier Editora Ltda. 2019.

FERREIRA, T. J. G. C. S. **Tipos de brincadeira de crianças com perturbação do espectro do autismo e os seus pares com desenvolvimento típico na presença e ausência do(a) educador(a).** Instituto Politécnico de Lisboa. Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa, 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACHADO, A. L.; LUTEREK, L. P. **Contribuição da atividade lúdica no desenvolvimento do aluno autista no ensino regular.** Universidade Federal Da Fronteira Sul Campus Chapecó curso de graduação em Pedagogia. Chapecó (SC), 2016.

MONTEIRO, S. A. S.; RIBEIRO, P. R. M. **A inclusão do aluno com transtorno do espectro autista na sala de aula.** Revista on line de Política e Gestão Educacional, [S.l.], p. 905-919, dec. 2018.

OLIVEIRA, I.M.; PADILHA, A.M.L. **Crianças com Autismo na Brinquedoteca: Modos de Interação e de Inserção nas Práticas Sociais.** Comunicações, v. 23, n. , p.185-202, 2016.

TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. **Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger.** Rev. soc. bras. fonoaudiol., São Paulo , v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008.

VOLKMAR, F. R.; WIESNER, L. A. **Autismo - Guia Essencial Para Compreensão e Tratamento.** 1 ed. Porto Alegre, Artmed Editora, 2018.

ESTUDO FARMACOTERAPÊUTICO, EPIDEMIOLÓGICO E IMPACTO ECONÔMICO DA ASMA EM UNIDADES DE SAÚDE BRASILEIRAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Data de aceite: 21/12/2019

Cícero Erison dos Santos Espíndola Melo

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-
Unita) – Caruaru-PE

Gabriel Romero Melo do Rêgo Barros

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-
Unita) – Caruaru-PE

Lucas Vinícius Rodrigues de Alcântara Silva

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-
Unita) – Caruaru-PE

Ana Cláudia Florêncio Neves

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-
Unita) – Caruaru-PE

Rosiel José dos Santos

Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-
Unita) – Caruaru-PE

RESUMO: A asma é uma doença multifatorial que atinge todas as idades principalmente nos primeiros anos de vida, impactando a saúde e sobrecarregando o Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos para essa doença são distribuídos gratuitamente pelo serviço público através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). O farmacêutico surge nesse âmbito para identificar, prevenir e solucionar os problemas relacionados ao medicamento. O objetivo

desse trabalho é evidenciar as características epidemiológicas e fisiopatológicas da asma, relatando os principais tratamentos e atuação da assistência farmacêutica. Trata-se de um estudo de revisão narrativa, utilizando as bases de dados SciELO, *ScienceDirect*, *PubMed* e Google Acadêmico, onde foi realizada a busca ativa de artigos originais, no período de 2007 a 2017. Além disso, foi feito um levantamento no Sistema de Informações Hospitalares do SUS relativo ao quantitativo de internações e custos frente a esses pacientes. A asma é uma doença crônica e inflamatória, prevalente em mulheres (50,74%) e faixa etária de 0 – 9 anos de idade (52,45%), sendo a região Nordeste a que apresentou maior número de óbitos. A farmacoterapia mais utilizada no tratamento da asma é a associação de corticoides inalatórios (CIs) com β 2-agonistas de ação prolongada, representados, principalmente, por formoterol e budesonida. Foi possível verificar neste estudo que o farmacêutico, no cenário da asma, apresenta contribuições importantes através do acompanhamento farmacoterapêutico contribuindo para uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Asma; Assistência farmacêutica; Sistema Único de Saúde (SUS).

PHARMACOTHERAPEUTIC, EPIDEMIOLOGICAL AND ECONOMIC IMPACT OF ASTHMA IN BRAZILIAN HEALTH UNITS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Asthma is a multifactorial disease that affects all ages, especially in the first years of life, impacting health and burdening the Unified Health System (SUS). Medicines for this disease are distributed free of charge by the public service through the Specialized Component of Pharmaceutical Assistance (CEAF). The pharmacist appears in this scope to identify, prevent and solve problems related to the drug. The objective of this work is to highlight the epidemiological and pathophysiological characteristics of asthma, reporting the main treatments and performance of pharmaceutical care. This is a narrative review study using the SciELO, *ScienceDirect*, *PubMed* and Google Scholar databases, where the original search of original articles was carried out from 2007 to 2017. In addition, a survey was made in the SUS Hospital Information System regarding the number of hospitalizations and costs in relation to these patients. Asthma is a chronic and inflammatory disease, prevalent in women (50.74%) and in the 0-9 age group (52.45%), being the Northeast region with the highest number of deaths. The most commonly used pharmacotherapy for the treatment of asthma is the association of inhaled corticosteroids (ICs) with long acting β 2-agonists, mainly represented by formoterol and budesonide. It was possible to verify in this study that the pharmacist, in the asthma scenario, presents important contributions through the pharmacotherapeutic accompaniment contributing to a better quality of life of these patients.

KEYWORDS: Asthma; Pharmaceutical care; Unified Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

A asma é uma doença multifatorial, genética e ambiental, podendo ser manifestada com amplo espectro em sua forma clínica e que atinge todas as idades, principalmente nos primeiros anos de vida, sendo que cerca de 50% dos casos ocorrem até os 10 anos de idade. A prevalência da asma, nos últimos anos, trouxe um grande impacto à saúde dos indivíduos e sobrecarga do sistema público e dessa forma despertou a atenção de pesquisadores e autoridades sanitárias para o desenvolvimento de ações e controle dessa doença (DANTAS *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) relata que nas últimas décadas houve uma média de 300.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se a quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a terceira causa entre crianças e adolescentes (SOUZA *et al.*, 2012). No ano de 2006, as internações por causa da asma tiveram um custo de R\$ 96 milhões de reais. Já nos Estados Unidos, em suas diferentes cidades, os custos diretos para cada paciente asmático por ano são de US\$ 300,00 a US\$ 1.300,00 dólares, dependendo da magnitude da doença (SOUZA *et al.*, 2012).

No Brasil, os medicamentos para pacientes asmáticos estão sendo distribuídos gratuitamente pelo serviço público através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), caracterizando uma busca da garantia da integralidade ao acesso e ao tratamento medicamentoso, cujas linhas de cuidados estão definidas e preconizadas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo MS (BRASIL, 2013).

O farmacêutico surge nesse âmbito para identificar, prevenir e solucionar os problemas relacionados ao medicamento através da atenção farmacêutica, contribuindo para o alcance dos objetivos da farmacoterapia efetiva. Nessa abordagem o paciente torna-se o foco principal e não mais o medicamento, assim permitindo o farmacêutico assumir o compromisso e as responsabilidades previamente à aquisição dos resultados da farmacoterapia do paciente. Também cabe a ele ter o acesso à equipe de saúde para haver um trabalho multiprofissional (BRASIL, 2010).

Programas educacionais, conduzidos por profissionais farmacêuticos aos pacientes asmáticos, de acordo com a literatura, promovem resultados com melhor adesão ao tratamento medicamentoso, devido à utilização correta dos medicamentos inalatórios, detecção aos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), assim reduzindo os serviços de emergência e melhorando a qualidade de vida desses indivíduos (SANTOS *et al.*, 2010).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura acerca das características epidemiológicas e fisiopatológicas da asma, bem como os principais tratamentos e a atuação da Assistência Farmacêutica neste cenário.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura do tipo narrativa, retrospectivo de caráter descrito, realizado nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *PubMed*, *ScienceDirect* e Google Acadêmico. A busca ativa dos artigos foi realizada no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *ScienceDirect* e Google Acadêmico e pelo Medical Subject Headings (MeSH) para *PubMed*, combinados: Asma AND Assistência Farmacêutica, Asma AND Fumarato de formoterol, Asma AND Budesonida; em inglês: *Asthma AND Pharmaceutical Services, Asthma AND Formoterol Furamate, Asthma AND Budesonide*; e em espanhol: *Asma AND Servicios Farmacéuticos, Asma AND Fumarato de formoterol, Asma AND Budesonida*.

Foram incluídos no estudo artigos científicos originais, publicados no período de 2007 a 2017, nos idiomas português, inglês e espanhol que abordassem a temática proposta e que apresentassem resultados conclusivos. Além de Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo MS e legislação vigente para subsidiar o estudo de forma complementar. São considerados excluídos para o estudo artigos de revisão de literatura, monografias, dissertações de mestrado, teses de doutorado ou editoriais, bem como os artigos que não condiziam com o objetivo central, não estivessem nos idiomas estabelecidos e período não equivalente.

Houve também levantamento de dados referente ao quantitativo de internações e custos relacionados à asma no Brasil a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Para este estudo, foram selecionadas informações entre os anos de 2008 a 2016, sendo investigadas as seguintes variáveis: sexo; faixa etária (em anos); internações; valor total gasto (R\$); valor dos serviços hospitalares e profissionais; valor médio por internação; tempo e média de permanência (em dias); óbitos. Estes dados são úteis para evidenciar a importância da assistência farmacêutica no acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes asmáticos para possíveis reduções de custos e melhoria clínica.

Após a seleção dos artigos e levantamento dos dados no SIH/SUS, o texto foi organizado em tópicos para melhor entendimento, sendo dividido da seguinte forma: a) Asma, que compreende a definição e tratamento; b) Dados relativos ao quantitativo de internações e custos relacionados à asma nas regiões brasileiras; c) Assistência Farmacêutica e a atuação do Farmacêutico no tratamento da asma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

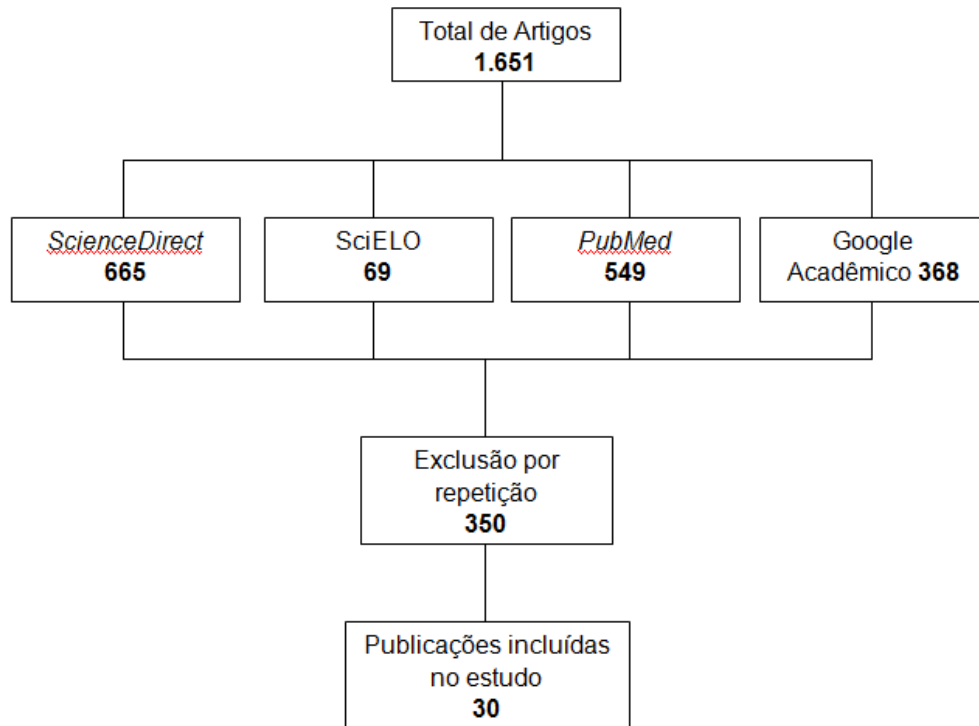


Figura 1: Fluxograma da seleção dos artigos

Fonte: Dados da Pesquisa

Nesse estudo constatou que os artigos selecionados apresentaram publicações: inglês (63,34%), português (33,33%) e espanhol (3,33%). No que se refere aos periódicos científicos, para a seleção, houve o destaque para *Jornal Brasileiro de Pneumologia* e *Pharmacy Practice*, representados por 23,35% (7 artigos) e 13,35% (4 artigos), respectivamente. Além do *Caderno de Atenção Básica: Doenças respiratórias crônicas 2010*, portaria nº1.554/2013 e lei 13.021/2014.

| Periódico | Artigos selecionados | | Ano de publicação |
|--|----------------------|-------|-------------------------------|
| | (n) | (%) | |
| <u>Advances in Therapy</u> | 1 | 3,33 | 2009 |
| <u>Allergologia et Immunopathologia</u> | 1 | 3,33 | 2013 |
| <u>Annals of Allergy, Asthma & Immunology</u> | 1 | 3,33 | 2010 |
| <u>Biopharmaceutics & Drug Disposition</u> | 1 | 3,33 | 2008 |
| <u>Bulletin of the World Health Organization</u> | 1 | 3,33 | 2015 |
| <u>Clinical Therapeutics</u> | 1 | 3,33 | 2009 |
| <u>Epidemiologia e Serviços de Saúde</u> | 1 | 3,33 | 2017 |
| <u>International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics</u> | 1 | 3,33 | 2015 |
| <u>Jornal Brasileiro de Pneumologia</u> | 7 | 23,35 | 2014 2013 2012 2010 2009 2007 |
| <u>Jornal de Pediatria</u> | 2 | 6,67 | 2017 |
| <u>Medical Journal of Malaysia</u> | 1 | 3,33 | 2008 |
| <u>Pharmacy Practice</u> | 4 | 13,35 | 2015 2012 2011 2008 |
| <u>Respiratory Medicine</u> | 2 | 6,67 | 2011 2008 |
| <u>Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde</u> | 1 | 3,33 | 2012 |
| <u>Revista de Saúde Pública</u> | 1 | 3,33 | 2012 |
| <u>Revista Médica Clínica Las Condes</u> | 1 | 3,33 | 2015 |
| <u>Revista Paulista de Pediatria</u> | 1 | 3,33 | 2014 |
| <u>The Journal of Allergy and Clinical Immunology</u> | 2 | 6,67 | 2017 2015 |
| TOTAL | 30 | 100 | |

Tabela 1: Periódicos dos artigos utilizados no estudo

Fonte: Dados da Pesquisa

No período de 2007 a 2017, verificou-se que 2008, 2012, 2015 e 2017 foram os anos que apresentaram maior número de publicações, dezessete artigos, correspondendo a 56,67% dos artigos utilizados para a revisão. Em 2009, 2010,

2011, 2013 e 2014, constatou-se 12 publicações, representando por 40% e um único estudo no ano de 2007 (3,33%).

Asma

A asma é bastante prevalente em todo o mundo e é uma das doenças crônicas mais comuns tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, podendo afetar pessoas de todas as idades, raças e grupos étnicos. A asma é caracterizada como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, apresentando episódios recorrentes de sibilância, falta de ar e tosse (CORREIA JUNIOR *et al.*, 2017; BARRIA, HOLGUIN & WENZEL, 2015; ANTILLA *et al.*, 2014; CIMRIN *et al.*, 2013; CAMPOS & LEMOS, 2009).

Estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas no mundo sofrem de asma, sendo 20 milhões somente no Brasil. Com a projeção de que a proporção da população mundial urbana passará de 45% para 59% no ano de 2025, tudo indica que o número de asmáticos aumentará nas próximas décadas. Segundo dados divulgados, a asma causa cerca de 250 mil mortes por ano em todo o mundo. No Brasil, no período de 1979-2006, a asma foi responsável por uma média de 2.155 mortes anuais, o que representa cerca de 6 mortes por dia (ANTILLA *et al.*, 2014; CAMPOS & LEMOS, 2009).

A asma é considerada a doença crônica mais prevalente em crianças e adolescentes. No ano de 2006, aproximadamente 14% das crianças do mundo apresentaram sintomas de asma. Nos países africanos a prevalência de asma varia de 10% a mais de 20%. A asma afeta aproximadamente 1 em cada 11 crianças no Reino Unido e 10% dos adolescentes nos Estados Unidos. Não sendo tratada, esta doença pode levar a ausência escolar, hospitalização e até a morte (BRANDÃO *et al.*, 2017; SZEFLER *et al.*, 2017; SOMWE *et al.*, 2015).

As três principais comorbidades de prevalência em pacientes participantes de uma pesquisa nos Estados Unidos foram: rinite alérgica; sinusite e infecção respiratória aguda representada por 33,3%, 27,1% e 17,5%, respectivamente (BLANCHETE *et al.*, 2009).

A diminuição do número de hospitalizações por asma reflete diretamente nos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em 2010, tinha aproximadamente 193.000 admissões relacionadas à asma, gerando uma despesa de R\$ 100,8 milhões (ARAÚJO, ROCHA & ALVIM, 2014).

Outro aspecto relevante observado na asma e em outras doenças crônicas é o seguimento errado ou o abandono do tratamento prescrito. Uma das principais causas de insucesso da terapêutica é a não adesão à prescrição médica indicada. Dados revelam que apenas metade dos pacientes asmáticos utiliza a medicação prescrita. Os fatores que estão relacionados com a baixa adesão são os seguintes:

dificuldade de administração dos medicamentos, benefício não satisfatório obtido pela utilização do medicamento, risco de efeito adverso, duração prolongada do tratamento, uso de diversos medicamentos e período de remissão dos sintomas (SANTOS *et al.*, 2010).

Na terapia medicamentosa da asma existem variadas associações de corticóides inalatórios (CIs) e β_2 -agonistas de ação prolongada, sendo a formulação formoterol em pó seco e budesonida, a mais utilizada no tratamento, para inalação. Administrados por dispositivos com múltiplas doses (Turbuhaler®), dose única contendo cápsulas separadas dos dois medicamentos (Aerolizer®) ou por cápsulas únicas de associação fixa (Aerocaps®) (ANDRADE-LIMA, PEREIRA & FERNANDES, 2012).

Em uma pesquisa randomizada foi averiguada a farmacocinética em quatro tipos de estudos podendo ser observado que não houve interação farmacocinética entre o uso do formoterol e budesonida administrados concomitantes por meio de inaladores diferentes ou como monocomponentes (individual). E sugere um aumento na exposição sistêmica de acordo com a dose da associação de budesonida/formoterol pMDI (inalador pressurizado) com administração de duas a quatro inalações (EKLUND *et al.*, 2008).

No ano de 2014, foi realizado um estudo em uma Farmácia Municipal Central dispensadora de medicamentos do CEAF em São Leopoldo-RS, onde observou prevalência em pacientes diagnosticados com doenças do aparelho respiratório (18,7%), sendo a asma alérgica, a principal doença desse grupo, responsável por 17,1% de acordo com o CID-10, nesse município. E o medicamento mais prevalente é representado pelo formoterol + budesonida (18,3%), com gasto médio mensal individual de R\$ 44,33 e gasto total mensal de R\$ 12.411,77 (SOPELSA *et al.*, 2017). Corroborando ao estudo realizado em Salvador-BA, que apresentou prevalência de uso de CIs associados ao β_2 -agonistas de ação prolongada (95%), sendo o formoterol + budesonida representados por 85,5% (PINTO *et al.*, 2013).

Também concorda com o estudo realizado na Suécia, que evidenciou o uso como terapia de manutenção e tratamento a associação de formoterol e budesonida apresentando uma relação custo-efetividade adequada, tornando-se uma boa opção de tratamento com economia (STÄLLBERG *et al.*, 2008).

Dessa forma, o tratamento com formoterol e budesonida apresentou redução significativa na utilização de resgate e evidenciou uma melhora clínica da asma em 86,4% dos pacientes (STÄLLBERG *et al.*, 2015; LOH *et al.*, 2008).

Um estudo comparou dois grupos: o primeiro usou a associação de ICs e β_2 -agonista de longa duração (Formoterol e Budesonida) e o segundo seguiu as diretrizes do país usando ICs e β_2 -agonista de curta duração, se necessário. Observou-se que o primeiro grupo apenas seis pacientes (11,1%) visitaram o médico e o segundo

treze pacientes (27,1%), apresentando uma variação significativa. Os pacientes do segundo grupo evidenciaram sete das onze exacerbações apresentadas na pesquisa e usaram antibióticos e corticoides orais como prednisona e prednisolona em maior proporção quando comparado ao primeiro grupo. Além das doses inaladas de corticóides pelo primeiro grupo serem menores (GOOSSENS *et al.*, 2009).

Na primeira pesquisa brasileira que avaliou a eficácia e segurança da combinação de formoterol e budesonida com dispositivo Aerocaps®, observou superioridade dos efeitos da formulação quando comparado ao uso isolado de budesonida, mantendo o padrão de tolerabilidade e segurança. Resultando em um aumento de Volume Expiratório Forçado (VEF) e do Pico de Fluxo Expiratório (PFE) representados por 104 mL e 23,93 L/min, respectivamente. Não houve aumento significativo para a Capacidade Vital Forçada (CVF). Dessa forma, evidenciou-se que a associação de formoterol e budesonida em cápsula única (Aerocaps®), no tratamento de asma não controlada apresentou eficácia e segurança (STIRBULOV *et al.*, 2012).

Os eventos adversos locais mais frequentes provocados na orofaringe induzidos pelo uso de CIs são: garganta seca (47%); necessidade de pigarrear (44%); sensação de sede (41,4%); rouquidão (26%); garganta irritada (25,5%); tosse durante a inalação (25%) em relação aos 200 pacientes analisados, havendo maior intensidade desses efeitos quando administrados em médias e altas doses, como também exposto a longos períodos ao CIs (PINTO *et al.*, 2013).

Em um estudo realizado com mulheres grávidas divididas em dois subgrupos: com asma moderada e com asma severa representados por 948 e 354, respectivamente, foi evidenciado 96 (7,4%) casos de nascidos apresentando malformações congênitas detectados até o primeiro ano de vida. Desses casos de malformações foi averiguado que as mulheres com asma moderada tratados com a terapia combinada tiveram 21 (6,9%) enquanto as mulheres tratadas com a dose média de monoterapia com ICS 46 (7,2%). Já as mulheres com asma severa foram detectadas 14 (7,1%) tratadas com a terapia combinada e 15 (9,6%) tratadas com alta dose de monoterapia com ICS. A malformação mais frequente foi à cardíaca em ambos os subgrupos e as mulheres grávidas com idade inferior a 18 anos ou com idade superior a 34 anos evidenciou chance de duas vezes a aparição de seus filhos com malformações quando comparada as grávidas com idade entre o período de 18 a 34 anos (ELTONSY *et al.*, 2015). Sendo as mulheres mais jovens, brancas, obesas e que durante a gravidez fumaram mais prevalentes com diagnóstico de asma (LOUIK *et al.*, 2010).

Durante doze meses, um estudo observacional europeu foi realizado com 4.581 pacientes com idade entre 17 a 89 anos, onde observou-se que o uso de budesonida/formoterol é empregado com sucesso na prática clínica. É importante

destacar que os pontos fortes neste estudo foram: grande tamanho da população estudada e a distribuição geográfica dos países incluídos (doze países europeus representativos onde o regime foi lançado pela primeira vez) (STÄLLBERG *et al.*, 2015).

Dados relativos ao quantitativo de internações e custos relacionados à asma nas regiões brasileiras

De acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no Brasil, entre o período de janeiro de 2008 a dezembro de 2016 houve 1.387.650 internações hospitalares decorrentes da asma, a maior ocorrência foi entre indivíduos do sexo feminino (50,74%) e na faixa etária de 0 a 9 anos de idade (52,42%) (Tabela 2) (BRASIL, 2017).

| Variáveis | Região Norte | Região Nordeste | Região Sudeste | Região Sul | Região Centro- oeste | TOTAL |
|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------|----------------------------|---------------------|
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 74.300 | 304.009 | 158.385 | 97.962 | 48.880 | 683.536 (49,26%) |
| Feminino | 76.899 | 315.075 | 151.992 | 109.395 | 50.753 | 704.114 (50,74%) |
| Faixa etária | | | | | | |
| (em anos) | | | | | | |
| 0-9 | 84.173 | 312.444 | 194.887 | 94.949 | 41.336 | 727.789 (52,45%) |
| 10-19 | 16.353 | 68.067 | 19.885 | 16.661 | 8.434 | 129.400 (9,32%) |
| 20-39 | 22.510 | 77.214 | 27.230 | 25.063 | 13.736 | 165.753 (11,94%) |
| 40-59 | 14.147 | 67.191 | 30.384 | 31.195 | 15.383 | 158.300 (11,41%) |
| 60-79 | 11.114 | 68.663 | 28.674 | 31.045 | 16.063 | 155.559 (11,21%) |
| 80 anos e mais | 2.902 | 25.505 | 9.317 | 8.444 | 4.681 | 50.849 (3,66%) |

Tabela 2: Número de internações por asma segundo sexo, faixa etária e região geográfica. Brasil, 2008 a 2016.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

De acordo com a tabela 3, o valor total gasto com internações hospitalares por asma no período estabelecido foi de R\$ 727.349.307,80, sendo R\$ 685.641.532,12 (94,27%) com serviços hospitalares e R\$ 41.707.775,68 (5,73%) com serviços profissionais (BRASIL, 2017). Corroborando com estudo realizado na Suécia, que evidenciou os custos diretos no tratamento da asma estão relacionados ao medicamento, e as consultas médicas e as emergências representadas por 85% e

15%, respectivamente (STÄLLBERG *et al.*, 2008).

Estudos mostram que a associação de formoterol e budesonida no tratamento da asma resultou em uma economia. Além de apresentar uma efetividade no controle da doença (STÄLLBERG *et al.*, 2008; GOOSSENS *et al.*, 2009).

O valor médio por internação foi de R\$ 524,16. Os asmáticos ficaram internados 4.175.244 dias de permanência nas unidades de saúde, com uma permanência média de 3 dias por paciente, esses dados são referentes aos anos de 2008 a 2016 (Tabela 3) (BRASIL, 2017).

A figura 2 mostra o número de óbitos conforme a região geográfica nos anos de 2008 a 2016. A Região Nordeste (2.481 mortes) apresenta o maior número de óbitos decorrentes da asma (BRASIL, 2017).

Ações como acompanhamento farmacoterapêutico contribuem para redução do ônus da asma e possibilita a adesão ao tratamento reduzindo o número de internações. Além de promover informação adequada ao paciente contribuindo para o controle da asma (BLANCHETE *et al.*, 2009; BRASIL, 2017).

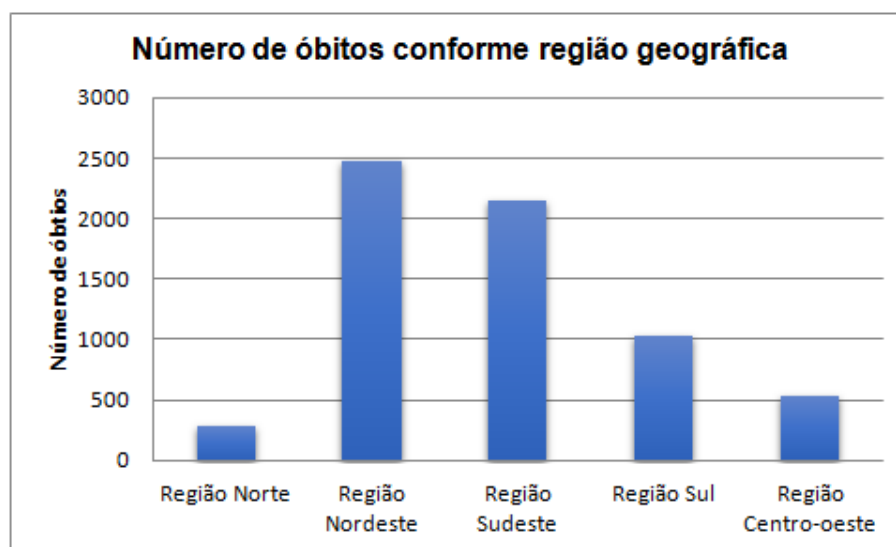


Figura 2: Número de óbitos por asma, conforme região geográfica. Brasil, 2008 a 2016.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

| | Valor total (R\$) | Valor dos serviços hospitalares (R\$) | Valor dos serviços profissionais (R\$) | Valor médio por internação (R\$) | Dias de permanência | Média de permanência (em dias) |
|----------------------------|-------------------|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| Região Norte | 75.965.883,54 | 71.857.447,90 | 4.108.435,64 | 502,42 | 426.787 | 2,8 |
| Região Nordeste | 307.940.266,60 | 291.097.593,43 | 16.842.673,17 | 497,41 | 1.749.043 | 2,8 |
| Região Sudeste | 179.665.990,98 | 168.588.866,43 | 11.077.124,55 | 578,86 | 1.034.878 | 3,3 |
| Região Sul | 112.413.294,08 | 105.702.853,97 | 6.710.440,11 | 542,12 | 667.477 | 3,2 |
| Região Centro-oeste | 51.363.872,60 | 48.394.770,39 | 2.969.102,21 | 515,53 | 297.059 | 3,0 |
| TOTAL | 727.349.307,80 | 685.641.532,12 | 41.707.775,68 | 524,16 | 4.175.244 | 3,0 |

Tabela 3: Valores gastos (em reais), tempo e média de permanência (em dias) por asma, segundo região geográfica. Brasil, 2008 a 2016.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Assistência Farmacêutica e atuação do Farmacêutico no tratamento da asma

De acordo com a Lei nº 13.021/2014, a Assistência Farmacêutica pode ser definida como o conjunto de ações e de serviços que visa a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional (BRASIL, 2014).

A asma é uma doença crônica inflamatória com elevada prevalência mundial e alto índice de morbidade, causando ônus aos pacientes e a seus familiares. O profissional farmacêutico tem colaborado de forma importante no seguimento de pacientes asmáticos. Dados revelam as vantagens de programas educacionais, conduzidos pelo farmacêutico ao paciente asmático, que apresentam os seguintes resultados: melhor aderência ao tratamento medicamentoso, promovem a correta utilização dos medicamentos inalatórios, detectam problemas relacionados aos medicamentos, melhoram a qualidade de vida do paciente e reduzem o número de visitas aos serviços de emergência, assim como o de hospitalizações, por exacerbações de asma (SANTOS *et al.*, 2010).

No ano de 2003, foi criado o Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica

na Bahia (ProAr), que tem como objetivo oferecer ao paciente com asma grave medicação gratuita, atendimento médico, psicológico, assistência farmacêutica e educação em asma. Até janeiro de 2006, foram matriculados no programa 1.405 pacientes (PONTE *et al.*, 2007).

O principal objetivo no manejo da asma é atingir e manter o controle. A manutenção do tratamento deve variar de acordo com o estado de controle do paciente, adicionando-se ou subtraindo-se medicamentos/doses (ANTILLA *et al.*, 2014). Um dos problemas mais frequentes em pacientes portadores de doenças crônicas são os problemas relacionados à aderência ao tratamento, e o profissional farmacêutico está em posição ideal para ter acesso aos problemas de baixa aderência ao tratamento, que podem prejudicar adversamente os resultados de saúde do paciente, uma vez que as estratégias de monitoramento e de melhoria da aderência estão inclusas no plano de atenção farmacêutica. Dessa forma, é de fundamental importância que o farmacêutico envolvido na educação de pacientes asmáticos domine as técnicas para proporcionar o treinamento seguro do paciente (SANTOS *et al.*, 2010).

Estudo realizado nos meses de janeiro a março de 2008, teve como objetivo avaliar os conhecimentos e habilidades práticas dos farmacêuticos comunitários de demonstrar a técnica de inalação adequada de dispositivos de asma disponíveis no Sudão. Nesse estudo, foram abordadas trezentas farmácias comunitárias localizadas em torno dos três principais hospitais da capital e quatro outras províncias. Os pesquisadores concluíram que a maioria dos farmacêuticos que deveriam educar os pacientes com asma não possui o conhecimento básico do uso adequado de dispositivos de inalação (OSMAN, AHMED & IBRAHIM, 2012).

Em contrapartida outros dois estudos evidenciam que as intervenções farmacêuticas contribuem para uma melhor adesão e uso dos dispositivos no controle da asma, tornando a farmácia clínica uma ferramenta para cuidado com pacientes asmáticos impactando positivamente a vida desses pacientes (LEMAY *et al.*, 2015; ABDELHAMID, AWAD & GISMALLAH, 2008).

Um estudo retrospectivo de coorte realizado com pacientes atendidos em uma clínica reafirma a importância da atuação do profissional farmacêutico no tratamento dessa doença (CAWLEY, PACITTI & WARNING, 2011).

CONCLUSÃO

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns, no Brasil entre os anos de 2006 e 2016 foi evidenciado uma prevalência de indivíduos do sexo feminino (50,74%) e de faixa etária de 0 a 9 anos de idade (52,42%). A associação do

formoterol e budesonida é a mais eficaz quando comparado ao medicamento budesonida isolada e apresenta equivalência farmacêutica quando confrontado pelo uso de formoterol e budesonida em cápsulas separadas. Os principais eventos adversos apresentados na utilização de CIs são: garganta seca (47%), necessidade de pigarrear (44%) e sensação de sede (41,5%).

Os custos referentes com as internações hospitalares por asma corresponde a R\$ 727.349.307,80, com valor médio de internação de R\$ 524,16 e permanência média de 3 dias por paciente. Entre os anos de 2008 e 2016, houve maior número de óbitos na região Nordeste do Brasil representado por 2.481 mortes, decorridos de complicações da asma.

A assistência farmacêutica e o acompanhamento farmacoterapêutico contribuem para uma melhor adesão e controle da asma, quando o profissional farmacêutico está habilitado/capacitado a realizar as intervenções farmacêuticas. Dessa forma, foi possível averiguar que o farmacêutico, no cenário da asma, apresenta contribuições importantes através do acompanhamento farmacoterapêutico atribuindo melhor qualidade de vida a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABDELHAMID, E.; AWAD, A.; GISMALLAH, A. **Evaluation of a hospital pharmacy-based pharmaceutical care services for asthma patients.** *PharmacyPractice*, 2008 Jan-Mar;6(1):25-32.
- ANDRADE-LIMA, M.; PEREIRA, L.F.F.; FERNANDES, A.L.G. **Equivalência farmacêutica da formulação combinada de budesonida e formoterol em cápsula única com dispositivo inalador de pó.** *J. Bras. Pneumol.* 2012; 38(6): 748-756. DOI: 10.1590/S1806-37132012000600010.
- ANTILLA, M.; CASTRO, F.; CRUZ, A.; RUBIN, A.; ROSÁRIO, N.; STELMACH, R. **Eficácia e segurança da associação fluticasona/formoterol em casula única em pacientes com asma persistente: estudo de não inferioridade.** *J. Bras. Pneumol.* 2014; 40(5):599-608. DOI: 10.1590/S1806-37132014000600003.
- ARAÚJO, A.; ROCHA, R.L.; ALVIM, C.G. **Adolescence and asthma management: the perspective of adolescents receiving primary health care.** *Rev. Paul. Pediatr.* 2014; 32 (3): 171-176. DOI: 10.1590/0103-0582201432304.
- BARRIA, P.; HOLGUIN, F.; WENZEL, S. **Asma severa em adultos: enfoque diagnóstico y tratamiento.** *Rev. Med. Clin, Condes –* 2015;26(3): 267-275. DOI: 10.1016/j.rmcl.2015.06003.
- BLANCHETE, C.M.; CULLER, S.P.; ERSHOFF, D.; GUTIERREZ, B. **Association between previous health care use and initiation of inhaled corticosteroid and long-acting β 2-adrenergic agonist combination therapy among US patients with asthma.** *Clinical therapeutics*, 2009. V31, N11. DOI: 10.1016/j.clinthera.2009.11.007.
- BRANDÃO, H.V.; VIEIRA, G.O.; VIEIRA, T.; CRUZ, A.A.; GUIMARÃES, A.C.; TELES, C.; CAMARGO, P.; CRUZ, C.M.S. **Acute viral bronchiolitis and risk of asthma in schoolchildren analysis of a Brazilian newborn cohort.** *J. Pediatr (RIO J).* 2017; 93 (3): 223-229. DOI: 10.1016/j.jp.2016.08.004.

Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acessado em: 20 de dezembro de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEI Nº 13.021, DE 8 DE AGOSTO DE 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Poder Executivo, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Doenças respiratórias crônicas**. Brasília: MS, 2010.

CAMPOS, H.S.; LEMOS, A.C.M. **A asma e a DPOC na visão do pneumologista**. J. Bras. Pneumol. 2009; 35(4): 301-309. DOI: 10.1590/S1806-37132009000400003.

CAWLEY, M.J.; PACITTI, R.; WARNING, W. **Assessment of a pharmacist-driven point-of-care spirometry clinic within a primary care physicians office**. Pharmacy Practice (Internet) 2011 Oct-Dec;9(4):221-227.

CIMRIN, A.H.; AKPINAR, B.; TERTEMIZ, K.C.; OMEROGLU, G. ALPAYDIN, A.O.; ELLIDOKUZ, H.; OZKAYA, A.B.; KOCTURK, S. **Phenotype properties and status of corticosteroid resistance among patients with uncontrolled asthma**. Allergol Immunopathol (Madr). 2013; 41 (5): 304-309. DOI: 10.1164/ajrccm-conference.2011.183.1_MeetingAbstracts.A4329.

CORREIA JUNIOR, M.A.V.; CALVACANTI SARINHO, E.S.C.; RIZZO, J.A.; WANICK SARINHO, S. **Lower prevalence and greater severity of asthma in hot and dry climate**. J. Pediatr (Rio J) 2017; 93 (2): 148-155. DOI: 10.1016/j.jped.2016.05.006.

DANTAS, S.C.C.; KHEIR, N.; DANTAS, F.F.L.; ALMEIDA, P.C.; SILVA, K.M.; FONTELES, M.M.F. **Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes asmáticos em ambulatório de referência do Ceará: resultados clínicos**. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde, São Paulo v.3 n.3 11-17 jul./set. 2012.

EKLUND, A.; TRONDE, A.; JOHANNES-HELBERG, I.; GILLEN, M.; BORGESTRÖM, L. **Pharmacokinetics of budesonide and formoterol administered via a serie of single-drug and combination inhalers: four open-label, randomized, crossover studies in healthy adults**. Biopharm. Drug. Dispos. 29: 382-395 (2008). DOI: 10.1002/bdd.622.

ELTONSY, S.; FORGET, A.; BEAUCHESNE, M.F.; BLAIS, L. **Risk of congenital malformations for asthmatic pregnant women using a long-acting β_2 - agonist and inhaled corticosteroid combination versus higher-dose inhaled corticosteroid monotherapy**. J. Allergy Clin Immunol, January 2015. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.07.051.

GAMBLE, J.; STEVENSON, M.; HEANEY, L.G. **A study of a multi-level intervention to improve non-adherence in difficult to control asthma**. Respiratory Medicine, (2011) 105, p.1308-1315. DOI: 10.1016/j.rmed.2011.03.019.

GOOSSENS, L.M.A.; RIEMERSMA, R.A.; POSTMA, D.P.; VAN DER MOLEN, T.; RUTTEN-VAN MÖLKEN, M.P.M.H. **An economic evaluation of budesonide/formoterol for maintenance and reliever treatment in asthma in general practice**. Adv Ther (2009) 26(9): 872-885. DOI 10.1007/s12325-009-0063-0.

LEMAY, K.S.; SAINI, B.; BOSNIC-ANTICEVICH, S.; SMITH, L.; STEWART, K.; EMMERTON, L.; BURTON, D.L.; KRASS, I.; ARMOUR, C.L. **An exploration of clinical interventions provided by pharmacists within a complex asthma service**. Pharmacy Practice, 2015 Jan Mar;13(1):529.

LOH, L.C.; LIM, B.K.; RAMAN, S.; VIJAYASINGHAM, P.; MOHD YUSUF, S. **Budesonide/formoterol combination therapy as both maintenance and reliever medication in moderate-to-severe asthma: a real-life effectiveness study of Malaysian patients.** Med. J. Malaysia. 2008;63(3): 188-92.

LOUIK, C.; SCHATZ, M.; HERNÁNDEZ-DÍAZ, S.; WERLER, M.M.; MICHELL, A.A. **Asthma in pregnancy and its pharmacologic treatment.** Annals of allergy, asthma & immunology, 2010, V105. DOI: 10.1016/j.anai.2010.05.016.

OSMAN, A.; AHMED HASSAN, I.S.; IBRAHIM, M.I.M. **Are Sudanese community pharmacists capable to prescribe and demonstrate asthma inhaler devices to patrons? A mystery patient study.** Pharmacy Practice (Internet) 2012 Apr- Jun;10(2):110-115.

PINTO, C.R.; ALMEIDA, N.R.; MARQUES, T.S.; YAMAMURA, L.L.L.; COSTA, L.A.; SOUZA-MACHADO, A. **Eventos adversos locais associados ao uso de corticosteróides inalatórios em pacientes com asma moderada ou grave.** J. Bras Pneumol, 2013; 39 (4): 409-417. DOI: 10.1590/S1806-37132013000400003.

PONTE, E.; FRANCO, R.A.; SOUZA-MACHADO, A.; SOUZA-MACHADO, C.; CRUZ, A. A. **Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde.** J Bras Pneumol, 2007;33(1), p.15-19. DOI: 10.1590/S1806-37132007000100006.

SANTOS, D.O.; MARTINS, M.C.; CIPRIANO, S.L.; PINTO, R.M.C.P.; CUKIER, A.; STELMACH, R. **Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios.** J. Bras. Pneumol 2010; 36(1): 14-22. DOI: 10.1590/S1806-37132010000100005.

SOMWE, S.W.; JUMBE-MARSDEN, E.; MATEYO, K.; SINKWE, M. N.; SOTOMAYOR-RUI, M.; MUSUKU, J.; SORIANO, J.B.; ANCOCHEA, J.; FISHMAN, M.C. **Improving paediatric asthma care in Zambia.** Bull World Health Organ 2015; 93:732-736. DOI: 10.2471/blt.14.144071.

SOPELSA, M.; MOTTER, F.R.; BARALLOS, N.T.; LEITE, H.M.; PANIZ, V.M.V. **Perfil farmacoterapêutico dos usuários e gasto com medicamentos de alto custo em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.** Epidemiol Serv Saude, Brasília, 26 (4):759-770, out-dez 2017. DOI: 10.5123/s1679-49742017000400008.

SOUZA, C.A.; CÉSAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; PEREIRA, J.C.R. **Prevalência de asma e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, SP, 2008-2009.** Rev. Saúde Pública 2012; 46 (5): 825-33. DOI: 10.1590/S0034-89102012000500009.

STÄLLBERG, B.; EKSTRÖM, T.; NEIJ, F.; OLSSON, P.; SKOOGH, B.E.; WENNERGREN, G.; LÖFDAHL, C.G. **A real-life cost-effectiveness valuation of budesonide/formoterol maintenance and reliever therapy in asthma.** Respiratory Medicine 2008, 102, p. 1360-1370. DOI: 10.1016/j.rmed.2008.06.017.

STÄLLBERG, B.; NAYA, I.; EKELUND, J.; ECKERWALL, G. **Real-life use of budesonide/formoterol in clinical practice: a 12-month follow-up assessment in a multi-national study of asthma patients established on single-inhaler maintenance and reliever therapy.** Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 2015;53(6): 447-55. DOI: 10.5414/CP202224.

STIRBULOV, R.; FRITSCHER, C.C.; PIZZICHINI, E.; PIZZICHINI, M.M.M. **Avaliação da eficácia e segurança da associação de budesonida e formoterol em dose fixa e cápsula única no tratamento da asma não controlada: ensaio clínico randomizado, duplo-cego, multicêntrico e controlado.** J. Bras. Pneumol. 2012; 38(4): 431-437. DOI: 10.1590/S1806-37132012000400004.

SZEFLER, S.J.; MURPHY, K.; HARPER, T.; BONER, A.; LAKI, I.M.D.; ENGEL, M.; EI AZZI, G.; MORONI-ZENTGRAF, P.; FINNIGAN, H.; HAMELMANN, E. **A phase III randomized controlled trial of tiotropium add-on therapy in children with severe symptomatic asthma.** J ALLERGY CLIN IMMUNOL 2017 NOV, V 140. N5, p. 1277-1287. DOI: 10.1016/j.jaci.2017.01.014.

EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO NORTEADOR NO CUIDADO À SAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

Karine Ribeiro Alves

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Enfermagem, Cascavel - Paraná

Nagila Gabriela Dalferth Paludo

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Enfermagem, Cascavel - Paraná

Marcia Regina Silvério Santana Barbosa Mendes

Universidade Estadual do Oeste do Paraná,
Enfermeira, Cascavel - Paraná

Marizete da Silva Nunes Ortiz

Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz,
Enfermeira, Cascavel - Paraná

RESUMO: Segundo COREN (2010), a passagem de plantão é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação sobre os acontecimentos que envolvem o paciente durante um período de trabalho. Objetivo: Relatar atividade desenvolvida – elaboração de ferramenta própria da enfermagem - para melhoria da passagem de plantão de Enfermagem, bem como, no cuidado realizado as pacientes. Metodologia: Duas acadêmicas em Estágio Curricular no Centro obstétrico em um Hospital Escola do Oeste do Paraná, juntamente com a Enfermeira do setor e

a Docente Supervisora, elencaram a passagem de plantão como um problema potencialmente acessível de ser resolvido. Desenvolveu-se uma escala para viabilizar a passagem de plantão da enfermagem, entendendo que o cuidado é um processo contínuo. Resultados: A escala contém o número dos leitos, nome da paciente, motivo da internação, conduta profissional, dispositivos, exames e edemas no pré-parto; recém-nascido e cuidados pós-parto, abrangendo mamas, lóquios, edema e espaço para observações. Conclusão: O quantitativo e significativo de admissões, sem leitos hospitalares, faz com que inúmeras mulheres permaneçam em macas e corredores. Ademais, o trabalho dos profissionais é dificultado e/ou até mesmo leviano devido a superlotação, ou seja, influenciando negativamente no processo de cuidado para com as pacientes e com a saúde dos trabalhadores. O relato de experiência revela que, o instrumento elaborado exerceu valiosa função ao aperfeiçoar e organizar a passagem de plantão. Destaca-se aqui a autonomia da equipe respaldada pela elaboração de tal instrumento e sua aplicabilidade frente ao problema levantado.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação de desempenho profissional; relações enfermeiro-paciente; Instrumentos para a Gestão da Atividade

EXPERIENCE OF NURSING ACADEMICS IN THE APPLICATION OF A HEALTH CARE INSTRUMENT

ABSTRACT: According to COREN (2010), the shift change is a practice performed by the nursing staff with the purpose of transmitting information about the events involving the patient during a work period. Objective: To report on the activity developed - elaboration of a nursing tool - to improve nursing shift change, as well as the care provided to patients. Methodology: Two undergraduate students at the Obstetric Center at a Western Paraná School Hospital, along with the Sector Nurse and the Supervising Professor, listed the shift shift as a potentially accessible problem to solve. A scale was developed to enable the shift shift in nursing, understanding that care is a continuous process. Results: The scale contains the number of beds, patient's name, reason for hospitalization, professional conduct, devices, tests and edema in the pre-delivery period; newborn and postpartum care, including breasts, loci, edema and space for observation. Conclusion: The significant and significant number of admissions without hospital beds means that countless women remain on stretchers and corridors. Moreover, the work of professionals is difficult and / or even light due to overcrowding, ie, negatively influencing the care process with patients and workers' health. The experience report reveals that the elaborated instrument played a valuable role in perfecting and organizing the shift change. It stands out here the autonomy of the team supported by the elaboration of such instrument and its applicability to the raised problem.

KEYWORDS: Professional performance assessment; nurse-patient relations; Instruments for Management of Scientific Activity.

1 | INTRODUÇÃO

O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, além de Bacharelado possui Licenciatura no currículo, que possibilita além da assistência, docência na área. Ademais, oportuniza os estágios curriculares no último ano do curso, o qual o acadêmico juntamente com o Enfermeiro responsável pelo setor, são responsáveis pela ala quanto a gerência e assistência. A Aula Prática Supervisionada (APS) visa que o acadêmico desenvolva o pensamento crítico e administrativo nos serviços de enfermagem hospitalar; reconheça a dinâmica do processo de trabalho do serviço de enfermagem das unidades de internação hospitalar, refletindo acerca das possíveis necessidades de intervenções; exercite a prática gerencial nas suas diversas possibilidades no âmbito da enfermagem hospitalar; observação, reflexão e desenvolvimento das

competências gerenciais dos Enfermeiros; aplicação de instrumentos, ferramentas e técnicas de gestão, correlacionando ao uso racional atrelado às competências gerenciais do enfermeiro e a busca pela qualidade da assistência de enfermagem; além do desenvolvimento de um Planejamento Estratégico Situacional (PES) em consonância com a realidade atual vivenciada.

Segundo Sanches; Christovam; Silvino, (2006), a enfermagem como ciência do cuidar, necessita da colaboração dos membros da equipe incluindo os gerentes, os quais são responsáveis às providências para manutenção do serviço, visando o alcance dos objetivos propostos.

Quando se fala em gerenciamento de enfermagem nos serviços hospitalares, é da competência do enfermeiro a administração do serviço com base em instrumentos norteadores, que permitam a comunicação, liderança, tomada de decisão e educação permanente, além do mais, podem ser associadas a previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, conservação e distribuição de tarefas.

Segundo o COREN (2010), a passagem de plantão é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação sobre os acontecimentos que envolvem o paciente durante um período de trabalho, bem como assuntos de interesse institucional. Deste modo, influencia diretamente na assistência prestada ao paciente. Em razão da importância, existem inúmeras ferramentas que facilitam o processo de trabalho de Enfermagem como por ex. as escalas de Fugullin, Braden, Morse, Rass, Glasgow, entre outras. Devido à importância, o objetivo deste trabalho é relatar a atividade desenvolvida □ elaboração de ferramenta própria da enfermagem - para melhoria da passagem de plantão de Enfermagem, bem como, no cuidado realizado as pacientes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um Hospital Escola localizado na região Oeste do Paraná, o qual é referência regional. Ocorreu em uma unidade de Obstetrícia, a qual é “porta aberta” ou seja, pronto socorro. Admitem-se nesta ala um quantitativo significativo de mulheres gestantes ou em trabalho de parto, diariamente, tendo alta rotatividade de pacientes, pois, as mesmas permanecem em média 4h e são encaminhadas a ala da Maternidade no mesmo Hospital (quando há leitos disponíveis).

A ala pesquisada possui capacidade operacional para 14 leitos, conta com 3 salas cirúrgicas (área crítica) e uma sala para recebimento e cuidados imediatos aos recém-nascidos. O setor compõe de cinco Enfermeiras e três equipes de Técnicas de Enfermagem, as quais realizam rodizio entre os turnos manhã, tarde e noite. Além dos Médicos Ginecologistas/Obstetras e acadêmicos e residentes

de Medicina e acadêmicos de Enfermagem. Dentre os funcionários, há funcionário contratado por terceirização e outros efetivos através do concurso público.

Duas acadêmicas em Estágio Curricular na ala do Centro obstétrico (CO), juntamente com a Enfermeira do setor e a Docente Supervisora, elencaram a passagem de plantão como um problema potencialmente acessível de ser resolvido. Desta maneira, desenvolveu-se uma escala para viabilizar a passagem de plantão da enfermagem, entendendo que o cuidado é um processo contínuo, o qual não deve sofrer interrupção, visto que impactaria sobremaneira na assistência das pacientes internadas nesse setor.

3 | RESULTADOS

A escala desenvolvida para facilitar o processo de passagem de plantão da Enfermagem contém o número dos leitos, nome da paciente, motivo da internação, conduta profissional, dispositivos, exames e edemas no pré-parto; recém-nascido e cuidados pós-parto, abrangendo mamas, lóquios, edema e espaço para demais observações relevantes para continuidade no cuidado/assistência.

A escala foi utilizada como fonte de pesquisa durante oito semanas, para posteriormente permanecer como instrumento no setor. Neste período foi possível perceber que a taxa de ocupação no período foi de 718 mulheres internadas, sendo que a média diária foi de 13 com o mínimo de 4 e o máximo de 28 internações/dia. Do total, 174 mulheres estavam em trabalhos de parto, resultando do total, 96 partos normais/naturais, 15 partos “normais” do tipo instrumentais, ou seja, com auxílio de algum instrumental cirúrgico durante o processo de nascimento e 80 cesarianas; totalizando 268 mulheres em pós-parto ou puérperas. A taxa de recém-nascidos foi de 181, com média de 3 nascimentos diários.

O uso de dispositivos do tipo cateteres venosos é de 100% e quanto a sondagens é de 50% somente sendo utilizadas em cesarianas. Às mamas, aproximadamente 20% necessita de auxílio, sendo para pega correta do recém-nascido ou da mama, forma de sucção, duração do aleitamento materno exclusivo, bem como tempo e intervalo das mamadas, necessitando de maior orientação sendo necessário encaminhamento ao banco de leite do próprio hospital. Em sua maioria, primigesta.

Aos lóquios, em sua maioria as mulheres apresentam inicialmente no período puerperal lóquios rubros e moderados e logo após diminuição considerável do sangramento e coloração até cessar o mesmo.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que a taxa de puérperas com a taxa de partos normais e de cesarianas

é incongruente, sendo resultado de possíveis erros de registro do instrumento, uma vez que são várias equipes de profissionais atuantes em um mesmo setor.

A taxa de superlotação dá-se possivelmente ao hospital ser referência a vários municípios menores, incluindo gestação de alto risco. No entanto, o quantitativo e significativo número de admissões, sem leitos hospitalares, faz com que inúmeras mulheres permaneçam internadas em macas e corredores.

Ademais, o trabalho dos profissionais é dificultado e/ou até mesmo leviano devido a superlotação, ou seja, influenciando negativamente no processo de cuidado para com as pacientes e com a saúde dos trabalhadores.

A pesquisa realizada revela que o instrumento elaborado exerceu valiosa função ao aperfeiçoar e organizar a passagem de plantão com o levantamento correto do fluxo das pacientes e o trabalho da equipe de enfermagem. Destaca-se aqui a autonomia da equipe respaldada pela elaboração de tal instrumento e sua aplicabilidade frente ao problema levantado. Tal instrumento, bem como seu preenchimento segue no setor para auxílio da equipe.

REFERÊNCIAS

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN – SP CAT n° 009/2010. Assunto: Passagem de Plantão. 2010. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2010_9.pdf> Acesso em 01 jun 2019.

SANCHES, V. F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z. R. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar: uma visão dos enfermeiros. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n.2, p.214-20, 2006.

INSTRUMENTO NORTEADOR NO CUIDADO À SAÚDE
PASSAGEM DE PLANTÃO – ENFERMAGEM
 Centro obstétrico

| LEITO | NOME | DIAGNÓSTICO | | PRÉ PARTO | | | RN (ala/UCI/UTI) | PÓS PARTO | | | OBSERVAÇÕES |
|-------|------|--|--------------|------------------------------|--------|-------|---------------------|-----------|---------|-------|-------------|
| | | TRATAMENTO HAG/DMG/PRÉ ECLÂMPSIA | PROCEDIMENTO | DISPOSITIVOS (AVP/SONDAS) | EXAMES | EDEMA | | MAMAS | LÓQUIOS | EDEMA | |
| 1 A | | | | | | | | | | | |
| 1 B | | | | | | | | | | | |
| 1C | | | | | | | | | | | |
| 1D | | | | | | | | | | | |
| 2A | | | | | | | | | | | |
| 2B | | | | | | | | | | | |
| 2C | | | | | | | | | | | |
| 2D | | | | | | | | | | | |
| 3A | | | | | | | | | | | |
| 3B | | | | | | | | | | | |
| 3C | | | | | | | | | | | |
| 4A | | | | | | | | | | | |
| 4B | | | | | | | | | | | |
| 4C | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Instrumento para passagem de plantão de Enfermagem - CO. Estágio curricular 2019: Karine
 Ribeiro Alves 5º ano – UNIOESTE

Enf. Supervisora: Marizete Ortiz

Prof. Supervisora: Márcia Mendes

MODALIDADE DE ATENDIMENTO DIFERENCIADO DURANTE O EXAME DE PAPANICOLAU - EXPERIENCIA VIVENCIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

Viviane Cunha de Abreu

<http://lattes.cnpq.br/4657478564885812>

Ayane Araújo Rodrigues

<http://lattes.cnpq.br/7492370234394722>

Maria Tassyelia Batista Carlos

<http://lattes.cnpq.br/4038582965991261>

Nicislania Linhares Vasconcelos Costa

<http://lattes.cnpq.br/9118093572501809>

Marina Braga de Azevedo

<http://lattes.cnpq.br/1207831677702700>

Cláudio Soares Brito Neto

<http://lattes.cnpq.br/3101139750129156>

Ana Larisse Canafístula Coelho

<http://lattes.cnpq.br/6233751461836957>

Maria Isabel de Oliveira Braga Carneiro

<http://lattes.cnpq.br/6816986943919584>

Advárdia Alves de Medeiros

<http://lattes.cnpq.br/6933457030476090>

Samara Márcia Gertrudes Monte

<http://lattes.cnpq.br/2023194961724701>

Angélica Vasconcelos Dias

<http://lattes.cnpq.br/8171352645090568>

Suênia Évelyn Simplício Teixeira

<http://lattes.cnpq.br/0445159056253010>

mais recorrentes no Brasil são os de mama e de colo do útero (CCU), sendo o câncer de colo uterino a terceira maior causa de morte no país, principalmente em mulheres acima dos 35 anos, atingindo assim as diversas camadas sociais. O presente estudo teve o objetivo de identificar os principais fatores que interferem na realização do exame, tornando o ambiente do exame agradável e acolhedor, fazendo com que a população se torne mais esclarecida acerca do exame de Papanicolau. Obteve-se grandes avanços como a descoberta de novos casos de mulheres apresentando NIC 2 (lesão pré-maligna moderada) e NIC 3 (lesão pré-maligna avançada); aumento da procura pelo exame de Papanicolau, especialmente por mulheres que não realizavam a prevenção há muitos anos devido à vergonha, esquecimento ou até medo de um resultado positivo pela não realização do rastreamento anualmente, além disso a procura de meninas jovens para realização do primeiro exame cresceu bastante, e as mulheres que realizam anualmente o exame se mostravam surpresas e bastante satisfeitas com o formato do atendimento.

PALAVRAS-CHAVE: Papanicolau; Saúde; Mulher.

RESUMO: Acompanhando a tendência mundial, os tipos de câncer entre mulheres

MODALITY OF DIFFERENTIATED CARE
DURING THE PAPANICOLA EXAM -

ABSTRACT: Following the worldwide trend, the most recurrent cancers among women in Brazil are breast and cervical cancer (UCC), with cervical cancer being the third leading cause of death in the country, especially in women over 35 years, thus reaching the various social strata. The present study aimed to identify the main factors that interfere with the examination, making the examination environment pleasant and welcoming, making the population more clear about the Pap smear. Major advances have been made, such as the discovery of new cases of women with CIN 2 (moderate premalignant lesion) and CIN 3 (advanced premalignant lesion); Increased demand for Pap smears, especially for women who had not had prevention for many years because of shame, forgetfulness or even fear of a positive result from not being screened each year, in addition to seeking young girls for the first screening. grew a lot, and the women who perform the exam annually were surprised and quite satisfied with the format of the service.

KEYWORDS: Pap smear; Cheers; Woman.

1 | INTRODUÇÃO

Sabe-se que a saúde da mulher em nosso país, sob a ótica da saúde pública, vem ganhando grande importância nas últimas décadas associado às mudanças significativas ocorridas no quadro epidemiológico da morbimortalidade feminina. Acompanhando a tendência mundial, os tipos de câncer entre mulheres mais recorrentes no Brasil são os de mama e de colo do útero (CCU), sendo o câncer de colo uterino a terceira maior causa de morte no país, principalmente em mulheres acima dos 35 anos, atingindo assim as diversas camadas sociais ¹.

Quando comparado aos países mais desenvolvidos, sua incidência é aproximadamente duas vezes maior em países menos desenvolvidos; ao mesmo tempo, é um dos tipos de câncer que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. O Ministério da Saúde recomenda que o exame seja realizado por mulheres com idade de 25 a 64 anos, que seja realizado uma vez por ano e após dois exames anuais consecutivos com resultados negativos, a cada três anos. ²

Infelizmente estima-se que no Brasil cerca de 40% das mulheres de todas as idades nunca realizaram este exame, alguns aspectos podem contribuir para o diagnóstico tardio como: a baixa capacitação profissional na atenção oncológica, vergonha de expor a genitália, desconforto emocional, pudores e tabus, a falta de informação sobre o exame, e a incapacidade das unidades de saúde em absorver a demanda. ³

Dessa forma, os Profissionais da saúde que prestam assistência direta a mulher no planejamento e rastreamento devem participar diretamente das etapas do processo, sendo responsáveis pelo apoio psicológico, ausculta qualificada,

esclarecimento das dúvidas, realização do exame, e acompanhamento ao tratamento.⁴

2 | OBJETIVOS

- Identificar os principais fatores que interferem na realização do exame;
- Tornar o ambiente do exame agradável e acolhedor;
- Fazer com que a população se torne mais esclarecida a cerca do exame de Papanicolau;
- Esclarecer dúvidas e envolver a mulher em todas as fases do exame;
- Resgatar mulheres para a realização anual do exame;

3 | METODOLOGIA

3.1 Relatando os passos da Experiência

A implantação da citologia oncótica no atendimento básico de saúde, muitas vezes, parece se preocupar apenas com os aspectos biológicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, deixando um vazio acerca dos aspectos psíquicos relacionados à essência da mulher. Existem diversos estudos focalizados no aspecto biológico e epidemiológico, em que a mulher é vista como um órgão sexual e reprodutor, desvinculada a um contexto social mais amplo.

Assim sendo, a fim de realizar um atendimento humanizado com foco no contexto psíquico da mulher, foi implantado inicialmente pela enfermeira na Unidade Básica de Saúde (UBS) a ausculta qualificada das clientes durante a realização do exame de Papanicolau, a fim de trazer tranquilidade a mulher, conhecendo com melhor precisão seu histórico e problemas relacionados.

A necessidade dessa forma de atendimento foi implantada devido à maioria das mulheres que adentravam o consultório se encontrarem trêmulas, com medo e envergonhadas, onde em muitas vezes esses sentimentos eram relatados por elas mesmo, além disso, muitas iam diretamente se despindo sem antes conversar ou esboçar algum cumprimento, demonstrando assim que as mulheres têm uma visão fria do exame citológico.

Após a conversa, a segunda etapa é a explicação passo a passo do exame e a demonstração dos materiais a serem utilizados, foi observado que esse é um momento em que as mulheres se mostram bastante interessadas em conhecer os materiais, muitas dizem que jamais haviam visto, apenas sentiam e imaginavam o formato, o objetivo desse segundo passo é envolver a mulher nesse processo, familiarizando-a com os materiais que a partir daquele momento, adentrarão o seu corpo para realizar o exame.

Prossegue-se realizando o exame das mamas, instruindo-a à importância do auto-exame, o objetivo fundamental é fazer com que a mulher conheça detalhadamente suas mamas, o que facilita a percepção de quaisquer alterações. Foi observado que algumas mulheres estranhavam ter que se despir totalmente, pois relatavam que na maioria dos exames já realizados não eram examinadas as mamas. Após o término do exame de Papanicolau explica-se por meio do desenho do colo uterino como se encontra o mesmo, e só então são solicitados exames, se necessários, e prescrito tratamento para possíveis Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Além disso, algo que trouxe grandes mudanças para o ambiente e transformações no processo de trabalho foi a adoção da musicoterapia durante todo o exame como forma de promover o bem estar, gerenciar estresse, expressar sentimentos, e melhorar a comunicação, promovendo assim um ambiente livre de estresse.

A música pode oferecer uma saída para a expressão emocional, permitindo a mudança de humor, facilitando o relaxamento, fornecendo estímulo como fonte de conforto. Sabe-se que essa modalidade de atendimento trabalha uma ampla variedade de situações, sendo um método fácil e barato de ser realizado na Atenção Primária à Saúde (APS), vista como a porta de entrada para os diversos problemas da população.

4 | PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Há 12 meses foi implantado essa forma simples, porém diferenciada de realizar o exame de Papanicolau na UBS; assim sendo, obtivemos grandes avanços como a descoberta de novos casos de mulheres apresentando NIC 2 (lesão pré-maligna moderada) e NIC 3 (lesão pré-maligna avançada); aumento da procura pelo exame de Papanicolau, especialmente por mulheres que não realizavam a prevenção há muitos anos devido à vergonha, esquecimento ou até medo de um resultado positivo pela não realização do rastreamento anualmente, além disso a procura de meninas jovens para realização do primeiro exame cresceu bastante, e as mulheres que realizam anualmente o exame se mostravam surpresas e bastante satisfeitas com o formato do atendimento.

Durante a realização do exame elas interagiam com a enfermeira, por meio de perguntas como o tipo de material que estava sendo utilizado e os achados presentes, demonstrando melhor entendimento do passo a passo do exame. A satisfação era algo visto na maioria das mulheres, diferentemente de alguns meses atrás, onde era observado sensação de alívio por ter passado mais uma vez por esse processo, muitas vezes visto como vergonhoso e estressante.

Além disso, quando retornavam a consulta para saberem o resultado,

encontravam-se cientes do principal objetivo do exame que é a busca pela existência de alterações celulares malignas ou pré-malignas, além de pesquisar a presença de infecções ginecológicas, isso foi observado devido a muitas mulheres perguntarem se o exame havia dado negativo para câncer, antes elas sabiam que era importante realizar o exame de prevenção, porém não sabiam o porquê e o que buscávamos.

5 | CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo trouxe grandes avanços para nossa comunidade e nosso município, pois se reconhece os inúmeros desafios a serem enfrentados, entre eles, destacam-se aqueles relativos à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção, vistos como o modo de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de ações práticas, baratas e que consigam causar grandes transformações na realidade da comunidade.

Tendo como principal objeto a atenção holística, a fim de influenciar fortemente no modo como os indivíduos e coletivos serão cuidados no cotidiano. A APS é resolutiva podendo solucionar grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, desde que sejam elaboradas formas de trabalho capazes de compreender e identificar as necessidades de saúde e intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente.

Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral e compartilhada.

REFERÊNCIAS

1. Brito CMS, Nery IS, Torres LC. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. *Rev. bras. enferm.* 2007 Ago [cit 2015 Nov 28]; 60(4): 387-390. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400005&lng=en.
2. Neri EA, R et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolau de prostitutas. *Texto contexto - enferm.* [online]. Vol.22, n.3, pp. 731-738. ISSN 0104-0707, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300020>.
3. Anjos SSB, et al. Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas. *Rev. Bras. Enferm.* [online], vol.66, n.4, p. 508-513 ISSN 0034-7167, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400007>.
4. Brito SK, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Abri [cited 2015 Nov 28]; 48(2):240-248. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200240&lng=en.

O NUTRICIONISTA NO PROGRAMA TELESSAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

Maria Thereza Furtado Cury

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social.

Rio de Janeiro – RJ

Cíntia Chaves Curioni

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social.

Rio de Janeiro – RJ

Célia Lopes da Costa

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Aplicada.

Rio de Janeiro – RJ

Flávia dos Santos Barbosa Brito

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Instituto de Nutrição, Departamento de Nutrição Social.

Rio de Janeiro – RJ

RESUMO: A área da saúde envolve situações que exigem a prática integrada de saberes, habilidades técnicas, atitudes e capacidade de tomada de decisões. Nesse contexto, o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) têm se destacado, por ser capaz de democratizar e expandir as oportunidades

educacionais, propiciando uma educação aberta e continuada em saúde. Portanto, o uso das TICs visa capacitar as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica, elevando a qualidade do atendimento ministrado pelo SUS. O objetivo desse capítulo é discorrer sobre o projeto TELENUTRIÇÃO, desenvolvido pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) junto ao TELESSAÚDE/UERJ. Este projeto utiliza meios de comunicação virtuais com intuito de ter maior abrangência e eficácia na divulgação da ciência da nutrição, junto aos profissionais de saúde bem como o corpo discente das universidades, atingindo simultaneamente um grande público. As diversas estratégias adotadas desde a implantação do projeto TELENUTRIÇÃO até os dias de hoje englobam webconferências, teleconferências, cursos de atualização, fóruns de discussões, teleconsultorias e apoio a algumas atividades em parceria com outros projetos. Além de artigos científicos e participação de congressos na área de das TICs e da Nutrição.

PALAVRAS-CHAVE: Educação à distância. Telessaúde. Telenutrição. Teleconsultoria.

ABSTRACT: Health involves situations that require the integrated practice of knowledge, technical skills, attitudes, and decision-making skills. In this context, the use of Information and Communication Technologies (ICTs) has stood out for being able to democratize and expand educational opportunities, providing an open and continuing education in health. Therefore, the use of ICTs aims to empower Family Health Teams (FHS) and Primary Care Teams, raising the quality of care provided by the SUS. The purpose of this chapter is to discuss the TELENUTRITION project, developed by the Institute of Nutrition of the State University of Rio de Janeiro (UERJ) with TELESSAÚDE / UERJ. This project uses virtual media in order to have greater coverage and effectiveness in the dissemination of nutrition science to health professionals as well as university students, while reaching a large audience. The various strategies adopted since the implementation of the TELENUTRITION project until today include web conferences, teleconferences, refresher courses, discussion forums, teleconsultations and support for some activities in partnership with other projects. In addition to scientific articles and participation in congresses in the area of ICTs and Nutrition.

KEYWORDS: Distance Education. Telehealth. Telenutrition. Teleconsultation.

1 | INTRODUÇÃO

O uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) na educação à distância, através de sistemas globais de redes de computadores interligadas (Internet), vem sendo utilizado com sucesso em várias situações. As redes de computadores atuam como uma das fontes propulsoras de uma nova ordem tecnológica, formando um mercado dinâmico, aberto e competitivo. Diante deste fato, o processo de comunicação vem mudando e, conseqüentemente, a internet vem alterando o comportamento na área de ensino, promovendo a interatividade fundamental para o processo de ensino/aprendizagem.

O processo de educação à distância (EAD) surge como uma nova forma de aprendizagem e de treinamento tanto nas organizações privadas quanto públicas. Como vantagens, a EAD apresenta menor custo, rompimento de barreiras pela distância, liberdade no processo de aprendizagem com cumprimento das tarefas, assim como liberdade na ordenação temporal dessa aprendizagem, dentre outras.

O Programa Nacional de Telessaúde (Telessaúde Brasil Redes), iniciado em 2007, foi uma ação conjunta dos Ministérios da Saúde, Ciência & Tecnologia e Educação, desenvolvida em parceria com as Universidades públicas brasileiras. Consistiu em utilizar as TICs para melhor capacitar as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Atenção Básica, elevando a qualidade do atendimento ministrado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2009). O

Programa buscou também promover a maior integração entre ensino superior e serviços de saúde. Na prática, o Telessaúde Brasil Redes permitiu a inclusão digital, integrando instituições nacionais e internacionais nas ações de ensino, ampliando o apoio a assistência e incentivando a pesquisa colaborativa para que profissionais de saúde de áreas geograficamente remotas tivessem acesso à capacitação.

Atualmente, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) mantém o Laboratório de Telessaúde/UERJ e o mesmo está vinculado diretamente ao Centro Biomédico da própria universidade. Atua na perspectiva de promover, articular, planejar, orientar e elaborar procedimentos e projetos, além de monitorar, acompanhar, formalizar e disseminar o conhecimento do Telessaúde, tendo como resultado o desenvolvimento de atitudes, competências e habilidades mediadas por tecnologias para atuação dos profissionais na educação e na assistência em saúde.

O projeto de extensão “O nutricionista no programa TELESSAÚDE”, do Instituto de Nutrição da UERJ foi cadastrado no Departamento de Extensão da Sub-reitoria de Extensão desta universidade em 2009, com a intenção de desenvolver discussões e ações de alimentação e nutrição, contribuindo para a segurança alimentar e nutricional junto às equipes do programa estratégia de saúde da família, no âmbito dos núcleos do Telessaúde do Estado do Rio de Janeiro e locais interessados, através da TIC. Posteriormente, decidiu-se integrar estudantes de nutrição, nutricionistas e profissionais de saúde de uma forma geral neste movimento.

A seguir, são apresentadas as estratégias utilizadas no projeto de extensão, desde a implantação até os dias de hoje, destacando as principais atividades como: webconferências, teleconferências, cursos de atualização, fóruns de discussões, teleconsultorias e apoio a outros grupos parceiros que necessitam dessa ferramenta digital.

2 | TELENUTRIÇÃO NO CONTEXTO DO TELESSAÚDE

O Telenutrição atua numa das áreas específicas desenvolvidas no núcleo Telessaúde/UERJ, que é nosso parceiro, apoiando com a infraestrutura e recursos tecnológicos.

Dentre os diversos núcleos de Telessaúde no Brasil, o do Rio de Janeiro foi o primeiro a contemplar a área de nutrição no país, e com a criação do projeto houve um destaque para a relação do ser humano com o alimento, mostrando a fundamental importância na prevenção, manutenção e equilíbrio da saúde. Levou-se, também em consideração a necessidade de garantir o direito constitucional de segurança alimentar e nutricional, fortalecendo a criação deste projeto para atender esta finalidade.

Portanto, este projeto é responsável pelos conteúdos de alimentação e

nutrição, e tem o objetivo de promover discussões junto aos profissionais de saúde, em especial, da rede de atenção básica em saúde, bem como, integrar profissionais e estudantes de nutrição neste movimento. Além disso, obteve-se junto à Sub-Reitoria de Extensão da UERJ, a inserção de alunos do Curso de Graduação em Nutrição como bolsistas, conectando-os a uma visão e atividade no mundo virtual ampliando sua formação em pesquisa, ensino e extensão.

O processo de planejamento inicial do Telenutrição/RJ considerou os resultados obtidos das respostas de integrantes das equipes de Saúde da Família ao questionário elaborado pelo Telessaúde/RJ, objetivando o mapeamento dos principais temas de interesse. Estes foram posteriormente organizados em cinco eixos temáticos e utilizados nas atividades desenvolvidas, como nutrição materno-infantil, nutrição em diferentes fases da vida, cuidados com alimentação, terapia nutricional nas doenças e políticas de alimentação e nutrição. Os eixos temáticos também foram utilizados na proposição dos cursos de atualização e fóruns de discussão e de notícias (Valle e Cury, 2012). Nesses 10 anos de atuação (2009-2019), diversas atividades são desenvolvidas pelo Telenutrição, que serão apresentadas a seguir.

2.1 Teleconferências

Foram apresentadas teleconferências quinzenais abordando temas variados sobre saúde, alimentação e nutrição, em consonância com os assuntos elencados nos questionários mencionados acima. Em cada teleconferência, apenas um palestrante apresentava o seu trabalho na forma de experiência profissional ou atualizações sobre um tema e esse modelo foi utilizado até 2010.

A partir de 2011, o Telenutrição, assim como as outras áreas do Telessaúde/ UERJ, reformulou o seu modo de apresentação, oferecendo teleseminários mensais, com temas variados, ampliando a questão da segurança alimentar e nutricional, contando agora com dois palestrantes e um moderador, permitindo assim um maior debate e discussão acerca do tema. Esta modalidade se caracteriza por ser uma conferência via *web* de caráter expositivo, onde a comunicação ocorre para um grupo aberto de participantes através de som e imagem e a interação se dá através do envio de perguntas e considerações via *chat*. No modelo de teleseminários adotado pelo núcleo, hoje chamados *webinars*, geralmente dois palestrantes fazem exposições mediante a presença de um moderador. Cada exposição, subsidiada por recursos multimídia, apresenta duração de aproximadamente 30 minutos, sendo o tempo restante destinado para perguntas e considerações dos participantes, totalizando no máximo duas horas de duração.

Quanto a clientela, esta se caracteriza profissionalmente da seguinte forma: Equipe de saúde (médicos, nutricionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde), Universidade (professores e estudantes) e

Visitantes.

Em estudos realizados observa-se que os acessos, em geral, são realizados por visitantes, equipe de saúde e universidade de forma equilibrada. Em nossas análises foi observado que a clientela manteve uma distribuição relativamente similar, tendo o público alvo as ESF e profissionais de rede básica de saúde destacando-se com 35,9%. Outro fato importante está ligado à Universidade. Apesar de não ser um público alvo, não podemos desvincular a importância na formação discente e a participação do corpo docente. Ao despertar o interesse da classe universitária vale ressaltar o espaço importante do Telenutrição e do Telessaúde na formação dos futuros profissionais (Valle e Cury, 2012).

É importante destacar que nesta modalidade, as teleconferências e teleseminários (*webinars*) ficam disponíveis em sítio próprio para serem vistos e revistos a qualquer tempo e hora.

2.2 Teleconsultorias

Entre as modalidades contempladas dentro da Teleassistência, destacam-se as teleconsultorias que consistem em uma troca de informações entre profissionais da saúde, remotos e locais, para se discutir um caso clínico, ações em saúde ou questões relativas ao processo de trabalho, ou ainda, para obter uma segunda opinião, quando há necessidade de uma *expertise* inexistente no local. A teleconsultoria pode ser assíncrona, quando o profissional solicitante recebe a resposta por meio de mensagens *offline* ou síncrona, quando é realizada uma conversa online (webconferência pré-agendada) para discussão do problema.

Em 2012, optou-se por trabalhar com as teleconsultorias assíncronas, com respostas num tempo máximo de 48 horas. O processo da teleconsultoria se inicia a partir da demanda do profissional solicitante motivado por suas necessidades cotidianas. A solicitação é então avaliada pelo teleconsultor, que poderá requerer informações adicionais para melhor entendimento da dúvida do profissional de saúde. Assuntos muito amplos (com pouco foco) receberão respostas mais superficiais, situando a dúvida em geral, enquanto solicitações com foco bem definido receberão respostas mais direcionadas e detalhadas. O consultor tem então 48 horas para atender a demanda e elaborar a resposta. Podem ser anexados até dois documentos utilizados para a elaboração da resposta ou que a complementem. A Figura 1 demonstra o fluxo das teleconsultorias em nutrição.

Em relação ao perfil das teleconsultorias realizadas pelo Telenutrição/RJ, ressalta-se que a demanda é baixa. Foi realizado um levantamento das teleconsultorias realizadas no período de 2009 a 2019 e observou-se um total de 70 consultorias oriundas principalmente do Estado do Rio de Janeiro (60%), que é o foco principal de nossa atividade com destaque para o Município de Resende,

representando 26,6% e o Estado de Minas Gerais (20%).

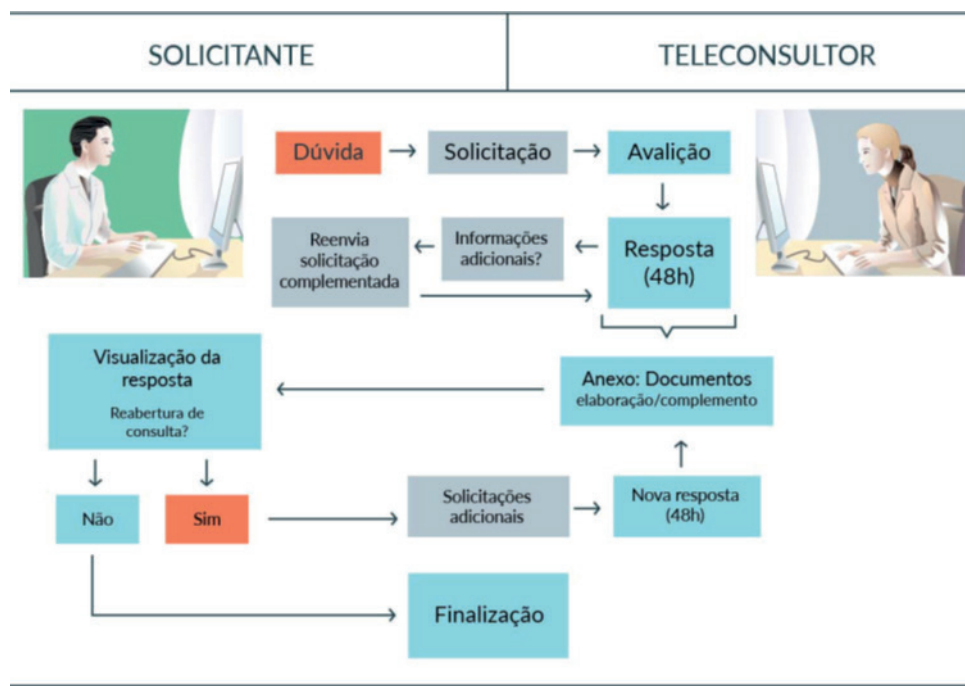


Figura 1: Fluxo das Teleconsultorias realizadas pelo Telenutrição

As solicitações são feitas prioritariamente por nutricionistas, com 64,3% de encaminhamento de consultas, seguido por enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos e agentes comunitários de saúde (Gráfico 1).

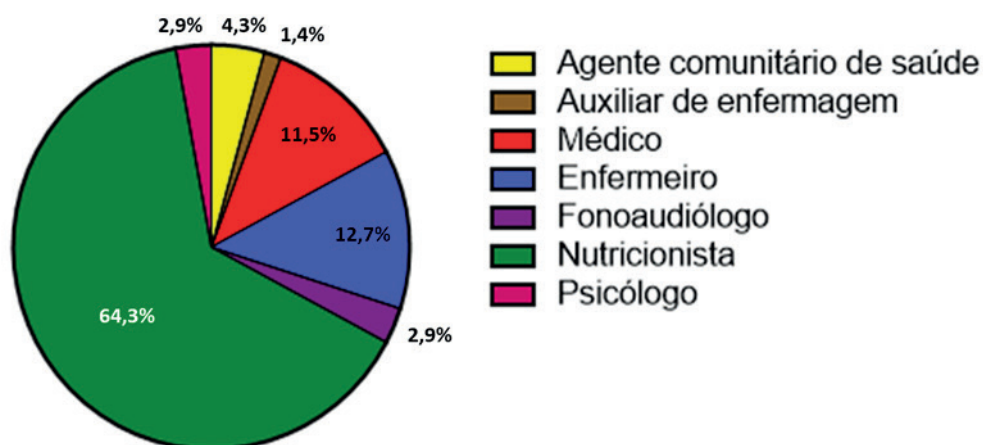


Gráfico 1: Categorização das solicitações das Teleconsultorias por categoria profissional, 2009-2019

As dúvidas solicitadas apresentaram uma diversidade de assuntos. Em relação ao eixo-temático das teleconsultorias realizadas pelo Telenutrição, a Nutrição foi a principal área de interesse (94,2%). Dentre a diversidade de assuntos propostos, a grande demanda foi quanto a Terapia nutricional em diversas patologias (41,4%) e Nutrição materno-infantil (30%) (Gráfico 2).

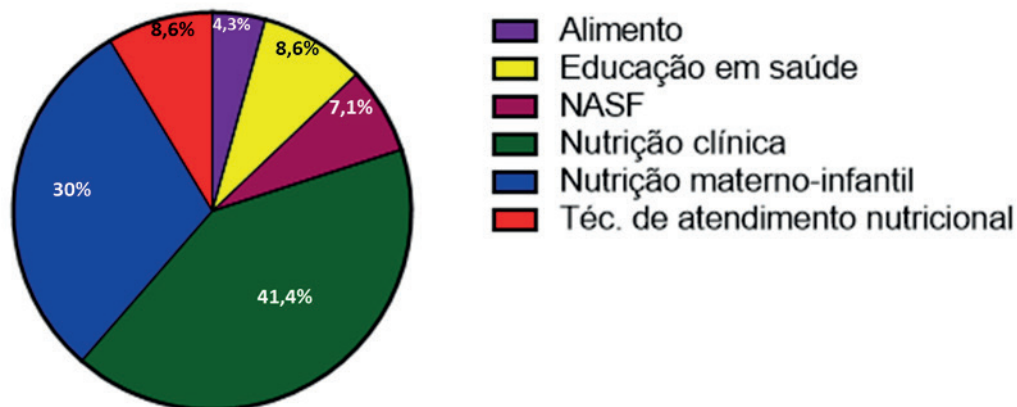


Gráfico 2: Categorização das Solicitações das Teleconsultorias por eixo temático, 2009-2019.

A teleconsultoria é uma nova forma de trabalho, porém ainda pouco inserida no cotidiano dos profissionais da atenção primária de saúde. São necessárias novas rotinas, exigindo um planejamento e reestruturação para que a teleconsultoria seja incorporada na prática diária.

2.3 Cursos de atualização

Estes são realizados exclusivamente à distância e certificados pela Sub-reitoria de Extensão e Cultura da UERJ. Têm duração de 15 horas distribuídas entre as aulas e a avaliação escrita. Todos os cursos têm arquivos com artigos relacionados a cada aula, disponíveis para leitura complementar. Ao final, uma avaliação objetiva referente ao conteúdo abordado no curso é aplicada e uma nota mínima de 70% é necessária para emissão do certificado. É importante destacar que, além da nota mínima na prova, é preciso que o participante acesse todos os tópicos presentes no curso, além das aulas. Isso inclui o comunicado, a bibliografia e, mais recentemente, a avaliação do curso, que oportuniza a reflexão sobre o curso e sua prática, permitindo redimensionar seu planejamento, se necessário. No momento, existem 4 cursos disponíveis, a saber: Alimentação e Nutrição nas Doenças Associadas à Gestação; Aconselhamento Nutricional da Obesidade na Infância e Adolescência; Gestão no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE; Promoção da Alimentação Saudável no Ambiente Escolar. Ressalta-se que os dois últimos são resultados da parceria Telenutrição/ Núcleo Colaborador de Alimentação Escolar (NUCANE) (Tabela 1).

Em 2015, devido a um levantamento do Telessaúde/RJ, foi constatado que, depois de três anos do uso da metodologia dos *webinars*, houve uma queda na participação do público. Com isto, foi proposto iniciar a gravação de minicursos, mesmo mantendo os *webinars* para temas mais atuais, que tivessem maior demanda. Estes se constituem numa abordagem mais ampla do tema escolhido. A duração é

de três horas e não existe a figura do moderador. São constituídos de três módulos de aproximadamente 50 minutos, com questões de múltipla escolha inseridas após a exposição de todos os módulos. O minicurso é gravado e fica disponível para acesso remoto, não ocorrendo em tempo real, outra grande mudança quando comparado ao teleseminário. O Telenutrição realizou seu primeiro minicurso com o tema “Nutrição na Saúde Mental”, atendendo a uma das áreas consideradas como prioritárias pelo Ministério da Saúde.

Aconselhamento Nutricional da Obesidade na Infância e Adolescência – 15 horas – Coordenação: Maria Thereza Furtado Cury

1- Gestão no Programa Nacional de Alimentação Escolar – 15 horas -

Coordenação: Luciana Maria Cerqueira Castro

2- Promoção da Alimentação Saudável no Ambiente Escolar – 15 horas –

Coordenação: Luciana Maldonado e Maria Thereza Cury

3- Alimentação e Nutrição nas Doenças Associadas à Gestação – 15 horas –

Coordenação: Maria Thereza Furtado Cury

4- Nutrição e Envelhecimento – 15 horas –

Coordenação: Liliâne de Carvalho Pacheco (UNATI/UERJ)

5- Bases da Nutrição em Saúde Mental – 3 horas –

Coordenação: Roberto Mozart de Castro

Tabela 1 – Cursos de atualização à distância oferecidos pelo Telenutrição/RJ

2.4 Apoios e parcerias

Ainda em 2010 iniciamos parceria com o NUCANE do Instituto de Nutrição da UERJ. Esta colaboração se deu através de um de seus braços, a Rede Estadual de Alimentação e Nutrição Escolar (REANE), que busca prestar apoio técnico e operacional aos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, sendo um espaço para a troca de experiências e integração dos atores envolvidos na execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Ficou sob a responsabilidade do Telenutrição/RJ o apoio e transmissão de seminários semestrais, de forma síncrona, que se configuram como um espaço de reunião entre os responsáveis técnicos, gestores e demais atores do PNAE nos municípios do estado. Até o momento, foram realizadas seis plenárias, que estão armazenadas e disponíveis para consulta.

Também apoiamos a graduação, a pós-graduação *latu sensu* e o programa de pós-graduação *strictu-sensu* Alimentação, Nutrição e Saúde (PPG-ANS) do INU através de videoconferências com outras universidades e defesas de dissertações

de mestrado e teses de doutorado, com membros da banca de outras cidades, estados e países.

Outras ferramentas utilizadas pelo Telenutrição/RJ como suporte assíncrono incluíam: bibliotecas virtuais, *chats* e fóruns de discussão. Devido a pouca utilização dentro do Telessaúde/RJ, tais ferramentas foram desativadas em 2013. Ressalta-se que dentro do Telenutrição/RJ, o fórum de discussão foi constantemente alimentado com participação ativa dos usuários cadastrados. As discussões a respeito de alimentação e nutrição junto aos profissionais das equipes de saúde da família e estudantes permitiam uma integração, através de diálogos à distância entre indivíduos geograficamente dispersos, favorecendo uma construção coletiva de saberes.

3 | CONCLUSÕES

O Telenutrição vem alcançando o país em todas as regiões, principalmente no interior, devido às dificuldades de acesso a Universidades e/ou centros de formação continuada em saúde.

É uma ferramenta eficaz no aprendizado, pois o material apresentado fica disponível ao usuário que pode acessá-lo remotamente a qualquer tempo. Assim, por ofertar cursos de atualização, torna-se uma excelente ferramenta pedagógica capaz de democratizar e expandir as oportunidades educacionais e propiciar uma educação aberta e continuada em saúde. Alunos são incentivados a incorporar essa ferramenta na sua rotina, permitindo que se aproximem mais precocemente de temáticas relacionadas à alimentação e nutrição no SUS. Nossa atividade tem como premissa atuar, seja como colaborador de outros projetos de pesquisa e extensão, seja em atividades extensionistas ou no apoio à graduação e pós-graduação.

As estratégias voltadas para a troca de informações entre profissionais da saúde, remotos e locais, para se discutir um caso clínico, processos de trabalho, ou ainda, para obter uma segunda opinião, ainda são pouco utilizadas, talvez por desconhecimento. Mas cremos que conseguiremos superar esta situação. Para conhecer nosso trabalho procure o Telessaúde/UERJ, acessando <http://www.telessauderj.uerj.br/> >se cadastre> entre e procure por Eventos > e entre em alimentação e nutrição. Se quiser se comunicar conosco use o email teleinu@gmail.com.

Concluindo, podemos afirmar que na qualidade de projeto inovador o Telenutrição/RJ vem cumprindo seus objetivos e por ser uma experiência de extrema versatilidade, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias para maior divulgação do espaço virtual.

REFERENCIAS

- Brasil **Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde**. Ministério da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde – **Programa Nacional de Telessaúde: Atenção Primária à Saúde** – Página de internet, Brasília, 2009, disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/php/level.php?lang=pt&component=42&item=1> Acessado em 10 de abril de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica; nº 27: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 28 fev. 2011.
- CURIONI CC; CURY MTF; CARMO, MG. **Potencialidades das Atividades de Teleconsultorias em Nutrição**. *J Bras. Tele*. V.2, n. 3, p. 41-45, 2013.
- CURIONI, CC; BRITO, FBS, BOCOLINI, CS. **O Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação na Área da Nutrição**. *J Bras. Tele*. V.2, n. 3, p. 51-59, 2013.
- CURY, MT; VALLE J. MARTINS MA, SATURNINO P, **Telenutrição: Além da Contemporaneidade**. 11ª Semana de graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2011. Anais da 11ª Semana de graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011.
- CURY, MT; VALLE J; MARTINS MA. **Telenutrição: avaliação de um projeto**. XII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Anais do XII Congresso Brasileiro de Informática em Saúde. Porto de Galinhas, Pernambuco, 130 p, 2010
- CURY, MT; VALLE, J; CASTRO, LMC; MONTEIRO, A; MARTINS, MA, SATURNINO, P. **Telenutrição e Educação permanente em nutrição para todos**. Anais do World Nutrition. Rio2012. Rio de Janeiro, 2012.
- CURY MTF; VALLE J, NÓBREGA, T; ASSUNÇÃO, KF; CARVALHO, HGL; JESUS, PR. **Avaliação do curso a distância: promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, ministrado pelo Telenutrição- RJ**; *J Bras Tele*. V.2, n. 3, p. 98 -102, 2013.
- MALDONADO, L A; CASTRO L M. C.; OLIVEIRA, J. M.; CARDOSO, E.S. **Estratégias de formação em alimentação escolar por meio do Telessaúde**. *J Bras Tele*. V.2, n. 3, p. 60-64, 2013.
- NORRIS, A.C. **Essentials of telemedicine and Telecare**. Baffin Lane – England: John Wiley & Son, 2002.
- NOVAES MA, ARAÚJO KS, TAVARES SMB. **Integração da universidade com a rede pública de saúde: experiência no desenvolvimento de um programa de videoconferência para capacitação em saúde**. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco; 4 p, 2003.
- SOMEKH, B. **New technology and Learning: policy and practice in the UK, 1980-2010**. Education and Information Technologies, New York, v.5, n.1, p.19-37, 2000.
- VALLE J, CURY MT. **Telenutrição: a informação nutricional junto as equipes de saúde da família**. IV Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde e Telessaúde e II Workshop do Laboratório de Excelência e Inovação em II Workshop do Laboratório de Excelência e Inovação em Telessaúde América Latina e Europa. Belo Horizonte; IV Congresso Brasileiro de Telemedicina, 2009
- VALLE, J; CURY MT; MARTINS; MA; SATURNINO P; SANTOS; MV; SILVA, RF; NEVES, J; JUNIOR,

WSR; KRAUSE, B; DINIZ, EP. **Estudo comparativo do Telenutrição em diferentes períodos.** 5º Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina e Telessaúde do CBTMS. Manaus; 2011. 5º Congresso Brasileiro e Internacional de Telemedicina Telessaúde do CBTMS, 2011.

VALLE, J; CURY, MTF. **Telenutrição: Mudando paradigmas na Educação em Saúde.** Revista HUPE.; n.11, p.40-44, 2012.

OS MICRÓBIOS NO NOSSO DIA A DIA: COMPARTILHANDO SABERES, NOÇÕES DE HIGIENE E PROFILAXIA COM OS ALUNOS DO ENSINO FUNDAMENTAL DA REDE DE ENSINO DE SÃO GONÇALO E NITERÓI, RJ

Data de aceite: 21/12/2019

Rogério Carlos Novais

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Formação de Professores
São Gonçalo, Rio de Janeiro

Mônica Antônia Saad Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Faculdade de Formação de Professores
São Gonçalo, Rio de Janeiro

RESUMO: A microbiologia é uma área da Biologia que faz parte da grade curricular de ciências naturais, muitas vezes, porém, este tema é negligenciado pelos professores, e uma das causas refere-se às dificuldades para o desenvolvimento de estratégias de ensino aprendizagem mais dinâmicas e atraentes para o estudante. É possível no entanto trabalhar este tema com os alunos da educação básica construindo aulas mais interativas e participativas, com a presença de professores e alunos trabalhando em conjunto experimentos práticos em sala de aula, fazendo a ligação com o cotidiano do aluno. Sabendo-se da dificuldade das escolas públicas em oferecer recursos a professores e alunos, têm-se a necessidade de buscar alternativas que não

sejam onerosas, mas que ao mesmo tempo proporcionem uma aprendizagem possível. A utilização de metodologias alternativas para o ensino de Microbiologia mostra que é possível trabalhar aulas práticas e experimentais mesmo sem laboratório e equipamentos específicos. Neste projeto sugerimos a utilização de quatro experimentos com os quais pretendemos trabalhar conceitos e idéias relativas à Microbiologia de maneira lúdica com alunos do nível fundamental, como atividades extraclases, em algumas escolas da rede privada e pública dos municípios de Niterói e São Gonçalo. A partir destes procedimentos práticos, esperamos que os alunos possam ser introduzidos no tema de maneira lúdica, adquirindo conhecimentos através de processos reflexivos e coletivos, unindo a teoria à prática, reformulando conhecimentos equivocados se for o caso ou construindo novos conceitos, a partir da reflexão através das atividades propostas.

PALAVRAS-CHAVE: Micróbios, microbiologia, ensino

THE MICROBES IN OUR DAILY LIVES:
SHARING KNOWLEDGE, NOTIONS OF
HYGIENE AND PROPHYLAXIS WITH

ABSTRACT: Microbiology is an area of biology that is part of the natural science curriculum, but this subject is often neglected by teachers, and one of the causes refers to the difficulties in developing more dynamic and attractive learning teaching strategies for the student. It is possible, however, to work on this theme with students in basic education by building more interactive and participatory classes, with the presence of teachers and students working together practical experiments in the classroom, making the connection with the student's daily life. Knowing the difficulty of public schools in providing resources to teachers and students, there is a need to look for alternatives that are not costly but at the same time provide possible learning. The use of alternative methodologies for teaching microbiology shows that it is possible to work practical and experimental classes even without laboratory and specific equipment. In this project we suggest the use of four experiments with which we intend to work concepts and ideas related to Microbiology in a playful way with elementary students, such as extracurricular activities, in some schools of the private and public schools of the municipalities of Niterói and São Gonçalo. From these practical procedures, we hope that students can be introduced to the theme in a playful way, acquiring knowledge through reflective and collective processes, linking theory to practice, reformulating misconceptions if appropriate or building new concepts, based on reflection. through the proposed activities.

KEYWORDS: Microbes, microbiology, teaching

INTRODUÇÃO

A palavra “micróbio” deriva do grego “mikros” (pequena) “bios” vida, Ou seja, pequena vida. O ramo da Biologia que se dedica ao estudo dos micróbios é a Microbiologia, resumidamente são considerados micróbios os organismos invisíveis a olho nu, tais como bactérias, protozoários, vírus, fungos e algas unicelulares (Cassanti *et al.* 2008).

Devido ao fato de que muitos micróbios são organismos patogênicos, ou seja, tem a capacidade de uma vez em contato com um hospedeiro, desenvolver um processo de doença, O estudo destes microorganismos tem imensa importância para os seres vivos, e em particular, para o homem. Questões relacionadas à patogenicidade, epidemiologia, virulência, higiene e profilaxia tem grande importância para as Ciências Médicas e para a Saúde pública.

Também é fato que muitos microorganismos habitam de maneira harmônica em nossos organismos e são nossos hóspedes permanentes. Para que ocorra uma convivência harmônica temos que compreender o papel central que os microorganismos desempenham nas nossas vidas. Os microorganismos são nossos

hóspedes permanentes, eles estabelecem associações com outros seres, com o solo, com a água e mesmo se associam entre si. De fato, sem eles nenhum ser vivo sobreviveria na Terra. Homens, animais e plantas dependem das atividades metabólicas dos microrganismos para a reciclagem dos nutrientes essenciais e degradação da matéria orgânica.

Apesar de toda sua importância, a Microbiologia é muito pouco abordada no ensino fundamental (Cassanti *et al.* 2006, Marques & Marques 2007). Por ser relativamente complexo e por lidar com microrganismos visíveis apenas ao microscópio ótico, costuma ser trabalhado nas escolas de forma muito teórica e com pouca experimentação. Desta forma, observa-se uma dificuldade no aprendizado adequado de microbiologia, bem como na aplicação dos conceitos relacionados a este tema.

A percepção e compreensão do mundo microscópico pelos alunos não é fácil, tendo em vista que vivem no mundo com dimensão oposta aos dos microrganismos (Gewandsznajder 2010). Os educadores têm uma árdua tarefa ao preparar e ministrar suas aulas, tentando se esquivar de aulas expositivas com cópias e uso exclusivo do livro didático. Esse tipo de aula expositiva tem promovido desinteresse no aluno, capacidade baixa de reflexão, de julgamento e compreensão da realidade de seu meio (Cassanti *et al.* 2008). A falta de laboratórios e de materiais didáticos adequados por outro lado promoveu mudanças metodológicas em alguns educadores, que passaram a usar a criatividade para contextualizar o conteúdo com o cotidiano do aluno e inserindo experiências simples de baixo custo.

Uma peculiaridade no ensino de microbiologia refere-se à necessidade de atividades que permitam a percepção de um universo totalmente novo, o universo dos organismos infinitamente pequenos. Neste sentido, as atividades práticas são fundamentais para a compreensão, interpretação e assimilação dos conteúdos de Microbiologia, além disso, despertam o interesse pela descoberta, da qual o aluno torna-se o agente.

Conclui-se que o estudo de microbiologia dentro do currículo de ciências e biologia no ensino fundamental precisa de novas propostas ao conteúdo atualmente ministrado como alternativa ao modelo exclusivamente expositivo que encontramos na maioria das escolas. Para que este estudo se torne mais interessante, seria importante que houvesse recursos e tecnologias dentro das escolas e uma solução para a carência destes recursos seria o emprego de alternativas metodológicas visando uma aula mais criativa e participativa. Abegg & Bastos (2005) corroboram este pensamento afirmando que é possível trabalhar as aulas de ciências de maneira alternativa visando obter uma fundamentação à prática de ensino-aprendizagem através de um ensino investigativo, se lançando na formação de um aluno mais crítico e participativo. Neste contexto, percebe-se que a aplicação de novas metodologias

e utilização de recursos didáticos alternativos proporciona ao aluno a construção de seu conhecimento e a socialização do aprendizado.

OBJETIVOS

Diante do exposto acima, objetivamos neste trabalho:

- Aplicar um questionário a respeito de pontos gerais sobre a microbiologia, visando verificar o nível de conhecimento dos alunos, seu interesse pelo assunto, sua concepção prévia sobre o mesmo.

- Aplicar atividades lúdicas e participativas onde o aluno será convidado a compreender a partir de experimentos práticos e de fácil realização a presença dos microrganismos em nosso ambiente e sua importância e interação com os demais seres vivos.

METODOLOGIA

Os experimentos a serem utilizados e descritos neste tópico são os sugeridos na matéria “como ensinar biologia” de autoria de Gentile (2005) e utilizados por Marcos Engelstein, professor de Ciências do Colégio Santa Cruz, em São Paulo, que desenvolve em laboratório, com seus alunos de 7^a série as experiências descritas abaixo. Pretendemos realizá-los em visitas a escolas localizadas nas cidades de Niterói e São Gonçalo com a participação direta do Professor da disciplina, com turmas do ensino fundamental que estejam trabalhando o tema, e em ocasiões especiais tais como feiras de ciências, semanas de atividades extracurriculares etc.

Experimento 1: Cultivando bactérias

Objetivo: Mostrar a existência de micróbios e como eles contaminam o meio de cultura.

Material (para o meio de cultura): 1 pacote de gelatina incolor, 1 xícara de caldo de carne, 1 copo de água. Material (para a experiência): Duas placas de petri, Cotonetes, Filme plástico, Etiquetas adesivas, Caneta

Procedimento: Dissolver a gelatina incolor na água, conforme instruções do pacote. Misturar ao caldo de carne. Os alunos passarão o cotonete no chão ou entre os dentes, ou ainda entre os dedos dos pés (de preferência depois de eles ficarem por um bom tempo fechados dentro dos tênis). Há ainda outras opções, como usar um dedo sujo ou uma nota de um real. O cotonete será esfregado levemente sobre o meio de cultura para contaminá-lo. Feche as placas de petri. Marque nas etiquetas adesivas que tipo de contaminação foi feita. Depois de três dias, observe as alterações.

Explicação: Ao encontrar um ambiente capaz de fornecer nutrientes e condições para o desenvolvimento, os microrganismos se instalam e aparecem. Esse ambiente pode ser alimentos mal embalados ou guardados em local inadequado. O mesmo acontece com o nosso organismo: sem as medidas básicas de higiene, ele torna-se um excelente anfitrião para bactérias e fungos.

Experimento 2: Testando produtos de limpeza

Objetivo: Provar a eficácia de desinfetantes e outros produtos que prometem acabar com os microrganismos.

Material: Bactérias criadas na experiência no 1, Cultivando Bactérias (com sujeira do chão ou com a placa bacteriana dentária), 1 placa de petri limpa (ou tampa de margarina), com meio de cultura, 1 pedaço de filtro de papel, 1 pinça, 1 tubo de ensaio, 1 copo de desinfetante, água sanitária ou anti-séptico bucal, 1 estufa (é possível improvisar uma com caixa de papelão e lâmpada de 40 ou 60 watts), água.

PROCEDIMENTO

Raspe um pouco das bactérias que estão nas placas já contaminadas, dilua-as em algumas gotas de água (use um tubo de ensaio) e espalhe a mistura de água com bactérias na placa de petri com meio de cultura. Com a pinça, molhe o filtro de papel no desinfetante (se usar as bactérias criadas com a sujeira do chão, do dedo ou da nota de papel) ou no antisséptico bucal (se usar as originadas da placa bacteriana dentária). Coloque o filtro no meio da placa contaminada por bactérias e guarde-a na estufa. Aguarde alguns dias. Quanto melhor o produto, maior será a auréola transparente que aparecerá em volta do papel; se for ruim, nada acontecerá.

Explicação: Para serem eficientes, os produtos devem impedir o crescimento dos microrganismos. Os bons desinfetantes usam compostos com cloro ou outros produtos químicos tóxicos para alguns micróbios.

Experimento 3: Estragando o mingau

Objetivo: Perceber a necessidade de guardar bem os alimentos para que eles não se contaminem.

Material: 5 copinhos de café numerados, 1 saco plástico ou filme plástico, 2 colheres de amido de milho ou outro tipo de farinha, 1 colher de óleo, 1 colher de sopa, 1 panela pequena, 1 copo de vidro, 1 colher de vinagre, água

Procedimento: Prepare o mingau com o amido de milho e um copo de água. Misture bem e leve ao fogo até engrossar. Coloque o mingau ainda quente até a metade dos copinhos. Deixe o copo 1 aberto, em cima da pia do laboratório. Cubra o copo 2 com o filme plástico, vede-o, e deixe-o também sobre a pia. O copo 3 será

completado com óleo e o 4, com vinagre. O copo 5 será colocado na geladeira, sem cobertura. Observe com a turma em qual mingau apareceram as primeiras alterações. Depois de uma semana, peça a todos para descrever a aparência de cada copo e fazer desenhos coloridos, seguindo o que viram nos copinhos.

Explicação: A temperatura alta, usada no cozimento do mingau, matou os microrganismos. Já o calor que ultrapassa os 30 graus Celsius deixa o ambiente propício para a proliferação de micróbios, que se depositam no mingau deixado ao ar livre.

Observe o que acontece com cada copo de mingau: 1. É o que apresenta mais alteração, pois ficou na temperatura ambiente e sem proteção, exposto aos microrganismos. 2. Está menos estragado que o primeiro, porque o filme plástico impede que os micróbios se depositem sobre ele. 3. O óleo funciona como cobertura ou embalagem, impedindo qualquer contato com o ar e, por consequência, com os micróbios. 4. A acidez do vinagre impede o aparecimento de microrganismos (é o princípio de preparação de algumas conservas). 5. As baixas temperaturas são as que mais retardam o aparecimento de fungos, por isso a geladeira é o melhor lugar para conservar alimentos.

Experimento 4: Mãos limpas?

Objetivo: Mostrar que mãos aparentemente limpas podem conter microrganismos.

Material: 1 colher de fermento biológico diluído em um copo de água, Água com açúcar em uma tigela, 1 tubo de ensaio, 1 funil, 1 rolha para fechar o tubo de ensaio, 1 chumaço de algodão, Algumas gotas de azul de bromotimol

Procedimento: Peça para a turma lavar bem as mãos. Divida a classe em grupos de cinco. Um aluno joga o fermento biológico na mão direita e cumprimenta um colega com um aperto de mão. Esse cumprimenta outro e assim por diante. O último lava as mãos na tigela com água e açúcar.

Com o funil, coloque um pouco dessa água no tubo de ensaio. Molhe o algodão no azul de bromotimol e coloque-o na boca do tubo de ensaio, sem encostar-se ao líquido. Feche-o com a rolha e espere alguns dias. O azul virará amarelo devido a ação dos fungos.

Explicação: Dentro do tubo de ensaio, a água com açúcar fornece o alimento necessário para os microrganismos no caso, fungos se desenvolverem. Os fungos respiram e liberam gás carbônico, o que torna o ambiente do tubo ácido. Com isso, o azul de bromotimol, sensível à alteração de pH, muda sua cor para amarelo. Ressalte que medidas de higiene pessoal, feitas com regularidade, evitam uma série de doenças.

RESULTADOS ESPERADOS

Para o desenvolvimento da aprendizagem em microbiologia, propomos a utilização de novas metodologias de ensino, como alternativa para se alcançar o objetivo educacional. Essa área da Biologia faz parte da grade curricular de ciências naturais, porém fica mais atraente a partir da 6ª série do ensino fundamental. Muitas vezes, porém, este tema é negligenciado pelos professores, e uma das causas refere-se às dificuldades para o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem mais dinâmicas e atraentes para o estudante.

É possível se trabalhar com os alunos da educação básica a construção de aulas mais interativas e participativas, com a presença de professores e alunos trabalhando em conjunto experimentos práticos em sala de aula, fazendo a ligação com o cotidiano do aluno.

Sabendo-se da dificuldade das escolas públicas em oferecer recursos a professores e alunos, têm-se a necessidade de buscar alternativas que não sejam onerosas, mas que ao mesmo tempo proporcionem uma aprendizagem possível. A utilização de metodologias alternativas para o ensino de Microbiologia mostra que é possível trabalhar aulas práticas e experimentais mesmo sem laboratório e equipamentos específicos.

As aulas práticas envolvendo microrganismos são um estímulo para o desenvolvimento do estudante. Segundo Hoerning & Pereira (2003) a prática é o meio pelo qual o aluno constrói seu conhecimento, pois é a partir dela que os conceitos são construídos. Os professores de ciências, tanto de nível fundamental como de nível médio, em geral acreditam que o ensino poderia ser aperfeiçoado com a introdução de aulas práticas (Hoering & Pereira, 2003).

A partir dos procedimentos práticos esperamos que os alunos possam ser introduzidos no tema de maneira lúdica, adquirindo conhecimentos através de processos reflexivos e coletivos, unindo a teoria à prática, reformulando conhecimentos equivocados se for o caso ou construindo novos conceitos, a partir da reflexão através das atividades propostas.

REFERÊNCIAS

Abegg, I. & Bastos, F.P. 2005. **Fundamentos para uma prática de ensino-investigativa em ciências naturais e suas tecnologias: exemplar de uma experiência em séries iniciais.** Santa Maria. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias, 4:3.

Cassanti, A.C., Cassanti, A.C., Araujo, E.E., Ursi, S. 2006. **Microbiologia Democrática: estratégias de ensino-aprendizagem e Formação de professores.** São Paulo, Colégio Dante Alighieri. 27p.

Cassanti, A.C., Cassanti, A.C., Araujo, E.E., Ursi, S. 2008. **Microbiologia Democrática: estratégias de ensino-aprendizagem e formação de professores.** Enciclopédia Biosfera, n.5. p. 2. Disponível

em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2008/microbiologia1.pdf> Acesso em: 18/ 09/2013

Gentile, P. 2005. **Como ensinar Microbiologia, com ou sem laboratório**. Revista Escola (Editora Abril). Disponível em <http://revistaescola.abril.com.br/ciencias/pratica-pedagogica/como-ensinar-microbiologia-426117.shtml> Acesso em 29 de maio de 2015.

Gewandsznajder, F. 2010. **Ciências do 6º ao 9º ano**. 4 ed. São Paulo. Editora Ática.

Hoerning, A.M. & Pereira, A.B. 2003. **As aulas de ciências iniciando pela prática: o que pensam os alunos**. Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências e Matemática – PPGECIM. p 19-28.

Marques, A.S. & Marques, M. C. 2007. **Conhecer os micróbios- iniciação à microbiologia no ensino básico**. Ciência Viva- Agência Nacional para a Cultura científica e Tecnológica In: VIIMINI FÓRUM CIÊNCIA VIVA. p.1

PERFIL DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE BAIXO RENDIMENTO ESCOLAR DA LIGA DE PEDIATRIA DA UNIOESTE (LIPED)

Data de aceite: 21/12/2019

Marcos Antonio da Silva Cristovam

Professor assistente da disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Luísa Manfredin Vila

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Lorena Vaz Meleiro Lopes

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Júlia Natsumi Hashimoto

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Alexandra Bernardelli de Paula

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Ana Caroline Comin

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Ellen Judith de Castro Delefrati

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR.

Gabriela Sotana Rodrigues

Discentes do Curso de Medicina da Universidade

Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Giorgia Padilha Fontanella

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Heitor Rocha de Oliveira

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Karina da Silva Arnold

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

Vinícius Vedana

Discentes do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR

RESUMO: A Liga Acadêmica de Pediatria do curso de Medicina da UNIOESTE, Cascavel, criou, em 2012, o Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar do Hospital Universitário Oeste do Paraná, de modo a promover assistência às crianças da região que possuíam rendimento escolar insuficiente. O presente texto almeja apresentar tal projeto, bem como descrever o perfil de seus pacientes por meio de um estudo analítico e retrospectivo, dialogando com dados da literatura médica contemporânea.

Foi observado que as crianças pertenciam predominantemente ao sexo masculino, e à faixa etária entre oito e dez anos. Ainda, apresentavam principalmente transtornos de aprendizagem (TA), com destaque para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dislexia.

INTRODUÇÃO

A educação formal é essencial ao desenvolvimento cognitivo, cultural e econômico de uma população, e sua defasagem, além de representar um problema social, acarreta, individualmente, baixa autoestima e discriminação entre pares. Segundo a literatura contemporânea, 15% a 20% das crianças apresentam dificuldades relacionadas ao processo de aprendizagem, e, conseqüentemente, desempenho escolar deficitário. À medida que o acesso universal à educação foi implementado em território nacional, as queixas relacionadas ao baixo rendimento escolar aumentaram nos consultórios brasileiros¹. Considerando que o pediatra é o profissional que acompanha a criança durante todo o seu desenvolvimento, cabe a ele identificar disfunções relacionadas ao aprendizado, de modo a realizar o diagnóstico precoce e o adequado manejo do paciente, por meio de ações multidisciplinares com outros profissionais da saúde, de modo a proporcionar um salutar desenvolvimento mental.

Considerando o exposto, a Liga Acadêmica de Pediatria (LIPED), um projeto de ensino vinculado ao curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Campus de Cascavel, implementou em 2012, o Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar no Hospital Universitário Oeste do Paraná (HUOP). Orientados pelo professor Ms. Marco Antonio da Silva Cristovam, os acadêmicos vinculados ao projeto atendem crianças encaminhadas por escolas municipais da região, com queixas relacionadas à dificuldade de aprendizagem. Desse modo, realizam o adequado diagnóstico, e adotam condutas que envolvem terapias medicamentosas e/ou comportamentais, além de possíveis encaminhamentos a outros profissionais da saúde, como psicólogos, neuropediatras, fonoaudiólogos e psicopedagogos.

PROCEDIMENTOS ADOTADOS

O Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar da Liga Acadêmica de Pediatria da UNIOESTE realiza atendimento à população infantil da região Oeste do Paraná. As crianças, geralmente, são encaminhadas pelas suas respectivas escolas, que solicitam atendimento relatando as dificuldades apresentadas no ambiente escolar pelo aluno, além de anexarem o boletim.

Durante as consultas, o paciente é submetido ao exame clínico, que inclui

anamnese, exame físico e testes validados por entidades reconhecidas no meio científico, a fim de elucidar hipóteses diagnósticas. Diante de determinadas suspeitas, os pacientes podem ainda ser submetidos a exames complementares, como tomografia de crânio (TC) ou eletroencefalograma (EEG), disponibilizados pelo HUOP.

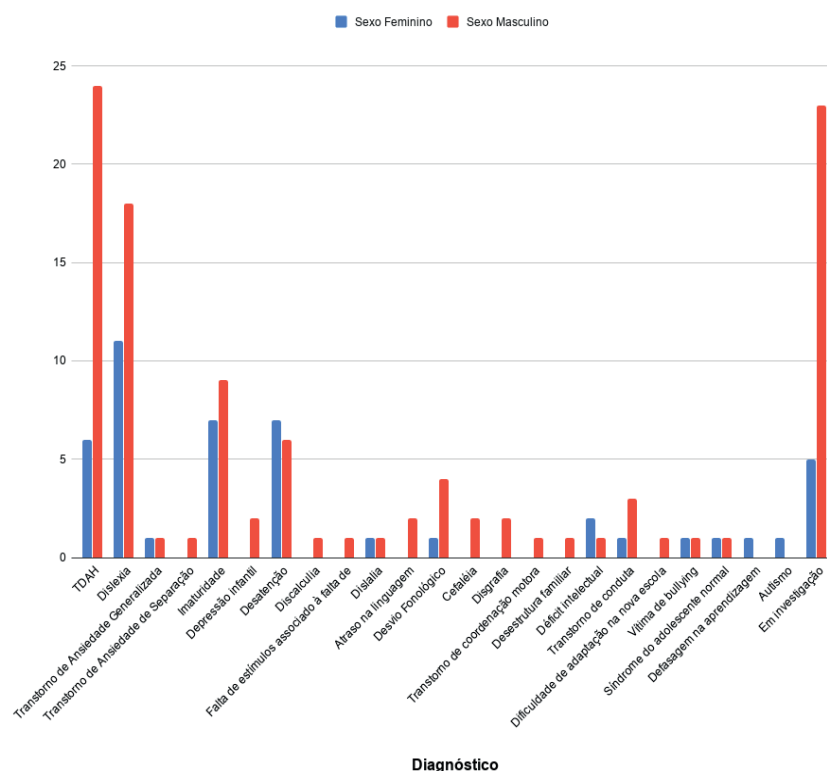
Quando estabelecido o diagnóstico, a criança é reavaliada periodicamente, a partir de consultas de retorno, de modo a definir se o tratamento está sendo eficaz, e mensurar o seu progresso.

Os atendimentos são realizados todas as sextas-feiras, no período matutino e vespertino. Durante as consultas, os ligantes se revezam, sendo exigida a presença mínima de dois deles por período. Além disso, eles contam com o auxílio de um estudante de Psicologia, o qual realiza orientações à criança ou à família, sempre que necessário.

A partir de dados obtidos na plataforma de prontuários *Tasy®*, estabeleceu-se, de maneira analítica e retrospectiva, o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar, considerando sexo, idade e etiologia do rendimento acadêmico insuficiente. Além disso, foi realizada uma breve revisão de literatura a partir de dados da literatura médica contemporânea, presentes na plataforma *Pubmed®*, com o intuito de discorrer acerca de conceitos fundamentais relacionados ao tema.

RESULTADOS

Gráfico 1 – Perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar da LIPED



Até o momento do presente estudo, o Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar atendia 80 crianças, sendo 57 (71.25%) do sexo masculino, e 23 (28.75%) do sexo feminino, com idades entre quatro e 14 anos, sendo mais prevalentes aquelas com idades entre oito e dez anos. Em apenas 25% dos pacientes (n=20) levantou-se apenas um diagnóstico. Em 75% dos pacientes (n=60), ao menos dois diagnósticos foram apresentados, sendo que destes, 50% apresentaram dois diagnósticos (n=40) e 25% (n=20) apresentaram três diagnósticos.

O mau desempenho escolar é definido como rendimento escolar insuficiente para determinada faixa etária e nível de escolaridade. Ele possui múltiplas etiologias, além de sofrer influência de fatores orgânicos e ambientais. Salienta-se a necessidade de distinção entre os conceitos dificuldade escolar (DE), a qual decorre de questões pedagógicas e/ou socioculturais, e transtorno de aprendizagem (TA), uma disfunção orgânica causada por problemas de aquisição e/ou desenvolvimento de funções neurológicas relacionadas ao aprendizado.

Em relação à dificuldade escolar (DE), elencam-se etiologias predominantemente ambientais, isto é, causas pedagógicas e sociais, tais quais condições socioculturais desfavoráveis ou ambientes familiares pouco estimuladores e com escassa interação sociolinguística. Desse modo, apesar de a criança possuir o adequado aparato orgânico necessário ao aprendizado, o processo de aquisição se torna deficitário por motivos extrínsecos a ela.

Por outro lado, o transtorno de aprendizagem (TA) decorre de processos intrínsecos ao indivíduo, como: 1) Transtornos específicos de aprendizagem (leitura, escrita e matemática); 2) Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); 3) Transtorno de desenvolvimento de coordenação (TDC); 4) Outros transtornos neuropsiquiátricos, patologias neurológicas e condições médicas.

Segundo a CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), transtornos específicos de aprendizagem são subdivididos em transtorno de leitura (dislexia), transtornos de cálculo (discalculia), transtornos de expressão escrita (disgrafia), entre outros transtornos. Dislexia trata-se de um TA decorrente de um déficit específico na linguagem, com dificuldades na fala secundárias à dificuldade de processamento fonológico, manifestando-se nos processos de leitura. Por outro lado, discalculia trata-se de um transtorno relacionado às habilidades matemáticas. Já disgrafia é a perturbação da escrita em relação ao traçado das letras e à disposição dos conjuntos gráficos no espaço utilizado, estando relacionada, assim, a dificuldades motoras e espaciais.

O TDAH é um transtorno neurobiológico, com início na infância e que pode persistir na vida adulta, caracterizado por três grupos de alterações: hiperatividade, impulsividade e desatenção. De acordo com o DSM-V, o TDAH possui três subclassificações: a primeira é o paciente que possui características tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade; a segunda trata-se do paciente predominantemente desatento; enquanto o terceiro possui comportamento

principalmente hiperativo-impulsivo.

Transtorno de desenvolvimento da coordenação trata-se de uma condição em que a criança possui dificuldades nas habilidades motoras que não podem ser atribuídas a deficiências de ordem intelectual, sensorial primária ou neurológica. Elas podem apresentar falta de equilíbrio, ritmo, orientação espacial e coordenação motora, o que repercute em sua vida acadêmica e social.

Entre os pacientes acompanhados pelo Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar, cinco (6%) possuem DE, com etiologias como falta de estímulos associados à falta de limites, desestrutura familiar, dificuldade de adaptação na nova escola e bullying.

Por outro lado, 75 (94%) crianças possuem TA, e entre elas, a causa orgânica mais prevalente foi TDAH (37.5%), seguida de dislexia (36.25%), imaturidade (20%), desatenção (16.25%), desvio fonológico (6%) e transtorno de conduta (5%).

Em relação ao sexo, salienta-se o fato de que TDAH e transtorno de conduta foram mais prevalentes no sexo masculino, enquanto dislexia e desatenção, no sexo feminino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que no referido projeto predominavam pacientes do sexo masculino e com idade entre oito e dez anos. Tais crianças possuíam principalmente transtorno de aprendizagem (TA), com destaque para TDAH e dislexia. Além disso, foi observada em 75% dos casos a presença de dois diagnósticos ou mais, sugerindo uma inter-relação entre as causas de baixo rendimento escolar analisadas. Salienta-se o fato de a investigação das etiologias subjacentes ao baixo rendimento trata-se de um processo complexo, lento e gradual, justificando, assim, a alta taxa de crianças que estavam sem diagnóstico no momento do estudo.

Em virtude de um quinto da população infantil apresentar rendimento acadêmico deficitário, e considerando que tal fenômeno é capaz de acarretar consequências a curto e longo prazo, tanto à criança quanto à sociedade, verifica-se a necessidade de ações que objetivem auxiliar esse público em especial. Nesse contexto, a Liga Acadêmica de Pediatria da UNIOESTE, com seu Ambulatório de Baixo Rendimento Escolar, configura um projeto de suma importância ao desenvolvimento humano e social da Região de Cascavel.

REFERÊNCIAS

CIASCA, S. M. Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda., 2003.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. D. O. S. S. Transtornos da aprendizagem abordagem

neurobiológica e multidisciplinar. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

SIQUEIRA, C. M.; GURGEL-GIANNETTI, J. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 78–87, 2011.

CAPELLINI, A. S.; GERMANO, G. D.; CUNHA, V. L. O. Transtornos de aprendizagem e transtornos de atenção: da avaliação à intervenção. 1. Ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

FEIGIN, J. Z.; AUGUSTYN, M.; FISHMAN, M. A.; TORCHIA, M. M. Clinical features and evaluation of learning disabilities in children. **Uptodate.**, 2008.

FLETCHER, Jack M. Dyslexia: The evolution of a scientific concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 15, no. 4, p. 501–508, 2009.

SHAYWITZ, Sally E. Dyslexia. **New England Journal of Medicine**, vol. 338, no. 5, p. 307–312, 1998.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA GERENCIAL NA POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

Data de aceite: 21/12/2019

Data de submissão: 22/10/2019

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4262-6987>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>

Alessandra Sant'anna Nunes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/2525759778000009>

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5584-8194>

Priscila Cristina da Silva Thiengo

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Rio de Janeiro - Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/5964142169735523>

Livia Fajin de Mello dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-5613-7976>

Advi Catarina Barbachan Moraes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1470-2623>

Luciana Guimarães Assad

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Fundamentos de Enfermagem.
Rio de Janeiro - Brasil.

<http://lattes.cnpq.br/8365211492474389>

Sílvia Maria de Sá Basílio Lins

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento Fundamentos de Enfermagem. Rio
de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6717-9223>

Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Rio de Janeiro - Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2936-3468>

RESUMO: Objetiva-se com esse artigo descrever a utilização do Planejamento

Estratégico Situacional como ferramenta de gestão para resolução de problemas possibilitando ação-reflexão-ação, no âmbito do serviço de enfermagem, da Policlínica Piquet Carneiro. Trata-se de um Relato de Experiência desenvolvido por um coletivo de docentes da Faculdade de Enfermagem, movidos pelo compromisso de ajudar a equipe de Enfermagem da Unidade a superar dificuldades advindas, em grande medida, da crise econômico financeira que se abateu sobre o Estado do Rio de Janeiro, a qual, por sua vez, atingiu enormemente a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Para execução das ações foram definidos alguns momentos, conforme descreve a literatura, no que se refere ao Planejamento Estratégico Situacional. As ações, até o momento, foram realizadas em duas etapas, tendo como principais resultados o mapeamento dos serviços de enfermagem, a integração ensino, pesquisa e extensão, a capacitação profissional da equipe e a criação de um serviço especializado de enfermagem. Conclui-se que o Planejamento Estratégico Situacional implementado na Policlínica Piquet Carneiro tem demonstrado ser uma ferramenta de gestão adequada para a Enfermagem qualificar seus processos de trabalho no campo do ensino, da extensão e da assistência prestada à população.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Gestão em saúde. Planejamento estratégico.

SITUATIONAL STRATEGIC PLANNING IN NURSING AS A MANAGEMENT TOOL IN THE PIQUET CARNEIRO POLICLINIC

ABSTRACT: The objective of this article was to describe the use of Situational Strategic Planning as a management tool for problem solving enabling action-reflection-action, within the nursing service, of the Piquet Carneiro Polyclinic. This is an Experience Report developed by a collective of teachers of the Faculty of Nursing, motivated by the commitment to help the Nursing team to overcome difficulties resulting, in large measure, from the financial economic crisis that hit the State of Rio de Janeiro, which in turn hit the Rio de Janeiro State University enormously. For the execution of the actions, some moments were defined, as describe in the literature, regarding the Strategic Situational Planning. So far, the actions have been carried out in two stages, with the main results being the mapping of nursing services, the integration of teaching, research and extension, the professional qualification of the team and the creation of a specialized nursing service. It is concluded that the Situational Strategic Planning implemented in the Piquet Carneiro Polyclinic has been shown to be an appropriate management tool for Nursing to qualify its work processes in the field of teaching, extension and assistance to the population.

KEYWORDS: Nursing, Health Management, Strategic Planning

1 | INTRODUÇÃO

A Policlínica Piquet Carneiro (PPC) é uma unidade do complexo de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), vinculada ao Centro Biomédico. Localizada à Avenida Marechal Rondon, muito próxima do campus principal da Universidade, a mesma possui 15 mil metros quadrados de área útil, e oferece atendimento ambulatorial em 27 especialidades com uma média de 14 mil atendimentos/mês (UERJ, 2016).

Dotada de um Centro Cirúrgico de última geração para procedimentos-dia de pequena e média complexidade, a Policlínica conta também com laboratórios, serviços diagnóstico-terapêutico, programas e projetos multidisciplinares com ênfase em saúde preventiva. Constitui-se como espaço privilegiado para formulação, implementação e avaliação de modelos de gestão, de ensino, de pesquisa, e de assistência em saúde, com vistas ao fortalecimento e à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Num passado recente, a PPC, anteriormente designada Pronto Atendimento Médico (PAM) São Francisco Xavier, o maior da América Latina, é a unidade ambulatorial de média e alta complexidade que começou a ser incorporada à UERJ, no ano de 1995, com o fim precípua de promover a desospitalização do ensino das profissões de saúde, sendo a oferta de serviços de qualidade a sua principal vinculação com os usuários do SUS.

No seu escopo administrativo, uma das unidades que a compõe, é o Departamento de Assistência e de Ensino de Enfermagem (DAENF), órgão vinculado à Direção Geral, cuja Chefia é exercida por um docente indicado pela Direção da Faculdade de Enfermagem (UERJ). Há que se ressaltar que o DAENF conduz o processo educativo assistencial de Enfermagem pautado pelos princípios éticos e legais da profissão, resguarda sua autonomia, e estabelece a vida como valor fundamental e o respeito à dignidade humana como alicerces de sua relação com os usuários. A Chefia do Departamento de Enfermagem da PPC integra como membro institucional o Conselho Departamental da Faculdade de Enfermagem, e também participa do planejamento e da implementação de atividades assistenciais, científicas e educacionais da Policlínica, por meio de um colegiado para esse fim.

As principais atividades desenvolvidas com aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem são: consultas nas áreas de pneumologia, reumatologia, gastroenterologia, dentre outras; assistência pré, trans e pós operatória aos pacientes submetidos à cirurgia; monitoramento telefônico para acompanhamento clínico, identificação de reações adversas à terapia medicamentosa, e redução do absenteísmo; atividades educativas com grupos de usuários e familiares; elaboração de procedimentos operacionais padrão (POP) para assistência na atenção ambulatorial; realização de exames diagnósticos, tais como prova de

função respiratória, retinografia e polissonografia; treinamento em serviço para toda equipe de enfermagem; e parceria com a Faculdade de Enfermagem na preceptoria junto aos programas de Residência e Graduação.

Na vigência da crise econômico financeira que se abateu sobre o Estado do Rio de Janeiro nos anos 2016/2017, atingindo enormemente a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em suas distintas áreas de atuação (ensino, pesquisa, extensão e assistência), a Direção da Faculdade de Enfermagem optou por apoiar a Chefia do Departamento de Enfermagem da Policlínica constituindo um Grupo de Trabalho (GT), dando a este, autonomia para analisar as condições objetivas da Unidade e a partir dos resultados dessa análise, propor as soluções a serem empreendidas. O GT optou por adotar o Planejamento Estratégico Situacional, o qual, em sua primeira etapa elencou os principais problemas estruturais e conjunturais que dificultavam o processo de trabalho da enfermagem.

Para Chiavenato (2004), “o planejamento é a função administrativa que determina antecipadamente quais os objetivos a serem atingidos e que deve ser feito para atingi-los. É um modelo teórico para a ação futura”. O planejamento estratégico situacional proposto por Matus (1996) diz que este tipo de planejamento é, simultaneamente, uma maneira de participar com mais efetividade do jogo social e uma crítica ao planejamento tradicional.

O referido Grupo de Trabalho integrado por docentes dos diferentes Departamentos da Faculdade com *expertise* em gestão do cuidado e de assistência em saúde, estabeleceu como diretriz focar aspectos estratégicos da atuação de enfermagem que dão suporte à prestação do atendimento, tendo como meta a melhoria da qualidade da assistência, seu aumento de produtividade e de faturamento, e ainda, o estabelecimento de fluxos mais eficazes entre os serviços que subsidiam o cuidado e as ações de enfermagem.

Após o cumprimento do diagnóstico inicial, tornou-se clara a necessidade de continuidade das atividades de planejamento com vistas a ampliação de cenários para o ensino, a pesquisa e a extensão da Faculdade de Enfermagem. Com base nessa experiência, o coletivo docente da Área Clínica do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem elaborou um Projeto de Extensão para o prosseguimento desse trabalho, reconhecendo, sobretudo, que uma ação integrada com o corpo técnico de Enfermagem da Unidade promoveria as melhorias necessárias ao processo de trabalho, fomentaria pesquisas, atividades de educação permanente em serviço, e eventos científicos.

Assim, o objetivo deste artigo é descrever a utilização do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta de gestão para resolução de problemas possibilitando ação-reflexão-ação, no âmbito do serviço de enfermagem, da Policlínica Piquet Carneiro, Unidade de atendimento ambulatorial do complexo de

2 | METODOLOGIA

Trata-se do Relato de Experiência desenvolvido na Policlínica Piquet Carneiro por um Grupo de Trabalho (GT) composto por docentes de Enfermagem com *expertise* em gestão do cuidado e gestão em saúde para apoiar o serviço de enfermagem da referida Unidade em sua meta de melhorar a qualidade do serviço, de aumentar sua produtividade; e de desenvolver as atividades de pesquisa, de extensão e de educação em serviço.

Para execução das ações foram definidos alguns momentos conforme Matus (1997):

I) Momento Explicativo: Análise (limites e potencialidades, ambiente interno e externo), identificação e seleção de problemas estratégicos, montar os fluxos de explicação dos problemas com as cadeias causais respectivas, seleção das causas fundamentais – “Nós Críticos”;

II) Momento Operacional: desenhar ações ou projetos concretos sobre cada Nó Crítico – as chamadas Operações do Plano, definir para cada operação necessária os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, construir cenários possíveis onde o plano será executado, analisar a trajetória do conjunto das operações em cada cenário;

III) Momento Estratégico: analisar os Atores Sociais envolvidos no Plano, seus interesses, motivações e poder em cada uma das Operações previstas e cenários imaginados, definir a melhor estratégia possível para cada trajetória traçada, estabelecer um programa direcional para o plano, construir viabilidade estratégica;

IV) Momento Tático-Operacional (sistema de gestão): debate sobre as formas organizativas, a cultura organizacional e o *modus operandi* da organização de modo a garantir a execução do plano. Neste momento devem ser encaminhados os seguintes temas: funcionamento da agenda da direção, sistema de prestação de contas, participação dos envolvidos, gerenciamento do cotidiano, sala de situações e análise sistemática da conjuntura. A avaliação deve ser realizada de forma contínua e cíclica. As ações definidas e implementadas deverão ser avaliadas por meio de dados relativos a expansão do serviço de enfermagem, melhorias dos processos de trabalho com a definição de fluxos junto aos serviços de suporte, participação dos profissionais em pesquisas, projetos e eventos científicos.

Após a realização do diagnóstico por este Grupo de Trabalho, outro coletivo integrado por docentes da Área Clínica do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico o sucedeu nessa tarefa, e continua desenvolvendo outras ações de Planejamento Estratégico Situacional por meio de um Projeto de Extensão que

articula ações de ensino e pesquisa, no campo da Graduação e da Pós-Graduação.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Primeira etapa

Os primeiros encontros na Unidade destinaram-se à identificação dos “nós críticos” estruturais e conjunturais da Unidade que diziam respeito à atuação da enfermagem e áreas afins. Para isso, ocorreram reuniões da equipe docente com a Chefia e membros do Departamento de Enfermagem.

Uma ação diagnóstica e de intervenção importante, nessa etapa preliminar, foi o mapeamento dos serviços que pudessem acolher os Residentes de Enfermagem do Programa de Enfermagem Clínica da Faculdade de Enfermagem e do Hospital Universitário. A partir desse mapa, os Residentes do segundo ano foram inseridos nestes cenários, uma vez que os mesmos já tinham vivenciado a prática clínica no nível terciário. A experiência mostrou-se tão positiva que estes campos passaram também a receber os Residentes do primeiro ano, e outros cenários foram ampliados para os Residentes do segundo ano foram selecionados, principalmente aqueles que funcionam de modo inteiramente integrado com o nível terciário.

De acordo com Carvalho, Duarte e Guerrero (2015), a interseção entre ensino e serviço gera espaços importantes para a consolidação do SUS, além de sua importância para o fortalecimento do processo de formação profissional graduada e pós-graduada em saúde. Essa integração ocorre através do trabalho coletivo entre estudantes, professores e profissionais que compõem as equipes de saúde.

Ainda, no escopo do mencionado Projeto de Extensão, no contexto de ações multidisciplinares em curso, o Programa de Pós Graduação de Enfermagem Clínica da Faculdade de Enfermagem em uma articulação com o Programa de Diabetes, coordenado por docentes da Faculdade de Ciências Médicas, fomentou e apoiou a criação do ambulatório de Podiatria Clínica. A Podiatria Clínica é uma Especialidade da Enfermagem, sob Resolução COFEN Nº 581/2018. Este ambulatório se constitui como campo prático do Curso de Habilitação em Podiatria Clínica, importante agenda de qualificação de profissionais de enfermagem no cuidado especializado com a saúde dos pés. Estes profissionais, uma vez qualificados são também multiplicadores de ações e conhecimento junto a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Outro aspecto fundamental do projeto de Extensão tem sido identificar junto aos trabalhadores de enfermagem as dificuldades teórico-práticas que norteiam o seu saber-fazer, e a partir deste levantamento, cria-se estratégias de educação permanente e educação continuada no serviço. Para fins didáticos, definiu-se como

primeira etapa os anos 2017 e 2018, e como segunda etapa, o biênio 2019/2020.

3.2 Segunda etapa

Com a chegada, no início de 2019, de quatro docentes efetivos aprovados em concurso público, em 2016, para a Área Clínica do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico, porém com sua chamada sobrestada pela crise econômica, foi possível potencializar o trabalho. Em grande medida, pela inserção destes docentes na Supervisão do Programa de Residência de Enfermagem Clínica (R1), em diferentes Serviços da Policlínica, e também pela cooperação dos mesmos na capacitação em metodologia de pesquisa para os Enfermeiros, bem como no apoio ao desenvolvimento da produção científica sobre o perfil dos usuários dos diferentes serviços, pelos quais estes Enfermeiros são responsáveis.

Dentre os vários Serviços por onde passam os Residentes do primeiro ano, vale destacar a Clínica de Estomaterapia e o Programa Saúde do Homem, cenários que os permitem conhecer e aprofundar novas e ricas experiências, contribuindo tanto para sua aprendizagem como para potencializar a oferta de serviços especializados, com qualidade, para os usuários.

No propósito de fomentar a investigação e a produção científica de Enfermagem da Unidade, realizou-se em meados de 2019 uma capacitação em Pesquisa Clínica, ministrado por uma docente da Faculdade da Enfermagem, e realizou-se também, em setembro deste ano, uma capacitação sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com ênfase em atenção secundária. O fim precípua desta agenda é ampliar as discussões sobre tais temas e ajudar assim, no empoderamento dos enfermeiros que atuam na PPC, de modo a alicerçar os constructos teóricos para a efetivação de uma prática clínica qualificada e segura para os usuários.

Vale também destacar que a Policlínica tem sido campo de pesquisa para trabalhos de conclusão do curso da Graduação da UERJ, e acumula entre seus resultados, até o momento, a realização de três dissertações de Mestrado concluídas por Enfermeiros do seu quadro funcional, e também duas teses de Doutorado. Essas pesquisas, por sua vez, têm permitido, sobremaneira, rediscutir o processo de trabalho na assistência aos usuários em uso de terapia biológica e estudos embriões da Clínica de estomaterapia.

Outro importante resultado, neste contexto de articulação da Faculdade de Enfermagem com a Enfermagem da Policlínica, foi a ampliação de mais um turno de atendimento no Ambulatório de Podiatria Clínica para atender a demanda dos pacientes com necessidades prementes nessa área.

Por fim, vale registrar que se encontra em fase de elaboração, por esse coletivo de docentes da Área Clínica do DEMC em parceria com outros docentes do próprio Departamento, e também do Departamento de Fundamentos de Enfermagem, o

Projeto de Mestrado Profissional em Cuidados Clínicos, de natureza multidisciplinar, em perspectiva de se constituir um continuum de formação pós-graduada, haja vista, o contingente de aproximadamente 100 egressos X ano dos Programas de Residência de Enfermagem, além dos egressos dos demais Programas, entre os quais se incluem a Medicina com suas múltiplas especialidades, a Nutrição, a Fisioterapia, a Psicologia, entre outros, tendo como cenário preferencial para os estudos do Mestrado Profissional a Policlínica. A meta é submeter o mencionado Projeto, em 2020, às instâncias avaliativas superiores da UERJ e da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

4 | CONCLUSÃO

Embora tenham sido projetados maiores resultados, os alcançados refletem um movimento positivo da Faculdade de Enfermagem mesmo diante da maior crise econômica financeira do Estado do Rio de Janeiro, a qual impôs enormes dificuldades à Universidade, em especial, aos seus trabalhadores docentes e técnicos administrativos, bem como do corpo discente.

Vale destacar que foi possível constatar que durante a crise econômica financeira mencionada, ações regulares não seriam capazes de oferecer maiores e melhores resultados nos processos de trabalho da Enfermagem, restando, com isso, a adoção de ações estratégicas que permitiram desenvolver competências que manejaram a própria crise, e produziram alternativas para melhor conhecer as situações que afetam os atores envolvidos, além de ajudar construir, no coletivo, agendas que as superem.

Conclui-se que o Planejamento Estratégico Situacional implementado na Policlínica Piquet Carneiro tem demonstrado ser uma ferramenta de gestão adequada para a Enfermagem qualificar seus processos de trabalho no campo do ensino, da pesquisa, da extensão e da assistência prestada à população.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, S.B.O; DUARTE, L.R; GUERRERO, J. M.A. **Parceria ensino e serviço em Unidade Básica de Saúde como cenário de Ensino - Aprendizagem**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 123-144, jan./abr. 2015

CHIAVENATO, I. **Introdução à Teoria Geral da Administração**. 7ª edição-Ed. Campus (2004)

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Strictu Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Brasília (DF): COFEN; 2018.

GRECO, R.M. **As Funções Administrativas e o Planejamento em Enfermagem**. Material

Instrucional elaborado para a Disciplina Administração em Enfermagem I Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010

MATUS, C. **Adeus, Senhor Presidente, Governantes Governados**. Edições Fundap, 1997, São Paulo.

MATUS, C. **Estratégias políticas**: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi, Estratégias Políticas. Edições Fundap, 1996, São Paulo.

MENDES, E. V. (org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo. Hucitec, 1998.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Policlínica Piquet Carneiro**, 2016. Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/enfermagem.php>. Acesso em 28 de março de 2017.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO E O IMPACTO NA OCORRÊNCIA DE MENINGITE BACTERIANA

Data de aceite: 21/12/2019

Rafaela Altoé de Lima

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória – ES

Janine Pereira da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória – ES

Cristina Ribeiro Macedo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória – ES

Valmin Ramos-Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória – ES

RESUMO: A Meningite Bacteriana Aguda é uma doença imunoprevenível, de grande impacto social pela alta morbidade, mortalidade e risco de sequelas. O Brasil tem no Programa Nacional de Imunização (PNI) uma das mais relevantes intervenções em saúde pública, contribuindo para a redução da incidência de meningite, agindo positivamente no combate às iniquidades em saúde, evoluindo nas últimas décadas com mudanças no quadro sanitário, com melhora da urbanização, desenvolvimento econômico, aumento da escolaridade e renda per capita, favorecendo as ações do PNI, condicionadas à aceitabilidade e acessibilidade,

fatores influenciados pela vulnerabilidade social, ameaçada pela política econômica governamental. Esta revisão procurou abordar a Política de Imunização, com foco na meningite bacteriana, valorizando aspectos históricos e a influência dos determinantes sociais da saúde, para a ocorrência da doença. Usando as palavras-chave indicadas, nas bases Medline, Pubmed, BVS e sites oficiais do Ministério da Saúde, buscou-se artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, nos últimos 15 anos.

PALAVRAS-CHAVE: Meningite. Vacinação. Política Pública. Determinantes Sociais de Saúde. Iniquidades das Políticas Econômicas e Sociais.

NATIONAL IMMUNIZATION PROGRAM AND THE IMPACT ON BACTERIAL MENINGITE OCCURRENCE

ABSTRACT: Acute Bacterial Meningitis is an immunopreventable disease, of great social impact due to high morbidity, mortality and risk of sequelae. Brazil has one of the most important public health interventions in the National Immunization Program (PNI), contributing to reduce the incidence of meningitis, acting positively in the fight against health inequities,

evolving in the last decades with changes in the health situation, with improvement urbanization, economic development, increase of schooling and income per capita, favoring PNI actions, conditioned to acceptability and accessibility, factors influenced by social vulnerability, threatened by governmental economic policy. This review sought to address the Public Immunization Policy, focusing on bacterial meningitis, valuing historical aspects and the influence of social determinants of health, for the occurrence of the disease. Using the indicated keywords, in the Medline, Pubmed, VHL and official Ministries of Health databases, we searched for articles published in English, Portuguese and Spanish, in the last 15 years.

KEYWORDS: Meningitis. Vaccination. Public Policy. Social Determinants of Health. Socioeconomic Factors.

1 | INTRODUÇÃO

1.1 O programa nacional de imunização e o controle da meningite bacteriana aguda

A meningite bacteriana aguda (MBA) permanece como importante causa de morbidade e mortalidade, em crianças, principalmente entre países mais pobres (OLSON et al., 2014). A doença é de notificação compulsória no Brasil desde 1975 (GRANDO et al., 2015). As bactérias mais frequentemente encontradas são *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), *Neisseria meningitidis* (meningococo) e *Haemophilus influenzae* (Hib). A invasão ao organismo depende principalmente da idade do paciente; porta de entrada ou foco séptico inicial; estado imunológico prévio; situação epidemiológica local. Essas condições estão geralmente associadas a imunodeficiências e seus determinantes como desnutrição e ambientes insalubres (FOCACCIA, 2015). A disponibilidade da vacinação para todas as crianças no Brasil, modificou o perfil etiológico da doença (ALMEIDA et al., 2016).

As características clínicas da meningite bacteriana em crianças podem ser sutis, variável, não específica e até ausentes, com alto risco para complicações neurológicas, incluindo a hidrocefalia (XU et al., 2019). Em lactentes, podem se manifestar com febre ou hipotermia, letargia, irritabilidade, falta de apetite, vômitos, diarreia, dificuldade respiratória, convulsões ou abaulamento de fontanela. Em crianças mais velhas, as características clínicas incluem febre, cefaleia, fotofobia, náuseas, vômitos, confusão mental, letargia ou irritabilidade (KIM, 2010).

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 e contribuiu no controle de várias doenças. A prevenção da MBA está disponível desde 1999, sendo uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, no nível de atenção primária de baixa complexidade, mas com grande impacto saúde infantil, representando um

dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, constituindo-se na melhor relação custo e efetividade no setor saúde (BRASIL, 2014; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Apesar do comprovado papel das vacinas na prevenção de várias doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a desigualdade na distribuição do poder e dos recursos econômicos, facilitados pela combinação adversa de políticas e programas sociais frágeis e estruturas econômicas injustas, são de particular importância na geração de desigualdades sociais e na saúde (OMS, 2011). No Brasil, além de diferenças geográficas e culturais, existem disparidades sociais e econômicas entre as regiões, que interferem nas formas e nas oportunidades de acesso aos cuidados oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008).

As transformações sociais, econômicas e demográficas, ocorridas nas últimas décadas, foram fatores determinantes para as mudanças nos padrões de morbimortalidade global. A ampliação da cobertura do saneamento básico, a melhoria das condições habitacionais e a introdução de novas tecnologias de saúde, particularmente vacinas e antibióticos, foram decisivas para o rápido declínio das doenças infecciosas (WALDMAN; SATO, 2016), incluindo as meningites.

Relevante ressaltar que a efetividade das políticas de saúde e seu emprego adequado, estão diretamente relacionados a existência de uma população esclarecida e com pleno exercício do controle social, havendo necessidade de uma articulação entre as esferas públicas e comunidades de forma permanente no seu cotidiano, para favorecer o processo de educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde.

1.2 Breve histórico da imunização e das políticas públicas de imunização no Brasil

No início do século XVII, a varíola era uma das doenças transmissíveis mais temidas do mundo, por atingir pessoas de vários grupos sociais e etários e pela alta mortalidade. As primeiras técnicas de imunização contra a doença surgiram a partir de estudos com camponeses em contato com vacas infectadas por varíola bovina (FEIJÓ; SÁFADI, 2006). A vacina da raiva, uma doença incurável, somente foi desenvolvida no século XIX, por Louis Paster (PLOTKIN; PLOTKIN, 2004).

Nos anos de 1970 o Brasil foi assolado pela meningite (HOMMA et al., 2011), mas foi também um período caracterizado por contrastes e enfrentamentos por diversos modelos e projetos no campo da saúde, que foram decisivos para a atual configuração do sistema de saúde brasileiro (MORAES; RIBEIRO, 2008), onde a vacina figura entre os instrumentos de Políticas Públicas de Saúde, ocupando um lugar de destaque, devido aos altos índices de eficiência, com a erradicação da

varíola, poliomielite e sarampo, servido de exemplo para outros países (PÔRTO; PONTE, 2003).

O fortalecimento do PNI colocou o Brasil como um dos mais completos dentre os países em desenvolvimento (HOMMA et al., 2011), além de destaque e referência mundial no campo das políticas públicas de imunizações, devido ao impacto epidemiológico positivo e de significativo alcance social na prevenção de doenças graves. Isso se deu em função da adoção de estratégias diferenciadas para garantir a alta cobertura vacinal, cumprindo as metas de campanhas anuais de vacinação para população-alvo, pelo incentivo a parcerias para ampliação e modernização tecnológica da produção nacional de imunobiológico (PEREIRA; NEVES; ULBRICHT, 2013; QUEVEDO; WIECZORKIEWICZ, 2014).

Nesse sentido, busca reduzir a vulnerabilidade às quais estão submetidas, principalmente as populações mais pobres, onde são piores as condições de saúde, habitação, meio ambiente e infraestrutura, que predispõem ao aparecimento de doenças infectocontagiosas, mas que podem ser prevenidas por vacinas disponíveis para todos (BRASIL, 2013).

A incidência e a mortalidade são indicadores para medir o controle de doenças de prevenção por vacinas, feitos por ações da vigilância epidemiológica, assistência médica, no trabalho pela aceitação da vacinação pela população, que a busca por entender a importância para a sua saúde (MORAES, RIBEIRO, 2008). Apesar de todo o conhecimento acumulado da eficácia da vacinação, ainda existem crianças, que pelo alto custo e pela indisponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda não tem acesso à vacina contra o Meningococo tipo B, a meningocócica conjugada ACWY, vacina contra dengue, vacina quadrivalente contra vírus da gripe e a vacina pentavalente contra Rotavírus, que estão disponíveis apenas em clínicas privadas de vacinação. O alto custo dessas vacinas contribuem para que grande número de crianças não tenha acesso a esse benefício, o que constitui uma clara iniquidade em saúde.

Nesse contexto, o presente estudo, tem como questão norteadora discutir o impacto do emprego de imunobiológicos na redução de casos de meningite no Brasil, a partir do número de casos confirmadas da doença meningocócica no período de 1990 e 2012.

2 | MÉTODO

O estudo em questão é de caráter, descritivo, quantitativo e exploratório, por quantificar, descrever, justificar e avaliar as condições e as práticas, analisando a prestação do serviço na atenção à saúde.

Foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informática do DATASUS, onde foram obtidas informações contidas na sessão “informações de saúde”, “assistência à saúde”, com o intuito de contextualizar em uma série temporal o número de casos de meningite nos períodos de 1990, 2000, 2010 e 2012.

Os pesquisadores discutem o impacto da utilização de imunobiológicos concorrendo para redução de casos de meningites, incluindo anos subsequentes a implantação principalmente das vacinas *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis* no PNI em todo território nacional, a escolha desses imunobiológicos se deu pela importância epidemiológica relativa a morbidade e mortalidade da meningite, com alta significância para a saúde pública.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A doença meningocócica teve redução de mais de 50% dos casos a partir da década de 1990, conforme Tabela 1, sendo o Sudeste, representando pelo estado de São Paulo, o de maior prevalência e talvez pela maior facilidade de confirmação de resultados.

| Região | Ano | | | |
|--------------|------|------|------|------|
| | 1990 | 2000 | 2010 | 2012 |
| Norte | 216 | 252 | 75 | 65 |
| Nordeste | 891 | 1269 | 475 | 456 |
| Sul | 922 | 720 | 239 | 156 |
| Sudeste | 2731 | 2530 | 2042 | 1731 |
| Centro-Oeste | 216 | 247 | 171 | 130 |
| Total | 4976 | 5018 | 3002 | 2538 |

Tabela 1 – Casos confirmados de doença meningocócica no período de 1990 a 2012.

Fonte: DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0115.def>

Em relação a eficácia da vacinação de um modo geral, com a erradicação da transmissão autóctone do poliovírus selvagem (1990), eliminação do sarampo em 2000 (BRASIL, 2016a). O Brasil está oficialmente livre da rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita por não apresentar nenhum caso desde o ano de 2008 (BRASIL, 2016b). Com a melhora do nível de educação, conscientização e informação, será possível o alcance das imunizações a todas as comunidades (FEIJO; SÁFADI, 2006).

Nos últimos 20 anos, a disponibilidade de vacinas conjugadas de proteína contra *Haemophilus influenzae tipo b* (Hib), *Streptococcus pneumoniae* e *Neisseria meningitidis* modificou a epidemiologia da meningite bacteriana, com uma redução importante na incidência documentada em países com programas de vacinação universal. No Brasil, a vacina contra o Hib foi introduzida em meados de 1999 no calendário vacinal (ATTI et al., 2014). A situação dos casos de meningite é apresentada na Tabela 2.

| Região | Ano | | |
|--------------|-------|-------|-------|
| | 2001 | 2007 | 2012 |
| Norte | 1516 | 791 | 648 |
| Nordeste | 5254 | 6814 | 4460 |
| Sul | 5650 | 6694 | 1109 |
| Sudeste | 15191 | 14111 | 12126 |
| Centro-Oeste | 1813 | 1316 | 3237 |
| Total | 29424 | 29726 | 21580 |

Tabela 2 – Casos de meningite notificados ao DATASUS até o ano de 2012.

Fonte: DATASUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0116.def>

Antes de 1985, o Hib foi a principal causa de meningite bacteriana e uma causa comum de outras doenças não invasivas como epiglote, pneumonia, artrite séptica, celulite e bacteremia, entre as crianças norte-americanas com menos de cinco anos de idade. A meningite ocorreu em aproximadamente dois terços das crianças com doença invasiva por Hib; 15% a 30% dos sobreviventes tinham comprometimento auditivo ou sequelas neurológicas e aproximadamente 4% de todos os casos foram fatais. A primeira vacina contra Hib foi introduzida nos Estados Unidos em 1985. Entre 1989 e 2000, a incidência anual da doença invasiva por Hib em menores de cinco anos diminuiu 99%, passando a ocorrer menos de um caso para cada 100.000 crianças (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

Ainda que possam ocorrer conglomerados de casos, a meningite por Hib no Brasil é endêmica. Dados do MS descritos recentemente por Schossler et al. (2013) demonstram que, em relação às outras meningites bacterianas, até 1999, o Hib representava a 2ª causa depois da doença meningocócica. A partir do ano 2000, após a introdução da vacina conjugada contra o Hib, a segunda maior causa de meningites bacterianas passou a ser representada pelo *S. pneumoniae*. A vacinação contra Hib, no Brasil, levou a uma queda de 90% na incidência de meningites por este agente.

Outro germe de significância clínica, capaz de causar grandes sequelas principalmente em crianças mais vulneráveis socialmente, é o pneumococo, que segundo dados do MS, no Brasil, ele é o segundo agente causador de MBA, e

no período de 2001 a 2006, seu coeficiente médio de letalidade foi de 30%, muito maior do que o meningococo (17.6%) e Hib (19.8%) (ALVARES et al., 2011). De 1983 a 2003, o número de casos de meningite por pneumococo foi de 29.600, com 8.554 óbitos (BRICKS; BEREZIN, 2006).

O pneumococo é uma bactéria gram-positiva, e atualmente são descritos mais de 90 sorotipos, porém a maioria das doenças invasivas está associada a um pequeno grupo desses sorotipos. É uma das principais causas de pneumonia, meningite e bacteremia em todo o mundo, tanto em crianças como em adultos, com alto índice de mortalidade e sequelas (FOCACCIA, 2015). A prevenção da doença pneumocócica baseia-se principalmente na imunização ativa, e para tal, é necessário vencer as barreiras das desigualdades: dificuldades de acesso, barreiras sociais, econômicas, culturais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e risco a população.

A primeira vacina pneumocócica conjugada, incluindo sete sorotipos (PCV7) contra a Doença Pneumocócica Invasiva (DPI), foi considerada satisfatória, com eficácia de 80% contra a DPI (LUCERO et al., 2009). No Brasil, a PCV7 foi implantada em 2002 apenas nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para crianças com imunodeficiência, asplenia e doença cardiopulmonar grave, após completarem 2 anos de idade (BRICKS; BEREZIN, 2006).

A vacina pneumocócica conjugada 10-valente (PCV10) foi introduzida no PNI do Brasil em 2010, destacando o país como precursor na implantação desta vacina no Serviço Público de Saúde (GRANDO et al., 2015). Já a vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente, também comercializada atualmente no Brasil, é disponibilizada pelo CRIE para pacientes acima de dois anos de idade que apresentem condições de risco para doença pneumocócica invasiva e para idosos acima de 60 anos institucionalizados (BRASIL, 2006).

A vacinação, além de conferir proteção direta aos indivíduos imunizados, minimiza os danos produzidos pelo patógeno, reduzindo a prevalência dos microorganismos circulantes entre as pessoas, denominado “efeito rebanho”. Logo, crianças não vacinadas acabam tendo proteção adicional (ADEGBOLA et al., 1998), com isso, menos pessoas vulneráveis à doença, intervindo diretamente no determinante social daqueles não imunizados.

Um estudo observacional, transversal, analisando os casos de meningite pneumocócica nos períodos pré-vacina (1998 - 2009) e pós-vacina (2010 e 2011) ocorridos no Paraná (PR), descreveu uma redução de 54% na frequência dos casos na faixa etária menor de um ano; e na população geral, a taxa de incidência e de mortalidade média reduziu 36% e 65,5%, respectivamente. Dos casos que foram sorotipados no período pré-vacina, 58,1% correspondiam a casos cujo sorotipo do pneumococo estava incluído na PCV10. No período pós-vacina, dos

casos sorotipados, 47,5% foram causados por sorotipos incluídos na vacina e foi observado aumento do número de casos no período pós-vacina de outros sorotipos não incluídos na PCV10 (HIROSE; MALUF; RODRIGUES, 2015).

Com relação a Doença Meningocócica (DM), é problema de saúde pública em todo o mundo, ainda no século XXI, tanto por seu caráter epidêmico quanto por sua evolução rápida e elevada letalidade (SÁFADI; BARROS, 2006). A *Neisseria meningitidis* é um diplococo gram-negativo capsular, classificado em 13 sorogrupos. Porém, os sorogrupos A, B, C, Y e W135 são os responsáveis virtualmente por todos os casos de doença, infectando apenas humanos, sendo que essa bactéria pode ser encontrada na nasofaringe de vários indivíduos por toda a vida sem causar sintomas. Essa colonização assintomática é fonte para disseminação do microorganismo em indivíduos suscetíveis (NUNES; BARRETO; SACRAMENTO, 2013).

No Brasil, a DM é endêmica, com ocorrência de surtos esporádicos. O meningococo é a principal causa de meningite bacteriana no país, sendo o sorogrupo C o mais frequente. A vacina meningocócica C conjugada (MenC) foi implantada no calendário de vacinação da criança no PNI a partir de 2010, para crianças menores de um ano de idade (BRASIL, 2014). A partir de janeiro de 2016, a vacina MenC também está disponível para as crianças menores de cinco anos de idade, conforme o Calendário Nacional de Vacinação (BRASIL, 2017).

A redução dos casos de DM nas crianças menores de um ano de idade, a partir de 2010, e nas crianças entre um e quatro anos, a partir de 2011, pode ser atribuída à introdução da vacina MenC a partir de 2010 (SÁFADI; BEREZIN; OSELKA, 2012). As vacinas meningocócicas glicoconjugadas quadrivalentes (A, C, W135, Y) para todos os grupos etários são agora licenciadas (BAXTER et al., 2011), inclusive no Brasil, porém o acesso ainda está restrito a rede privada de clínicas de vacinação, assim como a vacina meningocócica B.

4 | CONCLUSÃO

Por todos esses agravos consequentes à doença, principalmente na faixa etária pediátrica, e apesar do Brasil contar com um PNI presente desde 1973, levado a imunização a quase todos os cidadãos, com expansão significativa de imunógenos no Calendário Vacinal, ainda há falhas, e essas afetam diretamente as condições sociais das famílias acometidas.

A vacinação é um direito da criança e para tal, é fundamental a harmonia entre fatores sociais e econômicos para a redução das diferenças regionais, a fim de que alcance a todas, ampliando a prevenção e o controle efetivo de doenças infecciosas.

REFERÊNCIAS

ADEGBOLA, R. A. et al. Vaccination with a *Haemophilus influenzae* Type b Conjugate Vaccine Reduces Oropharyngeal Carriage of *H. influenzae* Type b among Gambian Children. **The Journal of Infectious Diseases**. v.177, p.1758- 1761, 1998.

ALMEIDA, B. M. de. et al. Interpretando o líquor – como dados epidemiológicos podem ajudar no raciocínio clínico. **Revista Médica da UFPR**, Curitiba, v.3, n.1, p.13-18, 2016.

ALVARES, J. R. et al. Prevalence of pneumococcal serotypes and resistance to anti microbial agents in patients with meningitis: ten-year analysis. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**. v.15, n.1, p.22-27, 2011.

ATTI, M. C. D. et al. In-hospital management of children with bacterial meningitis in Italy. **Italian Journal of Pediatrics**. v.40, n.87, p.1-7, 2014.

BAXTER, R. et al. Immunogenicity and Safety of an Investigational Quadrivalent Meningococcal ACWY Tetanus Toxoid Conjugate Vaccine in Healthy Adolescents and Young Adults 10 to 25 Years of Age. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.30, n.3, e41-e48, mar., 2011.

BRASIL. **Situação Epidemiológica das Meningites**. 2017. Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201704/17164251-situacao-epidemiologica-das-meningites-2016.pdf>>. Acesso em 28 de agosto., 2017.

_____. **Situação** **HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>” **Epidemiológica / Dados**. 2016a. Disponível em: <**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”-**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”**HYPERLINK** “<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-sarampo>”>. Acesso em: 26 de jul., 2016.

_____. **Brasil recebe certificado de eliminação da rubéola em território nacional**. 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21071-brasil-recebe-certificado-de-eliminacao-da-rubeola-em-territorio-nacional>>. Acesso em: 14 de fev., 2016.

_____. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Programa Nacional de Imunizações (PNI):40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos Centro de referência para imunológicos especiais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRICKS, L. F.; BEREZIN, E. Impact of pneumococcal conjugate vaccine on the prevention of invasive pneumococcal diseases. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n.3, s67-s74, 2006.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prevention and Control of Haemophilus influenzae Type b Disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6301a1.htm>**HYPERLINK**

"<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6301a1.htm>". Acesso em: 03 agost., 2016.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. Immunizations: three centuries of success and ongoing challenges. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.3, s1- s3, 2006.

FOCACCIA, R. Meningites Bacterianas. In: FOCACCIA, R. **Veronesi**: Tratado de Infectologia. São Paulo: Atheneu, 2015.

GRANDO, I. M. et al. Impacto da vacina pneumocócica conjugada 10-valente na meningite pneumocócica em crianças com até dois anos de idade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p.1-9, fev., 2015.

GUIMARAES, T.M.R; ALVES, J.G.B; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.868-876, 2009.

HIROSE, T. E.; MALUF, E. M. C. P.; RODRIGUES, C. O. Pneumococcal meningitis: epidemiological profile preand post-introduction of the pneumococcal 10-valent conjugate vaccine. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.91, n.2, p.130-135, 2015.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.445-458, 2011.

KIM, K. S. Acute bacterial meningitis in infants and children. **Lancet Infect Disease**, v.10, p.32-41, jan., 2010.

LUCERO, M. G. et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v.7, n.4, out., 2009.

MORAES, J. C.; RIBEIRO, M. C. S. A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, supl.1, p.113-24, 2008.

NUNES, C. L. X.; BARRETO, F. M. G.; SACRAMENTO, J. R. do. Impacto da vacinação contra o meningococo c na ocorrência de doença meningocócica em hospital especializado. **Revista Baiana de saúde Pública**, Salvador, v.37, n.1, p.108-121, jan/mar 2013.

OLSON, D. et al. Risk factors for death and major morbidity in Guatemalan children with acute bacterial meningitis. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v.34, n.7, p.724-8, 2014.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PEREIRA, D. D. S.; NEVES, E. B.; ULBRICH, L. Análise da taxa de utilização e perda de vacinas no programa nacional de imunização. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.420-4, 2013.

PLOTKIN, S. L.; PLOTKIN, S. A. A short history of vaccination. In: Plotkin S.A., Orenstein W.A. **Vaccines**. Philadelphia: Elsevier, 4.ed., 2004.

PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v.10, supl.2, p.725-42, 2003.

QUEVEDO, J.; WIECZORKIEWICZ, A. M.. Implementação da vacina HPV no Brasil: diferenciações entre a comunicação pública oficial e a imprensa midiática. **Comunicação & Mercado/UNIGRAN**, Dourados/MS, v.4, n.11, p.97-111, 2014.

SÀFADI, M. A. P.; BARROS, A. P. Meningococcal conjugate vaccines: efficacy and new combinations. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.82, n.3, s35-s44, 2006.

_____; BEREZIN, E. N.; OSELKA, G. W. A critical appraisal of there commendations for the use of meningococcal conjugate vacines. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.88, n.3, p.195-202, 2012.

SCHOSSLER, J. G. et al. Incidência de meningite por Haemophilus influenzae no RS 1999-2010: impacto da cobertura vacinal. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1451-1458, 2013.

WALDMAN, E. A; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, p.50-68, 2016.

XU, M. et al. Etiology and clinical features of full-term neonatal bacterial meningitis: a multicenter retrospective cohort study. **Frontiers in Pediatrics**, v.7, n.31, p.1-8, feb., 2019.

PROJETO DE EXTENSÃO “FILHOS PREDILETOS” ÁREA TEMÁTICA: PROMOÇÃO DE SAÚDE

Data de aceite: 21/12/2019

Christian Giampietro Brandão

Docente do Colegiado de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE / Campus de Cascavel

Ricardo Augusto Conci

Docente do Colegiado de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE / Campus de Cascavel

Alexandre de Almeida Weber

Docente do Colegiado de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE / Campus de Cascavel

RESUMO: O “Projeto Filhos Prediletos” tem o principal objetivo de colaborar na recuperação de indivíduos em processo terapêutico de recuperação de dependências químicas da “Fraternidade O Caminho”, bem como voluntários, familiares e demais envolvidos. Durante o atendimento na Clínica Odontológica da UNIOESTE – Campus de Cascavel - com orientação de higiene bucal e procedimentos restauradores, curativos e reabilitadores, pretende ajudar na melhora da autoestima, saúde e da reinserção dos mesmos na

sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Extensão; Saúde; Odontologia.

INTRODUÇÃO

O projeto “Filhos Prediletos” oportuniza a seus participantes (acadêmicos dos diversos anos) a prática de atividades clínicas supervisionadas, desenvolvendo uma visão global de planejamentos e tratamentos integrados, diagnosticando e executando procedimentos odontológicos multidisciplinares, sempre sob orientação de docentes e mestrandos do Curso de Odontologia. Para promover a saúde bucal aos pacientes, são desenvolvidas atividades curativas e de orientação quanto à prevenção de patologias buco-dentárias, abrangendo as diferentes especialidades da odontologia: odontologia preventiva, estomatologia, dentística, endodontia, periodontia, prótese, cirurgia e implantodontia. Portanto, com caráter transformador e curativo, o projeto justifica-se como coadjuvante no processo de recuperação desses cidadãos.

Atualmente, tem sido priorizada a Odontologia Preventiva, com o objetivo de

diminuir a incidência de patologias bucais, bem como a necessidade de tratamentos curativos mais complexos e invasivos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga pode ser conceituada como “qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função”.

Adicionalmente, informa que a pessoa com menor probabilidade de consumir drogas é aquela que é bem informada, bem integrada na família e sociedade, como à saúde, qualidade de vida satisfatória e com difícil acesso às mesmas. Uma larga variedade de fatores pode influenciar na progressão de determinadas alterações patológicas na mucosa bucal, como características individuais, fatores sociais e comportamentais, fatores sistêmicos, fatores genéticos e composição da microbiota bucal. O consumo de drogas pode ser incluído nos fatores sociais e é considerado prejudicial à saúde bucal (COSTA et al).

Segundo PEDREIRA, ET AL (2013), constatou-se que a dependência química se mostrou associada a ocorrência de xerostomia, cárie de superfícies lisas e cervicais, inflamação gengival, retardo do processo de reparo, além de estomatites, polidipsia, infecções endodônticas e periapicais e outros quadros infecciosos. Concluiu-se que a necessidade de tratamento restaurador e cirúrgico entre os pacientes dependentes é maior, em comparação com demais pacientes. Cada substância tem seu poder devastador sobre os tecidos bucais. Na literatura por exemplo o álcool, além de causar doenças gastrointestinais, distúrbios vasculares e desordens no sistema nervoso central, facilita a penetração de carcinógenos na mucosa bucal (LÍBER, 1993).

Outro aspecto levantado é a maior permeabilidade de mucosa não queratinizada, como o bordo lateral da língua e da mucosa jugal, comparada a tecidos queratinizados existentes nas mucosas de revestimento do palato e da gengiva (WIGHT, 1998). A Odontologia, além de aliviar a dor, pode contribuir para a reabilitação desses pacientes, auxiliando no desenvolvimento da autoestima e ampliando a interação social, já que a recuperação implica o resgatar do ser humano em todos os aspectos, eliminando o significado psicológico das drogas.

A comunidade Fraternidade Missionária “O Caminho” está presente em nove estados do Brasil - São Paulo, Pará, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Maranhão, Paraná, Amazonas e Minas Gerais, com participação de 300 membros entre religiosos e leigos. No Paraná, Campo Mourão foi a primeira cidade a receber a Fraternidade “O Caminho”. Em seguida, vieram Corbélia onde existem 2 casas, Cascavel e Foz do Iguaçu. A chácara da Fraternidade acolhe mulheres dependentes químicas, para tratamento reabilitador. O tratamento consiste em orações, diálogos, trabalhos e dinâmicas em grupo, sendo que nenhum medicamento é usado durante o tratamento das pacientes.

Tendo em vista a necessidade de tratamento odontológico das internas,

surgiu o Projeto de Extensão Filhos Prediletos, visando o tratamento adequado e humanizado. O Projeto conta atualmente com 31 graduandos, 4 mestrandos e 2 docentes colaboradores que, em conjunto, atendem as pacientes uma vez por semana, realizando anamnese e exame físico detalhados, planejamento dos casos e tratamento adequado e viável.

O projeto oportuniza a seus participantes (acadêmicos dos diversos anos) a prática de atividades clínicas supervisionadas, desenvolvendo uma visão global de planejamentos e tratamentos integrados, diagnosticando e executando procedimentos odontológicos multidisciplinares, sempre sob orientação de docentes do Curso de Odontologia e mestrandos do Programa de Mestrado em Odontologia da UNIOESTE. Para promover a saúde bucal aos pacientes são desenvolvidas atividades curativas e de orientação quanto à prevenção de patologias buco-dentárias, abrangendo as diferentes especialidades da odontologia: odontologia preventiva, estomatologia, dentística, endodontia, periodontia, prótese, cirurgia e implantodontia. Portanto, com caráter transformador e curativo, o projeto justifica-se como coadjuvante no processo de recuperação desses cidadãos.

OBJETIVOS

O projeto tem como metodologia o atendimento de pacientes em processo terapêutico de recuperação de dependências químicas, da “Fraternidade O Caminho”, bem como voluntários, familiares e demais envolvidos. São realizados procedimentos preventivos e reabilitadores, por meio de alunos e mestrandos, orientados por professores de diversas áreas. Dentro da odontologia preventiva, são realizados procedimentos de instrução de higiene oral com macromodelos odontológicos (técnica de escovação adequada para cada paciente, uso do fio dental, tipo de escova adequada, dentifrício ideal) e profilaxias, buscando a prevenção das doenças bucais/dentais. Dentro da cirurgia são realizados procedimentos de extração de raízes residuais, terceiros molares e elementos dentais condenados, bem como regularização de rebordo alveolar com finalidade protética, dentre outros (necessários a cada paciente).

Na estomatologia são realizados procedimentos de diagnóstico, biópsias, excisão de lesões (quando se aplica) e tratamento das mesmas, visando à saúde bucal de cada paciente. Na dentística restauradora são realizados os procedimentos restauradores (remoção de tecido cariado e restauração da cavidade com resina composta ou amálgama) buscando reestabelecer a função e estética dos elementos dentais. A especialidade de prótese dental busca reestabelecer a função e estética dos dentes por meio de próteses totais, parciais e unitárias, fixas ou móveis. Dentro da endodontia são realizados os tratamentos de canal. Na periodontia são realizadas

raspagem de tártaro dental subgengival e supragengival, assim como cirurgias de aumento de coroa. Por fim, a implantodontia, onde são realizados implantes dentais a fim de devolver função e estética.

MATERIAIS E MÉTODOS

São realizadas consultas com os pacientes em período noturno uma vez por semana, durante o período letivo, desde o ano de 2016. As consultas são realizadas de forma individualizada, buscando atender com respeito e compreensão as necessidades de cada paciente. A UNIOESTE oportuniza esse projeto reconhecendo-o como um projeto de extensão de caráter permanente, fornecendo toda estrutura de Clínica Odontológica (triagem, esterilização e clínicas), além de transporte para os pacientes da Chácara da Fraternidade “O caminho” até a universidade.

RESULTADOS

Este projeto está em andamento desde o ano de 2016 e, até o presente momento, vem conquistando a satisfação de contribuir na reabilitação bucal de pacientes em processo terapêutico de tratamento da dependência química, devolvendo autoestima e confiança com o reestabelecimento da função e estética dental/bucal.

CONCLUSÃO

O “Projeto Filhos Prediletos” auxilia na recuperação de dependentes químicos, oportunizando o reestabelecimento da saúde bucal, assim como autoestima. Possibilita, ainda, a interação de alunos de diferentes anos, mestrandos e professores de diversas áreas, proporcionando a troca de experiências dentre os envolvidos nos atendimentos. Além disso, oportuniza a destaca o papel social da UNIOESTE na sociedade, atendendo pacientes de Cascavel e outras regiões que buscam essa comunidade terapêutica da Fraternidade “O Caminho”.

REFERÊNCIAS

ALBINI, M.B., et al. **Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil.** Rev Odontol UNESP. 2015; 44(4): 244-249.

BARBOSA, D.V., SOUTO-NÓBREGA, W., SOUTO-NÓBREGA, W.F. **Condições de saúde bucal de usuários de crack: um problema de saúde pública.** Arch Health Invest. 2018; 7(4): 123-125.

COSTA, S. K. P. da et al. **Fatores sociodemográficos e condições de saúde bucal em droga dependentes.** Pesquisa brasileira em odontopediatria e clinica integrada. 2011; 11: 99-104.

LÍBER, C.S. **Herman award lecture: a personal perspective on alcohol, nutrition and the liver.** Am J Clin Nutr. 1993; 58: 430-42.

MARQUES, L.A.R.V., et al. **Abuso de drogas e suas consequências na saúde oral: uma revisão de literatura.** Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2015; 11(1): 26-31.

PEDREIRA, R.H.S., REMENENCIUS, L., NAVARRO, M.F.L., TOMITA, N.E., **Condições de saúde bucal de drogaditos em recuperação.** Rev Odontol Univ São Paulo. 1999;13(4): 395-9.

WIGHT, A.J., OGDEN, G.R. **Possible mechanisms by which alcohol may influence the development of oral cancer – a review.** Oral Oncology. 1998; 34: 442-7.

PROPOSTA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA UNIDADE DE SAÚDE DO CRUTAC NO CERRADO GRANDE - PONTA GROSSA-PR

Data de aceite: 21/12/2019

Data de submissão: 14/10/2019

Edmar Miyoshi

Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG,
Departamento de Ciências Farmacêuticas –
DEFAR, Ponta Grossa – PR.

Link para o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1755129657161039>

Marissa Giovanna Schamne

Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG,
Departamento de Ciências Farmacêuticas –
DEFAR, Ponta Grossa – PR.

Link para o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7125804352068421>

Sinvaldo Baglie

Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG,
Departamento de Ciências Farmacêuticas –
DEFAR, Ponta Grossa – PR.

Link para o currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8679152727123484>

RESUMO: Informar ao paciente sobre suas condições de saúde e quanto ao uso adequado dos medicamentos trata-se de um importante aspecto nos atendimentos em saúde. O Programa CRUTAC (Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária) realizado na comunidade rural do Cerrado Grande em

Ponta Grossa -PR, possibilita a aplicação de ações de orientação e educação em saúde que complementam os atendimentos em saúde a essa população. Alunos do 5º ano do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Ponta Grossa prestam atendimentos em saúde na Unidade de Saúde sob supervisão de professores farmacêuticos. Os atendimentos iniciam pela triagem feita pela equipe de enfermagem, seguido do atendimento médico e na sequência pela equipe da Farmácia. Entre os anos de 2018 e 2019, os alunos do curso de Farmácia atenderam aproximadamente 400 usuários, orientando sobre o uso racional de medicamentos, cuidados em saúde relacionados com a hipertensão, diabetes, problemas respiratórios e de circulação. Por tratar-se de uma comunidade rural e carente de informações, ações como esta desenvolvida são fundamentais para a formação técnico-social de profissionais da área da saúde. Além disso, projetos extensionistas contribuem para a formação do acadêmico nos aspectos técnico-social e de humanização de atendimento, garantindo ações de educação e promoção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Farmácia, uso racional de medicamentos, educação em saúde.

PROPOSAL FOR RATIONAL USE OF MEDICINAL PRODUCTS IN THE CRUTAC HEALTH UNIT IN CERRADO GRANDE – PONTA GROSSA-PR

ABSTRACT: Informing the patient about their health conditions and the proper use of medications is an important aspect of health care. The CRUTAC Program (Rural Center for Community Training and Action, *from Portuguese Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária*), carried out in the rural community of Cerrado Grande, Ponta Grossa, State of Paraná enables the application of health orientation and education actions that complement health care for this population. Students from the 5th grade of the Pharmacy course from the State University of Ponta Grossa provide health care at the Health Unit under the supervision of pharmacy professors. The services start with the screening made by the nursing staff, followed by the medical care and then by the Pharmacy team. Between 2018 and 2019, Pharmacy students attended approximately 400 users, advising on the rational use of medicines, health care related to hypertension, diabetes, breathing and circulation problems. Because it is a rural community lacking in information, actions such as this one are fundamental for the technical and social training of health professionals. In addition, extension projects contribute to the formation of the academic in the technical-social and humanization aspects of care, ensuring education and health promotion actions.

KEYWORDS: Pharmacy, rational use of medicines, health education.

1 | INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (Nairóbi, Quênia, 1985), o uso racional de medicamentos (URM) acontece quando os pacientes recebem os medicamentos adequados para as suas condições clínicas, em doses próprias às suas necessidades individuais, por um período de tempo pré-determinado e em consonância com as necessidades terapêuticas do paciente e ao menor custo para si e para a comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

É importante conscientizar a população de maneira geral as diversas e diferentes ações dos medicamentos, desmistificando a ideia de que só tratam doenças. Os medicamentos são produtos que servem para prevenir o aparecimento de doenças (ex.: vacinas), aliviar sinais e sintomas (ex.: dor, febre), controlar doenças crônicas e suas complicações (ex.: tratamento da hipertensão arterial, diabetes, asma, dislipidemias, etc.), recuperar a saúde (ex.: antimicrobianos) e auxiliarem no diagnóstico de doenças (ex.: contraste utilizado em radiologia e exames de imagem) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O farmacêutico, como profissional de saúde e com ampla atuação sobre os medicamentos, está inserido nessa temática do URM desde o processo de aquisição até a dispensação do produto com orientações essenciais a indivíduo que

necessita de tratamento, fazendo dele um profissional completo e indispensável para a educação em saúde da população (MELO, CASTRO, 2017).

2 | POLÍTICAS PÚBLICAS E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

No ano de 2007, foi criado no Brasil um Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (CNPURM) que mais tarde foi redefinido por meio da Portaria GM/MS nº 834, de 14 de maio de 2013. Esse comitê tem como finalidade orientar e propor ações, estratégias e atividades voltadas para a promoção do URM no âmbito da Política Nacional de Promoção da Saúde, visando juntamente com as políticas nacionais de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, e que estes atendam aos critérios de qualidade, segurança e eficácia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O uso irracional de medicamentos constitui-se um problema de saúde pública em nível mundial. A OMS estima que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada, e que cerca de 50% dos pacientes não os utiliza corretamente por vários motivos. Existe um crescimento excessivo no uso de medicamentos em muitos países e isto é apontado como uma das principais barreiras para o URM e faz parte de um fenômeno chamado de “farmaceuticalização da sociedade” ou medicalização da sociedade (ESHER, COUTINHO, 2017).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada em 30 de outubro de 1998, pela Portaria nº 3916 do Ministério da Saúde, visa garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além de orientar sobre a promoção do URM e do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Nela também são abordadas maneiras de se promover o URM, sendo parte de suas diretrizes prioritárias estabelecerem um método de prescrição apropriada, disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, dispensação e consumo adequado, nos intervalos definidos e pelo período de tempo indicado para garantir a eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Programa CRUTAC (Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária) tem como principal motivação prestar atendimento em saúde à população rural da comunidade do Cerrado Grande – distrito de Itaiacoca na cidade de Ponta Grossa no Estado do Paraná, esclarecendo e informando sobre o URM de forma a evitar a automedicação, promovendo ações de educação em saúde que visam à promoção e recuperação da saúde da população atendida, além de integrar o atendimento médico e farmacêutico em prol do paciente.

Por ser uma comunidade afastada da área urbana da cidade, muitas vezes

negligenciada em questões de atendimento à saúde, a assistência farmacêutica prestada por esse programa contribuí para a melhoria da saúde, o uso correto de medicamentos (MELO, CASTRO, 2017) e busca explicar da melhor maneira as doenças que afetam a vida dos pacientes, e assim garantir o sucesso da terapia.

3 | PROGRAMA CRUTAC: ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Seguindo o modelo de Assistência Farmacêutica que não se restringe apenas à aquisição e à distribuição de medicamentos, o Programa CRUTAC visa complementar a formação acadêmica do curso de Farmácia, em forma de extensão universitária com atividades que correlacionam à teoria e prática, e promover a divulgação para a população das atribuições do farmacêutico como profissional da saúde.

A Política Nacional de Medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica propõem que as atividades desempenhadas pelo farmacêutico para a promoção do URM englobe as três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira a estar estruturada da seguinte forma: a) descentralização da gestão; b) promoção do uso racional de medicamentos; c) otimização e eficácia do sistema de distribuição do setor público; d) desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando o acesso da população aos produtos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nesse sentido, nas terças-feiras pela manhã, os alunos do 5º ano do curso de Farmácia da Universidade Estadual de Ponta Grossa deslocam-se até o distrito de Itaiacoca e atuam atendendo a população na Farmácia da Unidade de Saúde do Cerrado Grande sob a supervisão de um professor Farmacêutico.

Cerca de 400 usuários foram atendidos nos anos de 2018 e 2019. O atendimento ao paciente inicia-se pela triagem realizada pela equipe de Enfermagem do Município e em seguida o usuário é encaminhado para o atendimento Médico realizado ou por acadêmicos do curso de Medicina sob supervisão de um professor Médico ou pelo Médico do Município. Após a consulta, o paciente passa pelo atendimento farmacêutico. Neste momento o acadêmico avalia a prescrição em conjunto com o professor supervisor e na sequência promove a dispensação dos medicamentos, orientando sobre o uso correto do medicamento, a duração do tratamento e demais orientações. As solicitações que demandam encaminhamento a especialistas ou realização de exames complementares seguem o fluxo da rede municipal de saúde. Nesse momento atenção especial é dada ao processo educativo dos usuários acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita sem

a devida orientação, bem como da importância do receituário médico no tocante à dispensação de medicamentos tarjados, como antimicrobianos e psicotrópicos (LIMA et al., 2017).



Figura 1 – Orientações sobre o Uso Racional de Medicamentos.

Legenda: Acadêmicas do 5º ano do curso de Farmácia da UEPG prestando atendimento farmacêutico a uma paciente da comunidade rural na Unidade de Saúde da Família do Cerrado Grande, Distrito de Itaiacoca – Ponta Grossa – PR. (FONTE: acervo dos autores).

Oportunamente são realizadas palestras sobre temas de saúde e principalmente direcionadas aos pacientes com problemas crônicos como diabetes, dislipidemias, asma e hipertensão. Nos meses de outubro e novembro são realizadas ações para a saúde da mulher e do homem, respectivamente, bem como ações para promover o URM. As atividades de educação em saúde promovidas podem contar com a colaboração de uma equipe multidisciplinar (médico, farmacêutico e enfermeiro) da rede municipal de saúde, e os acadêmicos extensionistas puderam colaborar com informações sobre os medicamentos. Essas ações são respaldadas pela Política Nacional de Medicamentos, que descreve da importância de atividades educativas como estas para o êxito na educação em saúde e do URM.

Durante a execução do projeto foram aplicadas avaliações de satisfação, tanto para os acadêmicos participantes quanto para a comunidade. Os resultados dessas avaliações reforçam a importância da continuidade dessas atividades, pois

tanto a comunidade quanto os acadêmicos sentem-se gratos pela oportunidade que o projeto oferece, além de terem salientado o quanto as ações educativas em saúde contribuem para o bem-estar dos usuários da Unidade de Saúde da Família do Cerrado Grande e fortalecem o conhecimento dos acadêmicos, integrando comunidade e universidade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações extensionistas como do Programa CRUTAC visam integrar a comunidade com as ações universitárias. Proporcionar essas ações em uma comunidade rural e carente de informações é extremamente importante na formação de profissionais de saúde. A humanização do atendimento em saúde é um pilar que precisa ser trabalhado dentro das Universidades, conciliando a formação tecnicista com a formação social, para evitar que o cuidado ao cidadão seja negligenciado. Na execução desse projeto foi possível combinar a aplicação de conhecimentos técnico-científicos com a atenção à saúde de forma humanitária.

Visando a implementação do URM algumas estratégias precisam ser desenvolvidas para otimizar a seleção de medicamentos disponibilizados à população. Através da construção de formulários terapêuticos, da prestação de serviços farmacêuticos e da dispensação atrelada a orientações sobre o uso dos medicamentos, é possível garantir a educação em saúde dos usuários sobre os riscos que os medicamentos podem oferecer (automedicação, interrupção, troca de medicamentos) e ainda valer-se de recursos de controle baseados na farmacovigilância como uma forma de registrar e catalogar os erros e problemas relacionados aos medicamentos, para futuramente desenvolver e aplicar estratégias mais eficazes voltadas ao URM, porque estas também podem vir a pautar as relações de produção, comercialização e prescrição de medicamentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos (2001). Brasília – DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos (2015). Brasília – DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_promocao_uso_racional_medicamentos.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias (2018). Brasília – DF. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE->

MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf. Acesso em: 14 de outubro de 2019.

ESHER, A., COUTINHO, T. **Uso racional de medicamentos, pharmaceuticalização e usos do metilfenidato.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, n. 8, p.2571-2580, 2017.

LIMA, M. G. et al. **Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados.** Revista Saúde Pública, vol. 51, Supl 2-23, 2017.

MELO, D. O., CASTRO, L. L. C. **A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, n.1, 2017.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIV NA REGIÃO SUDESTE

Data de aceite: 21/12/2019

Data da submissão: 12/11/2019

Denize Cristina de Oliveira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
Faculdade de Enfermagem – Programa de Pós-
graduação
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0002-0830-0935>

Rômulo Frutuoso Antunes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0003-2800-5295>

Juliana Pereira Domingues

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5243317529289426>

Yndira Yta Machado

Universidade do Estado do Rio de Janeiro –
Faculdade de Enfermagem
Rio de Janeiro – RJ
<https://orcid.org/0000-0003-0692-7299>

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio

Universidade Estadual de Maringá –
Departamento de Enfermagem
Maringá - PR
<https://orcid.org/0000-0002-6597-432X>

Ana Paula Munhen de Pontes

Centro Universitário de Valença – Pró-Reitora de
Pesquisa e Pós-Graduação
Rio de Janeiro – RJ

<http://lattes.cnpq.br/6836877146989495>

Rodrigo Leite Hipólito

Universidade Federal Fluminense – Escola
de Enfermagem Aurora de Afonso Costa -
Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica
Niterói – Rio de Janeiro

<https://orcid.org/0000-0002-2439-7626>

RESUMO: O trabalho tem como objetivo analisar as representações sociais de profissionais de saúde da região sudeste acerca do cuidado às pessoas vivendo com HIV. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, utilizando a abordagem estrutural. Participaram do estudo 214 profissionais de saúde, que atuavam em SAE e CTA, nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes e outro contendo a coleta de evocações livres ao termo indutor “Cuidado à pessoa com HIV/AIDS”. Os dados foram analisados com o auxílio dos *softwares* SPSS e EVOC 2005 com a caracterização do grupo e construção do quadro de quatro casas. Os resultados apontam

que a representação do cuidado projeta-se para sua avaliação positiva, bem como revelam elementos que destacam a suas dimensões afetiva e técnica, com destaque para as palavras “amor” e “acolhimento”. Esse perfil é frequentemente atribuído aos profissionais que atuam na área da saúde, o que revela uma dimensão idealizada desse grupo profissional.

PALAVRAS-CHAVE: cuidado de saúde; HIV; aids; atenção primária à saúde; representações sociais.

SOCIAL REPRESENTATION OF HEALTH PROFESSIONALS: CARING PEOPLE WITH HIV IN THE SOUTHEAST REGION

ABSTRACT: The objective of this paper is to present the Social Representation (RS) of health professionals from the southeastern region about care for people living with HIV / AIDS. It is a descriptive study with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations (SRT), using the structural method to analyze the representations of care for people living with HIV / AIDS. The study included 214 health professionals who worked in SAE and CTA units participating in the Department of Chronic Diseases and Sexually Transmitted Infections of the Ministry of Health, in the cities of Rio de Janeiro and Niterói. A participant characterization questionnaire and one containing the collection of free evocations to the inducing term “Care for the person with HIV / AIDS” was applied. The software SPSS and EVOC 2005 assisted in the data analysis with the construction of the four-house board. The results indicate that the representation of care is projected for its positive evaluation, as well as revealing elements that highlight its affective and technical dimensions, especially the words “love” and “reception”. This profile is often attributed to health professionals, which reveals an idealized dimension of this professional group.

KEYWORDS: HIV; AIDS; Social representations; health care; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O Advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), manifestação clínica grave causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) exerce um papel fundamental na construção da sua representação. Com o surgimento na década de 1980, momento em que não havia muitos recursos e investimentos em ciência e pesquisa, a epidemia tornou-se um importante marco histórico (OLIVEIRA, 2013).

Três contextos epidemiológicos permitem circunscrever diferentes momentos históricos vivenciados pelos profissionais de saúde – que se encontraram em situações diferentes no que se refere à formação de representações e práticas profissionais –, considerando a sua aproximação ao fenômeno do HIV/aids: um

primeiro momento caracterizado pela atuação profissional no início da epidemia; segundo momento, no qual a atuação profissional passou a dar-se após a regulamentação da Lei de Universalização do ARV's em 1996; e um terceiro com a queda da mortalidade das pessoas infectadas pelo HIV, marcado pelos dias atuais (OLIVEIRA, 2013).

Nessa perspectiva, a característica da epidemia do HIV/aids sofreu transformações significativas em seu perfil epidemiológico, vinculado muitas vezes às políticas de saúde e normatizações da sociedade. Da mesma forma, as representações sociais para os profissionais também se modificaram, em consonância com os conhecimentos que o grupo elaborou pelos meios de comunicação e pelas relações sociais em cada novo perfil assumido pela epidemia ao longo do tempo.

Segundo Oliveira (2013), o surgimento das novas representações atrelado às transformações das características socioepidemiológicas do HIV/aids impactaram nos cuidados de saúde acarretando em novas práticas de cuidado.

Em 1996, surge a *terapia antirretroviral* (TARV), o que fez reduzir drasticamente a morbimortalidade do grupo e fez aumentar a expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV, reduzindo, assim, o impacto da epidemia e passa a ser entendida como uma doença crônica (SUTO et al., 2017).

Entretanto, com o decorrer das décadas passa a ser percebida como uma epidemia; no Brasil, em especial, ocorre transformações no perfil epidemiológico e social conferindo-lhe características distintas daquelas do início (OLIVEIRA, 2013).

Segundo o Boletim Epidemiológico do HIV/Aids, de 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan – 247.795 casos de infecção pelo HIV e 926.742 casos de Aids no Brasil. Sendo um total de 169,932 (68,6%) casos em homens e 77.812 (31,4%) casos de mulheres, ou seja, uma proporção de 26 homens infectados para cada 10 mulheres, excluindo os casos de HIV em gestantes. Em relação a Aids, houve uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo a 51,8% e 20,0%, respectivamente, do total de casos. Cabe destacar que a taxa de detecção de Aids vem sofrendo declínio nos últimos anos no Brasil. Num período de 10 anos, a taxa de detecção sofreu queda de 9,4%. Na região Sudeste a queda foi de 22,2% (BRASIL, 2018).

No que tange ao cuidado para o indivíduo, o profissional deve vê-lo, também, em sua essência, e respeitá-lo em sua individualidade, principalmente com o acontecimento de mudanças em diversas áreas de sua vida e a fragilidade em que se encontra no momento do diagnóstico, alterando o ritmo e a direção do processo de viver, por envolver fatores sociais, emocionais e familiares. Assim, o cuidar torna-se ainda mais delicado e deve ser realizado por meio do conhecimento científico, de forma universal e integral (GOMES et al., 2010).

O cuidado prestado pelos profissionais de saúde às pessoas vivendo com HIV

deve ser além da priorização da doença em si. Deve considerar toda a subjetividade de cada sujeito, envolvida em seus aspectos emocionais, culturais e sociais (ROCHA et al., 2015).

Assim sendo, o estudo é importante para a compreensão das Representações Sociais (RS) dos profissionais de saúde acerca do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids a fim de traçar ações assistenciais que atendam as demandas dos usuários.

O trabalho tem como objetivo apresentar a RS dos profissionais de saúde da região sudeste acerca do cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizada para compreender os conteúdos representacionais organizados e hierarquizados, visto que a TRS pode ser entendida como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 36).

A TRS proposta por Moscovici (1961) é considerada uma grande teoria, em relação à qual surgiram abordagens complementares e, entre estas, a Teoria do Núcleo Central, que possui como ideia principal a existência de organização de uma representação social em torno de um núcleo central, composto por um ou mais elementos, que dão significado à representação (ABRIC, 2000). Assim sendo, Abric ressalta que os elementos do NC é o conteúdo “mais estável da representação, o que mais resiste à mudança” (ABRIC, 2001, p. 163), ou seja, as transformações de uma representação podem ocorrer nos elementos periféricos, os quais estabelecem relação com o cotidiano dos indivíduos. No entanto, pode ocorrer uma mudança brusca na representação social do grupo, afetando, assim, a significação e, por isso, mudando o núcleo central da mesma (ABRIC, 2001).

Abric (2003) identifica o núcleo central em dois tipos de elementos: os elementos normativos e os elementos funcionais. Os elementos normativos estão relacionados aos valores morais, à história de vida e à ideologia das pessoas e de um grupo sobre determinado assunto, o que vai conduzir a tomada de decisão frente ao que é observado, formando o universo social do núcleo. Já os elementos funcionais, apontam as ações referentes ao objeto que está sendo avaliado, além de estarem relacionados às práticas sociais e às características descritivas.

A técnica de evocações livres utilizada neste estudo consiste identificar a assimilação do grupo acerca do entendimento de determinados assuntos e conceitos

sociais compartilhados. Desse modo, esta técnica tem como objetivos: “estudar os estereótipos sociais que são partilhados espontaneamente pelos membros do grupo; e a visualização das dimensões estruturantes do universo semântico específico das representações sociais” (OLIVEIRA et al., 2005, p. 576).

A pesquisa foi desenvolvida em unidades de saúde que integram o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, classificados como Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e/ou Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para a aids. O cenário do estudo no Município do Rio de Janeiro constituiu 18 unidades de saúde. Dessas, 12 são SAE's, 4 ambulatórios especializados em DST/aids e 4 CTA's, ou seja, 20 serviços, sendo que em duas unidades coexistem SAE e CTA.

Foram incluídos neste estudo todos os profissionais que aceitaram participar do mesmo, atuantes nas equipes dos dois municípios. O total de profissionais foi de 214, distribuídos nas seguintes categorias ocupacionais: 71 médicos (a), 39 enfermeiros (a), 18 psicólogos (a), 20 assistentes sociais, 01 dentista, 10 farmacêuticos (a), 33 técnicos em enfermagem, 11 auxiliares de enfermagem, 09 Nutricionistas e 02 Bios (Bioquímicos, Biólogos e Biomédicos).

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário de caracterização dos participantes, contendo variáveis de dados socioeconômicos e clínicos como sexo, idade, formação escolar, estado marital atual, função atual no serviço, setor de atuação e fontes de informações e o segundo instrumento foi um questionário aplicado para a coleta de dados das evocações livres de palavras, utilizando-se como termo indutor “Cuidado a pessoa com HIV/AIDS”.

A aplicação da técnica consistiu em solicitar aos participantes que verbalizassem as cinco primeiras palavras que viessem a sua mente quando pensassem no termo indutor. O registro das evocações foi realizado pelo entrevistador no questionário próprio, na ordem em que as palavras foram emitidas, ou seja, ordem espontânea.

A coleta dos dados ocorreu entre os anos de 2011 e 2013. A aplicação dos instrumentos ocorreu nos locais de trabalho dos participantes do estudo e foram agendadas no início ou no final do atendimento às pessoas vivendo com HIV.

A análise dos dados ocorreu com o auxílio de dois softwares: *SPSS* e *EVOC* 2005. O *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 analisou os dados provenientes do questionário de identificação dos sujeitos, que abrange os dados socioeconômicos e clínicos, empregada a estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas e os dados foram organizados em tabelas e gráficos.

O *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* (EVOC) – versão 2005, analisou os dados obtidos a partir das evocações livres, segundo a técnica desenvolvida por Vergès (1999), que fornecerá o “quadro de

quatro casas”, determinado pela frequência e pela ordem dos termos evocados, a qual se discriminam o núcleo central, os elementos periféricos - 1ª e 2ª periferia - e os elementos de contraste (SÁ, 2002; OLIVEIRA et al., 2005).

O tratamento dos dados, a partir da técnica de evocações livres resultou na construção do quadro de quatro casas ao termo indutor “Cuidado a pessoa com HIV/AIDS”, que corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos.

Foram respeitadas as normas e diretrizes para a realização de estudos envolvendo seres humanos. No momento da coleta de dados, a Resolução vigente era a nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi apresentado ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sendo aprovado com número de protocolo 048.3.2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados foi de médicos (23,9%); com capacitação em HIV/Aids (22,1%). Entretanto, um percentual importante dos médicos (14,6%) não recebeu capacitação na instituição de trabalho em HIV/Aids, ao contrário dos enfermeiros (10,3%), que receberam capacitação no local de trabalho. A faixa etária predominante do grupo estudado foi de 46 a 55 anos (33,7%). A atual fonte de informação declarada foi através das mídias (30%), e a fonte secundária de informação foram os manuais, os livros e as revistas científicas (27,5%). A maioria dos profissionais entrevistados faz uso dos protocolos de atendimento (78,5%).

O resultado da análise estrutural pode ser observado na Figura 1.

| O.M.E. < 2,9 | | | ε 2,9 | | | |
|--------------|--------------------------|-------|--------|--------------------------|-------|--------|
| Freq. Med. | Termo evocado | Freq. | O.M.E. | Termo evocado | Freq. | O.M.E. |
| ε 25 | Amor | 66 | 2,71 | Aconselhamento | 28 | 3,07 |
| | Acolhimento | 40 | 2,12 | Educação-saúde | 28 | 3,14 |
| | Informação | 36 | 2,72 | Respeito | 28 | 2,92 |
| | Cuidado | 34 | 2,64 | | | |
| | Atenção | 32 | 2,53 | | | |
| | Adesão-tratamento | 32 | 2,87 | | | |
| < 25 | Capacitação-profissional | 26 | 2,88 | Solidariedade | 21 | 2,90 |
| | | 21 | 2,76 | Tratamento-medicamentoso | 21 | 3,38 |
| | Não-discriminação | 19 | 2,68 | Apoiar | 19 | 3,52 |
| | Paciência | 18 | 2,66 | Tratamento | 19 | 3,26 |
| | Futuro | | | | | |

FIGURA 1: Quadro de quatro casas das evocações ao termo indutor cuidado a pessoa com HIV/Aids na região Sudeste. Rio de Janeiro, 2013.

Os pontos de corte definidos para essa análise correspondem: frequência mínima (18), frequência média (25) e *rang* médio de evocação (2,9) que se refere à posição média de cada palavra no corpus analisado.

O quadrante superior esquerdo corresponde ao provável núcleo central (NC) da representação social do cuidado à pessoa com HIV para os profissionais de saúde estudados. As palavras que caracterizam o NC são: *amor, acolhimento, informação, cuidado, atenção e adesão-tratamento*. As elevadas frequência e a baixa ordem média de evocação (OME) dessas palavras indicam, respectivamente, os termos evocados com mais frequência pelos participantes da pesquisa e os mais prontamente evocados. Além disso, revelam estabilidade e permanência, caracterizando os elementos deste quadrante.

A palavra “amor” aparece como a mais prontamente evocada (66) pelos participantes, seguido de “acolhimento” (40), entretanto, a palavra que obteve a menor OME foi “acolhimento” (2,12), e a maior OME, “adesão-tratamento” (2,87).

Isso reforça a ótica de profissionais que visam além da doença e que não olhem apenas o lado biomédico e cuidados técnicos, haja vista que o paciente deve ser um sujeito ativo no seu atendimento e, por isso, deve-se ter “uma escuta atenta e desprovida de juízo de valor” (SUTO et al., 2017). Os elementos funcionais do núcleo central remetem às ações dos profissionais de saúde em relação ao usuário, o qual se busca estratégias para proporcionar a adesão ao tratamento e um bom convívio com o diagnóstico.

Nesse contexto, o cuidado em saúde baseia-se numa relação entre pessoas com o objetivo de melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do paciente. Desse modo, o estudo de Domingues, Oliveira e Marques (2018) destacou que o cuidado de saúde à pessoa com aids apresenta estreita relação com a qualidade de vida, uma vez que envolve vários mecanismos como a modificação dos hábitos de vida que acarreta na melhoria da saúde.

Sendo assim, as práticas assistenciais executadas pelos profissionais não devem ser restritas somente ao processo técnico, mas devem manifestar-se por meios de atitudes humanísticas, empáticas e grupais (ROCHA et al., 2015). As palavras “amor” e “acolhimento” possuem dimensões afetivas e atitude de cuidado e solicitude pelo outro, sendo elementos fundamentais para a prática dos profissionais que trabalham na área de saúde.

O quadrante superior direito forma a primeira periferia, constituída pelas palavras: *aconselhamento, educação-saúde e respeito*. São palavras que reforçam o núcleo central e possuem teor atitudinal, expressando atitudes positivas que devem estar presentes no cotidiano da prática dos profissionais da saúde, uma vez que são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde que não focam apenas na doença em si, mas em toda a subjetividade do indivíduo, contribuindo para um

cuidado integral. Todas as palavras desse grupo tiveram a mesma frequência de evocação, divergindo apenas na OME, a qual se destaca a palavra “respeito” por possuir a menor OME (2,92).

Nesse contexto, Galindo e Rios (2015) afirmam a importância da orientação destes pacientes frente aos seus sentimentos e dúvidas, pois quando não esclarecidos pode comprometer o tratamento terapêutico, por exemplo, a rejeição das medicações. Assim, o profissional de saúde aconselhador é o agente ativo da relação, é quem dirige ações assistenciais ao usuário respeitando suas queixas, limitações e anseios, enquanto o cliente é apresentado como aquele que recebe a intervenção para produzir mudanças de comportamentos, opinião e concepções.

O quadrante inferior direito forma a segunda periferia, o qual engloba os elementos de menor frequência e os evocados mais tardiamente relacionados às práticas cotidianas (GOMES; OLIVEIRA, 2010; SÁ, 2002). É constituído pelas palavras: *solidariedade, tratamento-medicamentoso, apoiar e tratamento*. As palavras “solidariedade” e “tratamento-medicamentoso” obtiveram a mesma frequência, assim como, “apoiar” e “tratamento”. No entanto, a que teve menor OME foi “solidariedade” (2,90).

Os elementos deste quadrante indicam que o cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids engloba o tratamento com medicamentos corroborando o estudo de Campos (2010), ao afirmar que para os profissionais da saúde, o tratamento do HIV/Aids é focado principalmente nos medicamentos, e, conseqüentemente, na adesão, sendo esta crucial para o acompanhamento da patologia e das suas dificuldades.

O quadrante inferior esquerdo forma a zona de contraste, corresponde aos elementos que reforçam o sentido trazido no núcleo central e na primeira periferia, ou revelar a existência de um sub-grupo que vê a representação diferente da maioria. As palavras que o compõe são: *capacitação-profissional, não-discriminação, paciência e futuro*.

São palavras que refletem valor positivo ao cuidado à saúde das pessoas que vivem com HIV/Aids e expressam a necessidade da capacitação do profissional para lidar com as pessoas com HIV, já que profissionais qualificados e capacitados contribuem para a adesão ao tratamento, qualidade de vida e longevidade (ROCHA et al., 2015).

Desse modo, os profissionais que trabalham no SAE são capacitados e supervisionados para prestarem assistência de acordo com a especificidade da doença, além disso, é necessária uma análise do perfil desse profissional para identificar se apresenta ou se há algum conflito que o impeça de atuar nessa equipe especificamente (SILVA, 2007).

O papel da equipe multiprofissional na assistência ao paciente com HIV tem mostrado aspectos positivos na recuperação e diminuição de agravos à saúde,

visto que o processo de trabalho compartilhado tem colaborado para inserção de um novo modelo de atenção à saúde, evidenciando a importância da adesão ao tratamento, assim como, elaborar estratégia de atenção integral voltada à autonomia e ao protagonismo dos usuários no processo de produção e promoção da sua saúde e da prevenção ao HIV (SOUZA et al., 2005).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o núcleo central da RS do cuidado a pessoa com HIV/Aids para os profissionais de saúde é caracterizado por elementos representacionais referidos à uma avaliação positiva do cuidado. As palavras *amor* e *acolhimento* revelam as dimensões afetiva e técnica do cuidado, bem como uma postura de solicitude pelo outro, o que é associado frequentemente ao perfil de quem trabalha na área da saúde, revelando uma perspectiva idealizada do cuidado em saúde.

Os léxicos *amor*, *acolhimento*, *cuidado* e *atenção* estão atrelados ao exercício da profissão, assim como, a atuação humanizada pelos profissionais de saúde, e da satisfação em ajudar o próximo. Os elementos *informação* e *adesão ao tratamento* revelam-se fundamentais para o processo de manutenção da adesão ao tratamento das pessoas que vivem com HIV, além do esclarecimento de controvérsias acerca do diagnóstico.

Dessa forma, os profissionais da região sudeste evidenciam que o cuidado em saúde deve ser embasado na empatia, no acolhimento, na educação em saúde e na informação do cliente, para que haja uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Vale lembrar que o estudo possui limitações, uma vez ter sido utilizada uma amostra de conveniência tanto para a escolha das unidades de saúde, quanto dos profissionais participantes. Uma segunda limitação é o tempo de coleta de dados, abrindo a possibilidade de uma mudança representacional no decorrer do tempo desde a mesma.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 115-72.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F. & Loureiro, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV AIDS 2018**. Brasília – DF. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018> Acesso em: 10 jun 2019.

CAMPOS, Letícia de Araújo. **As diferentes facetas no tratamento do HIV/AIDS: uma análise de representações sociais de enfermeiros**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

DOMINGUES JP, OLIVEIRA, DC, MARQUES SC. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com hiv/aids. *Texto & Contexto enferm.* (internet). 2018; 27(2): e1460017. *Retraction in:* Abric, JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP & Oliveira DC, organizadores. *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. 2ª ed. Goiânia: AB editora; 2000: 27-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072018000200324&script=sci_abstract&lng=es.

DOMINGUES, Juliana Pereira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sergio Correa. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

GALINDO, Wedna Cristina Marinho; FRANCISCO, Ana Lúcia; RIOS, Luís Felipe. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 815-829, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2015000400003&lng=pt&nrm=i&lng=pt.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de. O Núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 352-358, 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19471&indexSearch=ID>

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. **As representações sociais**, p. 17-44, 2001.

OLIVEIRA, DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 276-286, 2013.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 573-603.

ROCHA, G. S. A. et al. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia. **Reme, Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 258-266, abr./jun. 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

DA SILVA, Carla Glenda Souza. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 1, p. 156-163, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000100013.

DE SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em enfermagem-uma aproximação teórica. **Texto & contexto enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 266-270, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>

SUTO, Cleuma Sueli Santos et al. PROFSSIONAIS DE SAÚDE FALAM MAIS SOBRE CUIDADO E MENOS SOBRE SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/07/49981-215097-1-PB.pdf>

SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

Data de aceite: 21/12/2019

Data da submissão: 14/10/2019

Sylvia Fátma Gomes Rocha

Mestre em gestão integrada do território/ Univale
Médica hematologista e hemoterapeuta
Professora adjunta na Universidade Federal de
Juiz de Fora – campus Governador Valadares –
UFJF/ Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/6340393273989934>

Maria Terezinha Bretas Vilarino

Doutorado em História / UFMG
Professora adjunta na Universidade Vale do Rio
Doce – UNIVALE/GIT/ Governador Valadares/
Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/3726945999922150>

RESUMO: A regionalização da saúde com a implementação do SUS baseou-se numa concepção territorial de organização, configuração, funcionamento e gestão dos serviços públicos. Ou seja, a implementação do SUS sustentou-se em três pilares: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização

referente aos níveis de complexidade dos serviços. A discussão proposta tem como objetivo a delimitação dos marcos cronológicos e espaciais que marcaram a implementação do SUS a partir dos documentos oficiais e de autores que trabalham a questão a partir de abordagem territorial. Nesse sentido, os conceitos geográficos de território, territorialização e territorialidades, se tornaram apropriados para a definição de políticas públicas de saúde, tanto em termos nacionais, como estaduais e municipais. Como resultado buscamos aproximar a apresentação de um debate mais teórico, no qual tomamos como questão geradora o dimensionamento do conceito de território e seus desdobramentos (territorialização, territorialidades) e sua relação com a saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: SUS – regionalização – território – saúde.

BRASILIAN HEALTH'S SYSTEM PUBLIC AND THE HEALTH'S REGIONALIZATION IN PERSPECTIVE TERRITORIAL

ABSTRACT: The health's regionalization associate with the SUS implementer based in the territorial conception of organization

conformation operation and management of public services. Then, the SUS implementation sustained in three pillars: the netting relative the provision and integration between the health's services, the regionalization representing health's regions within the process of decentralization of actions and regions within the process of decentralization of actions and services in health and the hierarchy regarding to the levels of services' complexity. The proposed discuss aims to delimit the chronological and space marks that begging the SUS' implementation from the official documents and the authors that worked on the territorial approach. In this way, the geographical concepts of territory, territorialization and territoriality, have become appropriate for the definition of public health political, at the national, state and municipal level. As a result we intended to approximate the presentation of a more theoretical debate in which we take us generative question the dimensioning of the concept of territory and its unfolding (territorialization, territorialities) and its relation with public health.

KEYWORDS: SUS – regionalization – territory - health

INTRODUÇÃO

Após três décadas de existência, inúmeros atendimentos realizados, incontáveis discussões de planejamento e replanejamento de ações e políticas, um sem número de problemas a serem ainda resolvidos; entre avanços e desafios o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre, em nossos dias, um rumoroso ataque por grupos e atores sociais, interessados em mudanças drásticas na organização do sistema de saúde e atendimento da população. O risco de perda da conquista da saúde como direito do cidadão, e o reavivamento da ideia da saúde como bem-estar do Estado, rondam o sistema como um todo.

O entendimento de Silva e Gomes (2014) sobre a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo político “que envolve a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados” (SILVA e GOMES, 2014, pag. 71), nos instiga à compreensão do processo de implementação do SUS e de sua configuração. A compreensão desse processo que envolveu inúmeros atores e levou tempo para ser consolidado é uma chave para a fundamentação da defesa do SUS diante dos ataques ora sofridos.

Uma leitura atenta dos documentos oficiais que ampararam a implementação do SUS remetem à observação da base territorial em que essa política pública está assentada. O processo de regionalização da saúde no Brasil, iniciado na década de 1990, representa uma estratégia para integração dos sistemas municipais e regionais, ampliando o acesso e a redução da iniquidade em saúde. O objetivo da implantação da regionalização da saúde foi alcançar maior grau de eficiência e efetividade do

sistema de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios. Para tanto, foram criados novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de serviços de saúde no território brasileiro.

Ou seja, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União.

Nesse sentido, a discussão abaixo proposta teve como referência uma abordagem que levou em consideração os conceitos estruturantes do processo de regionalização dos serviços de saúde pública: territorialização, território, territorialidade, regionalização, interiorização, redes, dentre outros. Optamos por uma abordagem relacional considerando a expressão de Raffestin: “se optamos por uma problemática relacional, é porque pensamos que as relações são capazes de tornar inteligíveis o poder político e suas manifestações espaciais” (RAFFESTIN, 1993, p.31).

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

A organização de serviços públicos de saúde no Brasil passou por profundas mudanças nos últimos 30 anos, tendo como marco a Constituição Federal de 1988. Anteriormente a essa Constituição Federal, as organizações públicas de saúde caracterizavam-se pela centralização do poder de decisão, estando a gestão da saúde exclusivamente sob controle do Estado. (SOUZA, 2002). Isto significa dizer que o Estado encampava os serviços básicos de saúde, controlando os recursos disponibilizados e os equipamentos institucionais e administrativos correlacionados. Os serviços de saúde oferecidos seguiam uma lógica verticalizada (centrada em ações políticas com foco em doenças endêmicas e infectocontagiosas que atingiam a saúde da população em geral).

Nesse sentido, as ações de saúde, anteriores a 1988, eram baseadas na promoção e na prevenção, que se fazia de forma universal, através das campanhas de vacinação e controle das endemias. A assistência médico hospitalar era realizada pelo setor privado (acessado por poucos), pelas instituições filantrópicas e pelo Estado através do Instituto Nacional de Previdência Privada Social (INPS). Posteriormente esse instituto foi denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e garantia assistência aos trabalhadores com carteira assinada no âmbito federal, estadual e municipal. (SOUZA, 2002). A

montagem desse aparato previdenciário remete a conjunturas político-econômicas anteriores à Constituição de 1998 e as atuais discussões indicam que é um problema que ainda não está bem resolvido no Brasil.

Com a Constituição Federal de 1988 estabeleceram-se os fundamentos jurídicos favoráveis à criação de um sistema de saúde baseado na universalidade dos serviços e de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, como indicam os artigos 196 e 198, respectivamente:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 103).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 103).

Desta forma, por meio da Constituição de 1988, criou-se um ambiente constitucional e sociopolítico favorável à reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil. O reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado prenunciaria mudanças no aparato organizacional e burocrático do Sistema de Saúde vigente à época, bem como, uma mudança de perspectiva dos serviços oferecidos e das condições desse oferecimento.

Por sua vez, a proposta de descentralização, embora mantivesse a hierarquia dos específicos órgãos e níveis administrativos, definiria uma nova forma de atuação e ação pública. A orientação para o atendimento integral “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, ampliaria, pelo menos em tese, a base de atuação e responsabilização do Estado no que se referia às demandas da saúde pública.

De fato, o reconhecimento da saúde como “direito de todos e dever do Estado” que deveria garantir a universalidade (acesso por todos os cidadãos), a integralidade (ações preventivas e serviços essenciais) e a descentralização dos serviços (gestão realizada de forma integrada entre a União, estados e municípios); configurou-se num enorme desafio, levando-se em conta a dimensão territorial do Brasil e a grande diversidade regional tanto econômica, política e social. (SOUZA, 2002; DUARTE, 2015). Segundo Mercadante (2002, pag. 248) esses princípios vinham sendo delineados desde o início da década de 1980, ganhando notoriedade e defesa política na articulação e discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde,

realizada em 1986. Em sua perspectiva:

Crescia, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial que teve como pontos culminantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) 1986, os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988. (MERCADANTE, 2002, pag. 248).

No mesmo sentido, Lima (2002, pag. 100) assinala que o movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) “promoveu a racionalização dos serviços de saúde” através de ações como: integração das redes federal, estadual e municipal, e municipalização do atendimento primário; definição das fontes de financiamento; estabelecimento de funções para as instâncias de governo; criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos no interior da rede pública e para o setor privado.

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu após a homologação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90 de setembro de 1990. Esta lei é considerada por muitos especialistas como a mais importante da área da saúde, pois se tornou decisiva para garantir a realização das mudanças instituídas pelo recém criado, Sistema Único de Saúde: a integralidade e a descentralização dos serviços. Em dezembro do mesmo ano, criou-se a Lei 8142/90, que veio complementar a Lei 8080, regulamentando a participação popular e o financiamento do SUS, tornando o sistema mais democrático. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013). Conforme Matta e Morosini (2009, p. 41) a implementação do SUS refletiu o anseio de diversos segmentos da sociedade civil que se organizaram para este fim:

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil, entre eles usuários e profissionais de saúde pública, insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde. (MATTa e MOROSINI, 2009, p. 41).

Desse modo, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, a atenção à saúde no Brasil passou a ter como enfoque o atendimento integral. Esse novo sistema de saúde pública exigiria do Estado uma gestão com base no perfil territorial de base regional. A nova exigência de prestação de um serviço descentralizado e de forma equitativa requereria considerar características da população local, características da demanda dos serviços de saúde (consultas, vacinas, internações hospitalares, serviços de alta e média complexidade), características econômicas e culturais, e a grande diversidade territorial nacional. (PAIM, 2004; SOUZA, 2002).

A concretização da descentralização ocorreu através do processo de regionalização, que corresponde a uma estratégia do SUS, uma diretriz, com o objetivo de coordenar as ações e serviços de saúde de uma determinada região, considerando as especificidades das mesmas. Para dar andamento a esse processo, foram criadas, a partir de intensos debates e negociações políticas, as Normas Operacionais do SUS, sendo editadas três Normas Operacionais Básicas (NOB). (BRASIL, 2013).

Essas normas estabeleceram as competências das três esferas governamentais: União, estados e municípios, para viabilizar o processo de implantação do SUS. Merece destaque especial a NOB 01/96, que instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) com o objetivo de estabelecer as redes regionalizadas e hierarquizadas que representam os três pilares do SUS: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização referente aos níveis de complexidade dos serviços. (SOUZA, 2002; PAIM, 2006).

Durante esse período da implantação das NOBs, o serviço público de saúde brasileiro, passou por importantes avanços no processo de descentralização, a começar pela estruturação da atenção primária à saúde em cada município.

A atenção primária representa a “porta de entrada” do usuário no SUS, tendo papel primordial na resolução dos casos e quanto ao encaminhamento para outros níveis da atenção à saúde; sendo a base do sistema de descentralização. Entretanto, esse período também foi marcado por grandes desafios de ordem política, econômica e organizacional, o que dificultou a implantação do SUS no país. (PAIM, 2006; SOUZA, 2002).

A atenção primária deveria ser capaz de administrar esse primeiro nível de atenção à saúde, bem como reorganizar todo o sistema de saúde, buscando uma estratégia política que priorizasse a territorialidade, um novo conceito dentro do sistema de saúde brasileiro. Trata-se então de grande desafio, uma administração estratégica que busque identificar os conjuntos sociais, os problemas de saúde, os recursos disponíveis, o poder decisório, a democratização, a alocação de recursos, a garantia da participação popular e a resolução do problema, a nível local. (PAIM, 2006).

Em 2001, em substituição às NOBs, foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS) que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica”, definindo o processo de regionalização da assistência; criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedendo à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com a justificativa de criação da NOAS/SUS, o processo de descentralização pretendido ganharia contornos práticos “transferindo para os estados e principalmente para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pag. 9). Nesse sentido as propostas regulamentadoras da NOAS/SUS adotaram a regionalização como estratégia de descentralização no andamento de implantação do SUS, como indica o documento do Ministério da Saúde.

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Pag. 15).

Assim, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União. (MORAES e CANÔAS, 2013; BRASIL, 2013).

A fim de aprimorar a implantação do SUS, em 2011, foi instituído o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011). Deste modo, o processo de territorialização delineado para a implementação do Sistema Único de Saúde, em princípio, considerou além do espaço territorial as características identitárias comuns que facilitassem a implementação dos equipamentos e serviços que melhor atendessem a proposta de regionalização.

Como a regionalização passou a ser o eixo estruturante para o aprimoramento da descentralização foi estabelecido um plano diretor para esse fim Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano correspondeu a um planejamento estadual, com o objetivo de organizar os serviços de saúde, através da criação de estruturas básicas mínimas, dividindo o estado em macrorregiões de saúde, microrregiões

e municípios polos, gerando uma rede de assistência à saúde descentralizada e hierarquizada, ou seja, com níveis de complexidades diferentes. (SOUZA 2002; BRASIL, 2013).

Os serviços de atenção básica, entendidos como de baixa complexidade dentro do sistema, representam “o primeiro nível de atenção à saúde no SUS”, é a “porta de entrada” da população ao sistema via “unidades básicas de saúde”, caracterizando-se como um conjunto de ações que garantam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde, que são complementados pelos serviços de média e alta complexidade. (BRASIL/CONASS, 2011, p. 17-18). Os serviços de média e alta complexidade são assim definidos pelo CONASS:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (...) No mesmo material de apoio, encontramos a seguinte definição de alta complexidade. Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Na prática, o PDR representa o desenho da rede de saúde em cada região, definido por uma comissão bipartite (Comissão Intergestores Bipartite - CIB) composta por representantes do estado e dos municípios. “Essa rede é pactuada, com o intuito de atender a população de forma integral,” e de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, “estando comprometida com a economia de escala e de quantidade da atenção” baseada na capacidade de oferta e necessidades dos municípios, afim de garantir a qualidade do atendimento à saúde de forma eficiente e afetiva. (BRASIL/CONASS, 2011, p.19-20).

Dessa forma, os serviços mais especializados e de maior demanda e maiores custos ficariam centralizados nos municípios polos, criando-se centros de referência com serviços de média e alta complexidade, com o objetivo de ordenar o fluxo da população aos diversos serviços, garantindo o acesso e otimizando os recursos. (SOUZA, 2002; BRASIL, 2013). Portanto, o PDR concretiza a regionalização de forma hierarquizada, estruturando os serviços em rede, com base territorial e populacional para redimensionamento dos serviços de forma equitativa, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas e fortalecimento entre os gestores e as pactuações municipais. (SOUZA, 2002; MALACHIAS et al, 2011; BRASIL, 2013). A partir do PDR, os municípios e os estados, coordenados pela União, discutem os desenhos das regiões de saúde.

A regionalização da saúde é então estruturada através da construção do perfil territorial e populacional (eixo horizontal) integrado com política pública de saúde (eixo vertical), a fim de propor intervenções eficazes e congruentes aos princípios

do SUS. (PAIM, 2006). A determinação do perfil do território é base do sistema de saúde proposto pelo SUS, uma vez que, as ações e serviços de saúde são distribuídos de acordo com as necessidades locais e não por facilitadores, como por exemplo, acordos políticos locais. (GONDIN et al, 2008).

Para atingir seus objetivos, a regionalização passou por indispensáveis redefinições: a territorialização, que identifica os espaços regionais através dos dados demográficos e epidemiológicos, incluindo aspectos econômicos, sociais, culturais e do processo saúde-doença; a flexibilidade, uma vez que, não existe um modelo único de região de saúde para todo o país; a cooperação, para promover uma ação conjunta entre todas as esferas do governo; a co-gestão; além do financiamento solidário, que implica na definição dos recursos pelas três esferas do governo. (BRASIL, 2013). Na prática, foi preciso desenhar o perfil territorial de uma região de saúde para o processo de regionalização.

As regiões de saúde são, portanto, recortes territoriais em que os gestores e a população devem organizar as redes de ações e serviços de saúde dos municípios que a compõem. Essas regiões de saúde são compostas por municípios distintos, contíguos, e com extensão territorial, densidade populacional e tecnológica distintas, abrangendo diferentes níveis de atenção à saúde, formando a rede hierarquizada. O desenho de uma região de saúde também leva em conta a economia local, aspectos culturais, doenças prevalentes; e não representa apenas uma área geográfica fixa, com limites definidos, mas um território vivo, um território usado.

Essa região de saúde deve ter no mínimo suficiência na atenção básica de saúde e parte da média complexidade, estando integrada a um município polo, com serviços de média e alta complexidade, pactuado na comissão intergestores bipartite estadual (estados e municípios), como garantia de acesso a um serviço que a região não possua, para promover atenção integral à saúde. As regiões devem pactuar arranjos macrorregionais, agregando duas ou mais regiões, para que possam suprir umas às outras, o que uma região não possui a outra possa atender, isso compreende a regionalização solidária e cooperativa. (TEIXEIRA,1998).

Outro marco importante a ser destacado, nesse processo descrito de implementação do SUS, é a criação do Pacto pela Saúde, instituído pela portaria 399 do ministério da Saúde de 2006, que vem ratificar as determinações na NOB 01/96 e NOAS/2002, validando a participação popular, a co-gestão e propondo um financiamento intergestores triparte. (Brasil, 2013).

Desta forma, desde a criação do SUS e as medidas realizadas para sua efetivação, ao longo destas três décadas, a regionalização dos serviços de saúde, foi o carro-chefe para viabilização da descentralização e da garantia do atendimento integral, universal e equitativo. Sendo assim, a regionalização na saúde pode ser definida como um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder

e o estabelecimento de uma co-gestão entre diferentes atores sociais (governo, agentes, instituições, cidadãos) no território. (VIANA, 2010).

Enfim, quando falamos de perfil territorial em saúde, estamos nos referindo, não apenas à estrutura geográfica territorial, mas ao território vivido, território usado, território marcado pela ação humana, ou seja, ao definirmos o perfil do Território, a estrutura hospitalar e a densidade tecnológica devem ser considerados. Assim no processo de regionalização estará impresso um planejamento integrado, englobando noções de territorialidade, resultantes das relações políticas, econômicas e sociais expressas dentro do território, tornando as intervenções específicas a cada região, otimizando o acesso, as ações e os recursos destinados à saúde. (TEIXEIRA, 1998; BRASIL, 2002).

PERSPECTIVAS E ABORDAGENS SOBRE A RELAÇÃO TERRITÓRIO/SAÚDE PÚBLICA

Nos últimos anos diferentes pesquisadores tem se debruçado sobre essa relação, sob diferentes perspectivas geográficas numa tentativa de entender e contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, atualmente ameaçado de desmonte. De acordo com Bezerra (2015, pag.229).

Ao longo do amadurecimento do SUS, diversas lógicas de pensar o território foram discutidas no âmbito de sua apropriação pelo setor saúde. Dentre elas, Mendes (1993), aponta duas principais correntes: uma primeira, que vê o território como espaço físico e geopolítico (visão jurídico-burocrática); e uma segunda que compreende o território-processo como produto de uma dinâmica social onde os sujeitos sociais estão permanentemente em conflitos em uma arena política.

Na perspectiva de Gondim et al (2008) a primeira corrente identificada por Mendes (1993) reflete a mais conhecida e tradicional concepção de território, “definido formalmente, e muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial sub-nacional”, e “a segunda, aproxima-se do território usado, sinônimo, segundo Santos (2001), de espaço geográfico”. Tanto Bezerra (2015) como Gondim et al (2008) consideram a dificuldade de operacionalização das políticas públicas de saúde sem avançar na compreensão de uma abordagem que considere a dinâmica social dos territórios, pois como se posicionam Gondim et al (2008) “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados”.

A posição de Gondim et al leva em consideração o que “foi colocado por Santos e Silveira (2001: 12). Para estes autores: “...o território, em si mesmo, não constitui

uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o “território utilizado.” (Gondim et al, 2008). Do mesmo modo, Monkey e Barcelos (2005) se apoiam na categoria ‘território utilizado’ para avaliar a territorialização em saúde e propor estratégias de análise (gestores e pesquisadores) e de gestão que poderiam ser utilizadas.

Esses autores citados, ao mesmo tempo em que problematizam a concepção de território e territorialização/territorialidades utilizadas para implementação do SUS, presentes nos documentos oficiais, sugerem outras possibilidades de abordagem e de gestão que avancem sobre a concepção de território somente como área de delimitação operacional. Em outras palavras, numa abordagem da saúde na perspectiva do Território, entende-se que o território vai além da definição geográfica de espaço, de delimitação territorial e de espaço político-operativo do sistema de saúde.

O Território aqui pode ser definido pelo seu perfil, um espaço dinâmico, construído socialmente com particularidades locais, condições econômicas e sociais únicas, problemas de saúde próprios e distribuição dos serviços distintos, caracterizando-se como um território em constante construção. (FARIA, 2013; MONKEN e BARCELLOS, 2005). O Território nessa perspectiva, também representa uma área de atuação, regido por normas, deveres e direitos, uma área de expressão de poder. (MONKEN e BARCELLOS, 2007; MORAES e CANÔAS, 2013).

Entende-se desta forma que as diretrizes do SUS também apresentam uma base territorial, que representam o território normado, garantia da expressão do poder administrativo e político. O Território como norma, pode ser entendido, segundo Milton Santos, como “como conjuntos de sistemas de objetos indissociáveis de conjuntos de sistemas de ações”; onde os sistemas de objetos são sistemas técnicos; os sistemas de ação são sistemas normativos, que buscam se efetivar por meio da interferência real, conduzidas por alguns atores com uma finalidade, o controle.

Na perspectiva de Milton Santos (2006, pag.46), o território deve ser entendido como uma categoria social. O território corresponde ao chão e à população residente nesse espaço, local de trabalho, das trocas, das relações sociais, dos fixos e fluxos; representa o ‘território usado’ por uma população, ordenado e organizado pelas firmas, pelas instituições e pelo próprio Estado. O território entendido a partir poder exercido sobre um espaço, associado à ideia das relações sociais e da construção de uma identidade local.

Assim, segundo Milton Santos, cada território representa uma organização sócio-econômica própria, com identidade própria, com problemas e anseios diários, inseridos em sistemas normativos permeados por relações de poder. O “território

usado” pode ser definido como o território modificado por uma população; marcado por características de ordem cultural, econômica, política nele impressas; ou por implantação de infra-estrutura, caracterizando-o pelo seu uso.

Os conceitos de “fluxos e os fixos”, pertinentes ao território e apresentados na obra de Milton Santos (1996, pag. 221), também podem ser aplicados à área da saúde. Os Fixos corresponderiam aos serviços de saúde, rede hospitalar, os estabelecimentos e as instituições de saúde com seus níveis de complexidade dentro de cada município, micro ou macrorregião de saúde e os Fluxos, corresponderia ao deslocamento da população dentro desse campo de ação, segundo o princípio de referência e contra referência, que é direcionada para centro de maior complexidade em caso de necessidade de serviços mais especializados, tornando o sistema mais resolutivo e integral. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

De acordo com Gondim e Monken (2016) a proposta da territorialização na saúde permite que gestores, instituições de saúde, profissionais e usuários do SUS, compreendam a dinâmica territorial na saúde, através da percepção dos fluxos e fixos, identificando as iniquidades e proporcionando soluções adequadas. Desta forma, poderíamos definir uma escala territorial local (acesso aos serviços) e uma escala territorial global (políticas públicas); com base nos dois movimentos descritos por Milton Santos; o das horizontalidades que compreendem a contiguidade, e o das verticalidades que são formadas por pontos distantes, resultando na interdependência hierárquica dos territórios, representando a regionalização da saúde. (GONDIM & MONKEN, 2016).

Isto posto, observa-se que há certa concordância entre vários pesquisadores de que aplicação do conceito de ‘território usado’ na gestão da saúde permitiria uma maior equidade na distribuição das ações e serviços de saúde, em concordância com os princípios do SUS, ou seja, com a regionalização da saúde, caracterizando assim o sistema de saúde como uma prática territorial. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

Sobre essa questão, podemos destacar a discussão do médico sanitário Jairnilson Silva Paim (PAIM), que aborda em sua obra, a construção de modelos assistenciais em concordância com a realidade de cada município, através da determinação do perfil territorial. O sanitário enfatiza a importância da identificação dos problemas e necessidades da população local, do monitoramento da situação da saúde e da distribuição dos serviços de saúde de acordo com as necessidades locais, entendendo o processo saúde doença como uma abordagem territorial, deixando de ter a doença como foco central.

Em consonância com a abordagem de Milton Santos sobre território usado, Paim (2003, p.183) defende uma abordagem da saúde sobre os dois eixos: verticalidades e horizontalidades. No eixo vertical, estariam as políticas públicas em

concordância com os princípios do SUS e no eixo horizontal, a análise situacional de saúde dos municípios e as ações de saúde voltadas para o perfil de cada território, caracterizando a ampliação da intervenção: incorporando determinantes clínico-epidemiológicos e sociais na rede de prestação de serviços, obedecendo ao princípio da municipalização da saúde, com o objetivo de orientar o conjunto de ações e serviços na rede.

Neste mesmo sentido Eliza Almeida (2005), a partir do conceito de território usado, avalia que “o SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação” (ALMEIDA, 2005, p. 135) e que tal verticalidade institucional “origina horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS”. (ALMEIDA, 2005, p. 135).

TERRITORIALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO DE TERRITORIALIDADE COMO CAMINHOS

Na busca do entendimento do sistema público de saúde como base territorial outra categoria a ser compreendida é a de territorialidade. Esta pode ser relacionada com o pertencimento a um território, com a relação de domínio e poder adjacentes a este território, com limites definidos por valores e identidade, com as relações cultura-linguagem, economia, política e saúde com descritos na discussão proposta por Milton Santos: “A política do território tinha as mesmas bases que a política da economia, da cultura, da linguagem, formando um conjunto indissociável (comunidade)”. (SANTOS, 2000, p. 31).

Assim, a partir da definição das territorialidades, podemos (re)construir o processo de territorialização na saúde pública. Paim (TEIXEIRA, 1998, p.57) descreve a territorialização na saúde através da elaboração de um mapa territorial, o que ele denomina de “esquadrilhamento do território”, segundo uma lógica das condições de saúde, sendo definida a distribuição populacional, as condições de vida da população, a localização dos serviços de saúde, o acesso à população e o fluxo da demanda aos serviços. Definindo as territorialidades refletidas nesse “mapa territorial” poderiam estabelecer-se prioridades, ações de saúde confluentes com a realidade local, com as territorialidades, atingindo os objetivos do SUS de oferecer um atendimento integral, universal e equitativo.

Ainda nesse sentido, de acordo com Faria, R. M. e Bortolozzi (2009, pag. 38) outra territorialidade relevante é a determinação de enfermidades prevalentes. A forma com que o território é usado e as funções que cada território adquire, permitem identificar diferentes perfis, bem como diferentes fatores de risco, determinantes

sociais e acesso aos serviços de saúde, em decorrência da população ocupante desse território.

O próprio documento governamental reconhece que:

A Territorialização, nesse contexto, consiste no reconhecimento e na apropriação dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença. (BRASIL, 2013).

A partir do exposto, pode-se, enfim, compreender que a concretização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de uma base territorial expressou-se pela regionalização da saúde, cujo objetivo seria o aprimoramento da descentralização das políticas e dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, de acordo com Gondim et al 2008, pag.4), uma novidade do SUS foi a municipalização como diretriz operacional, apoiando-se nas noção de território e de territorialidades, com a intenção de garantir aos cidadãos a resolução de seus problemas de saúde. Segundo o documento oficial:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002, p.10).

Segundo Paim (2003, p.191), a territorialização da saúde permite a construção de uma análise situacional da saúde, pelo qual os gestores poderiam identificar os problemas de saúde e definir as ações, reduzindo as disparidades territoriais, pois as ações seriam tomadas levando-se em conta as territorialidades. A definição das territorialidades permitiria o estabelecimento da complementaridade entre os municípios, definido os municípios polos, as micro e macrorregiões de saúde. Esse processo também seria evidentemente marcado por um quadro normativo e burocrático passível de regulação de sua fluidez.

A territorialização na saúde se expressa ainda pela hierarquização dos serviços. Envolve a organização do sistema de referência entre os municípios e com isso os fluxos, bem como a articulação da demanda e da oferta dos serviços, estando fortemente ligada ao planejamento estratégico situacional. (GONDIM e MONKEN, 2016).

CONCLUSÃO

Após o painel inicial sobre as bases de implementação do SUS, fundamentado nos textos oficiais e em alguns autores que também as apresentam e analisam, buscamos aproximar essa apresentação de um debate mais teórico, no qual tomamos como questão geradora o dimensionamento do conceito de território e seus desdobramentos (territorialização, territorialidades) e sua relação com a saúde pública.

A presença de termos pertinentes à Geografia nas normativas determinantes da organização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de sua implementação são por si convincentes da incorporação pela administração pública e pela ciência médica (caso da epidemiologia, por exemplo) de categorias conceituais geográficas ao seu próprio corpus conceitual. Termos como território, territorialização, territorialidade, espaço, regionalização, municipalização, regiões, redes, dentre outros, são facilmente identificados nas discussões sobre a problemática da saúde pública bem como nas normativas e leis que amparam a implementação de programa, projetos e outras práticas correlacionadas à temática.

Diante dos dados expostos, torna-se evidente que a caracterização do perfil do território, não apenas como espaço geográfico, mas principalmente pelas suas territorialidades, considerando suas particularidades locais, como população, serviços oferecidos, facilidade de acesso, proximidade a grandes centros, além da situação política e econômica; torna-se imprescindível para uma agenda de regionalização da saúde. Nesse sentido, e diante das atuais investidas contra o SUS, defendemos sua permanência e uma forte pactuação social, que envolva todos os atores diretamente envolvidos em sua configuração e atuação para que não se percam seus fundamentos originais: universalidade (acesso por todos os cidadãos), a integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. P. **Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional**. São Paulo, 2005. 313 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde. **Para entender o Controle Social na Saúde Brasília - DF 2013**. Disponível em: >www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). ISBN: 978-85-89545-641-8. 1. SUS (BR). 2. Média e Alta Complexidade. Disponível em: < www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF:** Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. **Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil: 29 jun.2011

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 20 set. 1990.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.** Brasília (DF), 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, (DF): 2002.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.** 2. edição. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde.** – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do SUS nº8. Temático Regionalização da Saúde.** Volume V. Brasília,DF, 2013.

_____. **SUS – Instrumento de Gestão em Saúde, Ministério da Saúde, secretaria executiva, Brasília, 2002.**

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. **Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental.** Revista de Geografia (UFPE), Recife; V. 32, No. 3, 2015; pag 222-244.

CIOFFI, J. G. M.; MENICUCCI, T. M. G. **Avaliação da Eficácia e da Eficiência da Fundação Hemominas na Execução da Política do Sangue no Estado de Minas Gerais.** In.: 30º Encontro da ANPAD – EnANPAD. Anais... Salvador, Setembro 23-27, 2006

DUARTE, L.S. et al. **Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise.** Saúde soc. [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.472-485.

FARIA, R.M. **Territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia 9 (16): 131 - 147, Jun/2013.

- FARIA, R. M. e BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil.** Curitiba; Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.
- FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2002
- GONDIM, G. M.M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.
- GONDIM, G. M. M e MONKEN, M. **Territorialização em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- LIMA, Nízia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões.** In: Finkelman J, organizador. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 23-106
- MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG),** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MATTA, G.C; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde. 2009.** In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio. César Franca. **Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>. Acesso em: 13 JUL. 2017.
- MERCADANTE, O.A. **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.** In: Finkelman J, organizador. **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.235-313.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas,** 2005.
- MONKEN, M. et al. **O território em saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
- MORAES, D. E; CANÔAS, S. S. **O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária à saúde.** Revista de Desenvolvimento Social. n. 9, v. 1,2013.
- PAIM, J.S. Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa.** Brasília – Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.
- _____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** SCIELO-EDUFBA, 2006
- _____. **Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).
- _____. **Gestão da atenção básica nas cidades.** In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. **Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder.** São Paulo: Ática, 1980.
- SANTOS, M. **A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. **Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal.** SP/RJ: Record, 2000a.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI**. São Paulo/Rio de Janeiro: Record, 2001.

SOUSA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro, Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

SILVA, E.C.; GOMES, M. H. A.. **Regionalização do SUS no grande ABC: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde**. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 3, N. 1. Janeiro/Junho. 2014. Pag.70-81.

VIANA, A.L.A; LIMA,L.D; FERREIRA, M.P. **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional**. Ciência & Saúde Coletiva 15: 2317–26; 2010.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. Inf. Epidemiol. Sus [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SAMU: A PARCERIA QUE DÁ CERTO

Data de aceite: 21/12/2019

Data de submissão: 14/11/2019

Edlaine Faria de Moura Villela

Unidade Acadêmica Especial de Ciências da
Saúde da Universidade Federal de Goiás/
Regional Jataí
Jataí-Goiás

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8767578610764666>

George Santiago Dimech

Secretaria de Vigilância em Saúde- Secretaria de
Saúde do Estado de Pernambuco
Recife-Pernambuco

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8103556984118917>

Márcio Henrique de Oliveira Garcia

Coordenação de Promoção e Proteção à Saúde
da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
(2014-2016)
Fortaleza-Ceará

Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1649159635513932>

RESUMO: As pressões sobre os serviços de emergência são cada vez mais elevadas diante de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências, os

quais apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade. Nesse contexto, é essencial para que o SAMU seja visto por todos como parte estruturante do SUS, melhorando sua efetividade na resolução dos problemas de saúde da população. O SAMU passa a ser importante ferramenta para o enfrentamento de Eventos em Saúde Pública (ESP) e para o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Nas diversas situações consideradas neste capítulo, o SAMU é um dos elementos essenciais na composição do componente de assistência da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), seja na coordenação ou apoio à resposta coordenada para situações de desastre, seja ao contexto de desassistência, onde substitui ou complementa as ações dos outros níveis de governos. No âmbito das doenças infecciosas, com foco no RSI, no CIEVS e na Rede Nacional de Alerta e Resposta aos Eventos de Saúde Pública de importância nacional e internacional, o SAMU, além das supracitadas atuações, passa a ser um dos elos operacionais mais relevantes para oportunidade de detecção e de mobilização da resposta, por estar na linha de frente de cenários que exigem urgência e emergência. Assim, o desafio da saúde continua sendo fortalecer a integração entre o SAMU e a Vigilância em

Saúde, com o intuito de aprimorar a qualidade dos serviços prestados e contribuir para a detecção, monitoramento e avaliação de eventos em saúde pública de importância nacional e internacional.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em saúde, Emergência em saúde, Eventos de saúde pública, Regulamento Sanitário Internacional, Sistema Único de Saúde.

HEALTH SURVEILLANCE AND SAMU: A PARTNERSHIP THAT WORKS

ABSTRACT: The pressures on emergency services are increasing in the face of demographic, epidemiological and social changes, so many countries have organized emergency response systems, which have good results in reducing morbidity and mortality. In this context, it is essential for SAMU to be seen by all as a structuring part of SUS, improving its effectiveness in solving the population's health problems. The SAMU becomes an important tool for facing Public Health Events (ESP) and for compliance with the International Health Regulations (IHR). In the various situations considered in this chapter, SAMU is one of the essential elements in the composition of the assistance component of the National Force of the Unified Health System (FN-SUS), either in the coordination or support of the coordinated response to disaster situations, or in the context. where it replaces or complements the actions of other levels of government. In the field of infectious diseases, with a focus on IHR, CIEVS and the National Network of Alert and Response to Public Health Events of national and international importance, SAMU, in addition to the above actions, becomes one of the most relevant operational links for opportunity for detection and mobilization of response, as it is at the forefront of scenarios that require urgency and emergency. Thus, the health challenge remains to strengthen the integration between SAMU and Health Surveillance, in order to improve the quality of services provided and contribute to the detection, monitoring and evaluation of public health events of national and international importance.

KEYWORDS: Health surveillance, Health emergency, Public health events, International Health Regulations, Unified Health System.

1 | UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

As pressões sobre os serviços de emergência são cada vez mais elevadas diante de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências, os quais apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade. No Brasil, o atendimento às urgências traz à tona deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso ao sistema, insuficiência de leitos especializados, lacunas nos mecanismos de referência e formação insatisfatória de profissionais

de saúde. Neste contexto, o Ministério da Saúde estruturou uma política integrada para atender esta área específica. (MACHADO et al., 2011).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) propôs o estabelecimento de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal política encontra-se estruturada em cinco eixos: promoção da qualidade de vida; organização em rede; operação de centrais de regulação; capacitação e educação continuada; e humanização da atenção (PNAU, 2003).

Assim, de acordo com O'DWYER e MATTOS (2012), o território brasileiro adquiriu a regulamentação da área de urgência, visando “integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos núcleos de ensino em urgência; a regionalização; a gestão por comitês de urgência nos níveis municipal, regional, estadual e nacional; e a humanização e assistência centrada no usuário”.

Quando buscamos conhecer os componentes da rede de atenção às urgências e emergências, nos deparamos com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual segue em expansão no território nacional. Atuam nesta rede profissionais de saúde e outros trabalhadores que integram as equipes (LUCHTEMBERG e PIRES, 2016). O SAMU foi o primeiro componente da PNAU a ser implantado. É um serviço de socorro pré-hospitalar móvel e o usuário tem acesso ao mesmo por meio telefônico gratuito (número 192). Este serviço conta com dois componentes: a central de regulação (componente regulador) e a equipe de ambulâncias (componente assistencial).

Cabe ressaltar neste momento que o SAMU tem então como objetivo “prestar atendimento pré-hospitalar à população, rápida e precocemente, acolhendo pedidos de ajuda médica de pessoas com agravo agudo à saúde, através dos profissionais de saúde que tripulam nas viaturas” (ALMONDES et al., 2016). Percebe-se assim que o serviço em questão contribui para a organização de redes de atenção, pois exige conformação de centrais de regulação, as quais impulsionam estratégias de regulação assistencial em outras áreas.

A rede de atenção às urgências e emergências no Brasil é organizada e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente, pela Portaria no 1.600, de 2011. Esta é constituída por vários componentes. O componente que daremos enfoque em breve neste capítulo é o intitulado *Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde*.

Estudos vêm apontando não somente avanços do SAMU, mas também limitações no momento de implantação. Uma delas é fundamentada no fato de que a organização de um sistema integrado de atenção às urgências requer maiores investimentos públicos em todos os níveis de atenção básica e uma articulação de

serviços que funcione em todo o território brasileiro. Atualmente, existem diversos sistemas de informações nos Estados e municípios brasileiros. Entretanto, de acordo com Machado et al., 2011, não há informações consolidadas sobre o perfil e o resultado dos atendimentos realizados pelo SAMU. Estas informações embasariam o planejamento das ações visando à melhoria da atenção às urgências e da oportunidade de notificação de eventos de saúde pública, refletindo nos resultados nacionais de Vigilância em Saúde.

O enfrentamento dessa e de outras limitações é essencial para que o SAMU seja visto por todos como parte estruturante do SUS, melhorando sua efetividade na resolução dos problemas de saúde da população. É neste contexto que percebemos a importância do SAMU para o enfrentamento de Eventos em Saúde Pública (ESP) e para o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como veremos ao longo deste capítulo.

2 | EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA DE IMPORTÂNCIA NACIONAL E INTERNACIONAL E O REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL

Neste momento, discutiremos a possibilidade do SAMU resgatar da sua rotina o distanciamento atual existente entre as reais necessidades de saúde e o que o sistema de saúde tem oferecido quando o assunto tratado é a Vigilância em Saúde.

2.1 O Regulamento Sanitário Internacional

O Regulamento Sanitário Internacional - RSI, 2005 (WHO, 2008) contempla novas estratégias de vigilância e resposta aos eventos de importância saúde pública, tanto para as doenças transmissíveis, assim como os eventos de natureza não-biológica (ex. desastres, contaminação ambiental, eventos de natureza química, radiológica ou nuclear. O propósito deste regulamento envolve medidas preconizadas para prevenir, proteger, controlar e dar uma resposta de saúde pública diante de um cenário de risco de propagação internacional de doenças e outros eventos, de maneiras proporcionais e restritas aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais (SIVINI, 2015).

Evento, de acordo com o RSI (2005), significa a “manifestação de uma doença ou uma ocorrência que cria um potencial para doença”. Os eventos não se limitam à ocorrência de dano (caso ou óbito por determinada doença), e sim incluem fatores de risco para sua ocorrência. Carmo et al (2008) traz que os eventos não são restritos à ocorrência de doenças transmissíveis, mas contemplam ainda

problemas de saúde de natureza química, radionuclear ou decorrentes de desastres ambientais, como terremotos, inundações ou secas.

Dessa forma, o novo termo adotado no RSI (2005) pode tornar mais precisa e aplicável pelos sistemas nacionais de vigilância epidemiológica a definição de eventos que devem ser objeto de monitoramento, proposição e execução de ações que visem evitar ou diminuir a probabilidade de propagação internacional. Ademais, ao tratar de risco de disseminação de doenças, permite a adoção de medidas antecipatórias, com o potencial de evitar a ocorrência de dano à população. Com essas características, esse conceito se apresenta mais preciso que o conceito de doenças emergentes e mais amplo que o conceito de epidemia, na medida em que essas são restritas à ocorrência do dano. Além disso, algumas doenças emergentes e epidemias, sempre que representarem risco de disseminação internacional, podem se constituir em uma emergência de saúde pública de importância internacional.

Para facilitar a compreensão do RSI pelo leitor, apresentamos a seguir as definições de ESPIN e ESPII:

- ESPIN: eventos de saúde pública de importância nacional
- ESPII: eventos de saúde pública de importância internacional

Ao analisarmos o RSI mais de perto, pode-se observar que é dada a orientação de que cada país signatário deve designar ou estabelecer Ponto Focal Nacional, designado por cada Estado Parte (no caso o próprio país), que estará permanentemente acessível para comunicação com os Pontos de Contato da OMS.

De acordo com o RSI (WHO, 2008), ESPII significa um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países, com potencial para propagação internacional e que, em geral, requer uma resposta internacional coordenada. Para garantir essa resposta no âmbito interno e promover essa colaboração entre países, cada Estado Parte do RSI também tem a função de avaliar, manter e desenvolver sua capacidade básica necessária para vigilância e de resposta (Anexo 1), considerando as estruturas e recursos nacionais existentes para satisfazer às exigências mínimas descritas neste primeiro anexo, no âmbito do sistema de saúde e dos pontos de entrada (portos, aeroportos e municípios de fronteira com outros países). Entre outros componentes, os serviços de Urgência e Emergência como o SAMU- objeto principal desta publicação - se enquadram, assim como os outros entes de atenção a saúde, entre as equipes multidisciplinares/ multissetoriais elencadas para, no âmbito das suas atribuições específicas, atuarem como ente de resposta e recuperação, ou seja, de execução das medidas de controle necessárias principalmente de eventos relacionados às catástrofes naturais ou não como as ameaças de natureza intencional (químicas, biológicas e radionucleares) e às conseqüências e sequelas dos desastres por condições

meteorológicas desfavoráveis.

Os serviços de Urgência e Emergência no âmbito das suas atribuições, também atuam como relevante fonte de detecção e notificação/comunicação/atualização imediata de possíveis emergências de importância sanitária. O Anexo II do dito regulamento e as versões vigentes das portarias que informam a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória Imediata orientam que situações devem ser notificadas pelos mais eficientes meios de comunicação disponíveis.

2.2 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde e a Rede Nacional de Alerta e Resposta

Cumprindo uma das exigências de fortalecimento de sua capacidade de vigilância e resposta, o Brasil estruturou em nível nacional, e em todas as unidades federadas, os Centro(s) de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde, para monitorar potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional.

O Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, conhecido como CIEVS, foi institucionalizado pela Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005 e tem como missão detectar, monitorar e articular as informações para alerta e resposta às potenciais emergências de saúde pública de importância nacional e internacional a fim de garantir a veracidade e disseminação das informações. O centro está constituído no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) e compõe a Rede Mundial de Alerta e Resposta (Global Outbreak Alert and Response Network – GOARN).

O CIEVS possui uma dinâmica de trabalho para otimizar as tomadas de decisão em saúde, a qual inclui a realização da detecção ativa e passiva de informações referentes a eventos de saúde pública de importância nacional e internacional por meio de busca ativa em meios de comunicação. Como exemplo de fontes notificadoras, podemos mencionar as seguintes: Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, órgãos de saúde pública, profissionais de saúde e população.

A Rede CIEVS pode ser descrita como uma rede integrada de unidades de alerta e resposta com a finalidade de viabilizar o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão (BRASIL, 2009). Conforme já dito, a interface entre os serviços de urgência e emergência e os CIEVS, assim como os demais níveis hierárquicos de vigilância em saúde ocorre na rotina de que todos os profissionais e serviços tem, compulsoriamente de, notificar/comunicar/atualizar imediatamente quaisquer situações de possíveis emergências de importância

sanitária estadual ou nacional, principalmente por meio de notificação telefônica (Disque Notifica: 0800 644 66 45) ou eletrônica (E-notifica - notifica@saude.gov.br).

Relativo ao uso de fontes não oficiais, é feito por meio de monitoramento diário de alguns veículos de comunicação, incluindo o acesso a redes sociais e às páginas de organizações internacionais como Organização Mundial de Saúde, *Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)* dos Estados Unidos e de instituições de saúde de diversos países.

Ao obter as informações sobre um evento de saúde pública relevante para a saúde da população, é necessário verificar a veracidade das informações capturadas por busca ativa e/ou passiva não oficiais (mídia e população), e a avaliação de risco do evento por meio do Anexo 2 do RSI, já apresentado anteriormente. Após tal verificação, parte-se para etapa de análise epidemiológica e ações comunicativas aos pares envolvidos.

O Cievs atua de forma ininterrupta durante todos os dias do ano, conta com equipe especializada e estrutura tecnológica que possibilita ampliar a capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com outras esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Para realização da notificação, o Cievs conta com linhas telefônicas de acesso gratuito fax e email institucional (SIVINI, 2015).

Dessa forma, as principais atribuições do Cievs são detecção, avaliação da veracidade, monitoramento e o compartilhamento de informações epidemiológicas atualizadas para identificar precocemente os riscos e as emergências em saúde pública, além da resposta coordenada.

Os Eventos de Saúde Pública (ESP) relevantes são monitorados regularmente pela SVS, junto ao Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), com a participação ativa do Cievs Nacional, bem como das demais áreas técnicas da SVS. De acordo com BRASIL (2013), o Comitê Gestor da Força Nacional-SUS (CG/FN-SUS), coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, pode solicitar o acionamento de uma estrutura de resposta à emergência de saúde pública.

O CIEVS mantém um canal de comunicação direto com os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com a União de Nações Sul-Americanas (Unión de Naciones Suramericanas - UNASUL) e com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Este canal tem como missão garantir a cooperação técnica e apoio logístico em situações de emergência diante do compartilhamento de riscos à saúde por meio de fronteiras nacionais (TEIXEIRA, 2012).

Atualmente, a Rede Cievs possui 57 centros em funcionamento, distribuídos nas SES, SMS capitais, municípios estratégicos e de fronteiras. Esta é composta por unidades de monitoramento e de equipes de resposta rápida às emergências de saúde pública nas secretarias de saúde estaduais e municipais (capitais) e nas secretarias de saúde de municípios prioritários. De acordo com TEIXEIRA (2012),

essas unidades contam com estruturas similares ao Cievs/MS, adaptadas de acordo com a necessidade e capacidade de cada secretaria.

Após sua criação, tem sido necessário consolidar o Cievs, tanto do ponto de vista organizacional, quanto institucional. Assim, faz-se necessário validar um modelo de avaliação para os centros que compõe a Rede Cievs com o intuito de contribuir com o seu fortalecimento (SIVINI, 2015). A seguir, será apresentada a classificação das fases de implantação da estratégia CIEVS no país.

Diante do contexto apresentado, é possível observar a necessidade da criação e manutenção de redes de conversação e coordenação de ações de saúde de serviço móvel de atenção às urgências.

Atualmente, nota-se dificuldade de interação com os hospitais de grande porte vinculados às esferas federal e estadual e aos hospitais privados, destacando as dificuldades para intervir no processo tanto da Central de Regulação de Urgências quanto dos coordenadores municipais.

2.3 Oportunidade de detecção e resposta: a importância da resposta coordenada

De acordo com Souza et al (2014), o SAMU é um programa do governo federal que tem a finalidade de prestar socorro médico emergencial às pessoas e garantir a qualidade no atendimento. Esse serviço presta atendimento em qualquer local, como residências, locais de trabalho e vias públicas. Esses sistemas possuem particularidades que os distinguem entre si, como, por exemplo, diferenças em relação aos tipos de chamados dos usuários, tipos, números e localizações das ambulâncias, regras de despacho das ambulâncias etc., que devem ser cuidadosamente estudadas e consideradas na análise e configuração desses sistemas.

Em sistemas de atendimento médico emergencial, como o SAMU, o tempo de resposta aos usuários é de fundamental importância, pois, dependendo do estado do paciente, perde-se a oportunidade de resposta. Diante de restrições orçamentárias, os gestores desses sistemas precisam tomar decisões de planejamento e operação, levando em conta uma série de conflitos: investimentos, custos operacionais e níveis de serviço oferecidos aos usuários.

Mesmo diante de um cenário de múltiplas vítimas, a resposta de cada equipe do SAMU tem um resultado individual, específico a cada paciente que é assistido. Visando reduzir a propagação de um evento de importância para a saúde pública no âmbito de uma população em geral, torna-se ainda mais importante a integração, em nível local, dos serviços urgência e emergência com as equipes de vigilância e saúde e com os CIEVS, principalmente diante da detecção de agente patogênico com alto potencial de causar epidemias (patogenicidade do agente, alta letalidade, múltiplas vias de transmissão ou portadores sãos). Quanto antes houver a detecção

e notificação de um evento no âmbito do setor saúde, mais rápidas serão as ações de resposta e mais oportuno o controle ou a redução do dano a determinada população.

2.4 Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)

Neste cenário de fortalecimento da preparação e resposta às emergências de saúde pública, o Ministério da Saúde criou a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), por meio do Decreto Presidencial Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011) e regulamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Portaria Ministerial GM/MS Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, a qual dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, demandas urgentes de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde.

No âmbito federal, a FN-SUS é coordenada por um Conselho Gestor e cada participante possui responsabilidades pré-estabelecidas. A Secretaria Executiva (SE) é responsável pela articulação política com Estados e Municípios, compete a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) a ação conjunta com a SAS em monitoramento e resposta dos casos de surtos epidêmicos e desastres naturais, e compete à Secretaria de Atenção em Saúde (SAS) a operacionalização e gestão da FN-SUS, do quadro de recursos humanos, do cadastro de profissionais voluntários, coordenação dos recursos de logística, financeiro, estruturação, convocação de voluntários, passagens aéreas e diárias, insumos estratégicos, organização administrativa, ações estruturantes e emergenciais a exemplo das missões.

Toda operacionalização da FN-SUS é feita de forma articulada entre as esferas federal, estadual, distrital e municipal, nos aspectos de recursos humanos, da logística e dos recursos materiais, com o intuito de assegurar a execução das ações e serviços de saúde, conforme Art. 8º da Portaria Ministerial.

A FN-SUS poderá ser convocada pelo Ministro de Estado da Saúde nas seguintes hipóteses: declaração de ESPIN; solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS; solicitação dos entes Federados; necessidade de integração das ações humanitárias e em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e/ou Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS).

Diante de uma situação característica de emergência em saúde pública, serão convocadas as equipes da FN-SUS para decisão da situação do cenário. Caso seja uma situação grave e de grande impacto social, os profissionais do FN-SUS serão encaminhados ao local da emergência imediatamente.

Com o intuito de otimizar recursos e garantir uma resposta adequada e

proporcional ao tamanho do evento de saúde em questão, a FN-SUS possui níveis de resposta pré-determinados. O nível mais elementar, porém não menos importante, denominado *Missão Exploratória* trata-se de uma equipe do Ministério da Saúde que se desloca ao local para avaliação dos danos e diagnóstico da situação em ação conjunta com a secretaria estadual, secretaria municipal de saúde e outras instituições. O Nível de Resposta I aborda atividades de monitoramento, orientação técnica a distância e encaminhamento de insumos básicos necessários. O Nível de Resposta II realiza atividades de monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado, com envio de profissionais da FN-SUS. O Nível de Resposta III, nível mais complexo de atuação, executa atividades de monitoramento, orientação técnica, operação local de suporte básico e avançado de vida, envio de profissionais do GR/FN-SUS e Hospital de Campanha (HCAMP) adaptado à necessidade (UTI e Sala de Procedimentos Avançados).

Dentre os seus três componentes de resposta as Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), a força nacional do SUS, tem atuação prevista nas seguintes situações que podem demandar o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde: situação de desastre (evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública reconhecido pelo Poder Executivo Federal); situação de desassistência à população (evento, num contexto situação de emergência ou calamidade pública, que coloque em risco a saúde dos cidadãos por incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda e que extrapolem a capacidade de resposta das direções estadual, distrital e municipal do SUS) e, por fim, as situações epidemiológicas (surtos e epidemias). Os dois primeiros eventos se relacionam com a possibilidade, conforme o Regulamento Sanitário Internacional, de serem classificados com Eventos de importância para a Saúde Pública de importância nacional e internacional de acordo com a sua magnitude ou impacto ao respectivo sistema de saúde. Já para os surtos e epidemias, para essa classificação, conforme a portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011, deve avaliar se o mesmo apresenta risco de disseminação nacional, é produzido por agentes infecciosos inesperados, representa a reintrodução de doença erradicada, apresenta gravidade elevada; ou extrapola a capacidade de resposta da direção estadual do Sistema Único de Saúde. Todos esses parâmetros são derivados do RSI, 2005.

Diante do exposto, o CIEVS Nacional e as outras unidades distribuídas pelo país atuam como um importante elo de ligação entre todos os entes envolvidos numa emergência de saúde pública, garantindo a oportunidade e coordenação necessária para este tipo de situação.

2.5 Os eventos de massa e as emergências de Saúde Pública no Brasil

Além dos eventos configurados como emergências de saúde pública, diversos países têm aprimorado a organização dos seus sistemas de saúde para a realização de eventos de massa, na tentativa de garantir pleno êxito do setor “vigilância em saúde” na realização dos eventos.

Eventos de massa são atividades coletivas que, por motivo esportivo, religioso, lúdico ou laboral, entre outras motivações, movimentam e/ou atraem um elevado contingente de pessoas vindas de todas as partes do país e do mundo (WHO, 2010).

Nesses eventos, devido ao grande número de pessoas e ao intenso trânsito nacional e internacional, há um potencial aumento do risco de disseminação de doenças, na sua maioria de natureza infecciosa. Nesse sentido, não pode ser descartada a possibilidade de introdução ou re-introdução de doenças em nosso país. Outra preocupação é a ocorrência de desastres e atentados de bioterrorismo.

O evento de massa não se configura propriamente uma “emergência sanitária” mas sim um “evento estratégico” dada diversidade de cenários de risco existentes nessese que podem desencadear os casos, surtos e epidemias que compõem as possíveis emergências de importância para saúde pública. Quanto maior for o interesse do público em geral e da mídia nacional e/ou internacional por um respectivo evento de massa, maior será o potencial de crise pela transcendência de um evento de saúde que devido a essa maior visibilidade, agrega demandas de comunicação e promoção aos serviços de saúde.

Diante do contexto exposto, num evento de massa se faz necessário fortalecimento das ações de saúde e a prontidão das mesmas organizações gestoras ou relacionadas às atividades de detecção, monitoramento e resposta frente a ocorrência de potenciais emergências de saúde pública (promoção, assistência, urgência e emergência, laboratório, vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental etc.).

Essas ações de preparação para resposta durante eventos de massa já são rotina em âmbito nacional desde 2007, ano dos Jogos Pan-Americanos de 2007 e segue, entre outros pelos Jogos Mundiais Militares, Rio+20, Copa das Confederações FIFA de 2013, Copa do Mundo FIFA de 2014 e, mais recentemente Jogos Olímpicos de 2016, mantendo um legado em todos os serviços para eventos de massa de menor magnitude.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os avanços e limitações da relação entre Vigilância em Saúde e

SAMU é fundamental para que possamos aprimorar tal integração, contribuindo para que o SAMU seja visto como parte estruturante do SUS, melhorando sua efetividade na resolução dos problemas de saúde da população. É neste contexto que percebemos a importância do SAMU para o enfrentamento de Eventos em Saúde Pública.

Nas diversas situações consideradas neste capítulo, o SAMU é um dos elementos essenciais na composição do componente de assistência da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), seja na coordenação ou apoio à resposta coordenada para situações de desastre, seja ao contexto de desassistência, onde substitui ou complementa as ações dos outros níveis de governos. No âmbito das doenças infecciosas, com foco no RSI, no CIEVS e na Rede Nacional de Alerta e Resposta aos Eventos de Saúde Pública de importância nacional e internacional, o SAMU, além das supracitadas atuações, passa a ser um dos elos operacionais mais relevantes para oportunidade de detecção e de mobilização da resposta, por estar na linha de frente de cenários que exigem urgência e emergência. Cabe a ele, também, o papel de mobilizar os serviços e sistemas relacionados por meio do CIEVS ou por meio do primeiro nível hierárquico dos serviços de vigilância em saúde locais.

Assim, o desafio da saúde continua sendo fortalecer a integração entre o SAMU e a Vigilância em Saúde, com o intuito de aprimorar a qualidade dos serviços prestados e contribuir para a detecção, monitoramento e avaliação de eventos em saúde pública de importância nacional e internacional.

REFERÊNCIAS

ALMONDES, K. M. et al. **Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública: Gestão das Ações da Secretaria de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde.** Unidade de Informações Estratégicas. Indicadores de Classificação da Rede CIEVS no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Decreto Presidencial Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011.**

BRASIL. **Portaria Ministerial GM/MS Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011.**

BRASIL. **Portaria n. 1600, de 7 de julho de 2011.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_n_1600_de_07_07_11_Politica_Nac_Urg_Emerg.pdf>. Acesso em: 18.nov.2011.

BRASIL. **Portaria SVS/MS n. 30 de 7 de julho de 2005.** Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/>>

upload/20160624141842portaria_30_svs_07072005.pdf>. Acesso em: 18.nov.2016.

CARMO, E. H. et al. **Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta**. Estudos Avançados, v.22, n.64, 2008

CIEVS. **Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco**. Disponível em: <<http://www.cievspe.com/deteccao>>. Acesso em: 17.nov.2016.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. **Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, 2010.

LUCHTEMBERG, M. N.; PIRES, D. E. P. **Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas**. Rev. Bras. Enfermagem, v. 69, n. 2, p. 194-201, 2016.

MACHADO, C. V. et al. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira**. Rev. Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. **O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

PNAU. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Editora MS, 2006. 256 p.

SILVINI, M. A. V. C. **Análise de Implantação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco**. 2015. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde)-Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, 2015, 103 f.

SOUZA, R. M. et al. **Extensão do modelo hipercubo para análise de sistemas de atendimento médico emergencial com prioridade na fila**. Production, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 1-12, 2014.

TEIXEIRA, M. G. et al. **Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005)**. Rev. Panam. Salud Publica, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2012.

WHO. World Health Organization. **Draft Mass Gathering Training Modules: health and security interface**. Global alert and response. 2010.

WHO. World Health Organization. **International Health Regulations (2005)**. 2nd ed. Geneva: WHO, 2008.

VIVENCIANDO A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM PARASITOLOGIA: ASSOCIAÇÃO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

Data de aceite: 21/12/2019

Claudia Moraes Clemente Leal

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Ivaneide de Almeida Ramalho

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Adriana Raineri Radighieri

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Amanda Campos Bentes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Beatriz Albuquerque Machado

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Cintya dos Santos Franco

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Regina Bontorim Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Tamirys Franco Cunha

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Juliana Ferreira Gomes da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Daniel Barbosa Guimarães

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Julia Leonidia de Oliveira Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Isabella de Oliveira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FENF
Rio de Janeiro - RJ

Renata Heisler Neves

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
(UERJ), FCM
Rio de Janeiro - RJ

RESUMO: As parasitoses constituem um sério problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, devido ao difícil acesso pela população mais carente ao

saneamento básico e à educação, uma vez que a transmissão desses agentes está diretamente relacionada com as condições de vida e de higiene. Este microambiente favorável facilita a disseminação e a existência de uma alta incidência de enteroparasitoses, ectoparasitos e parasito de transmissão sexual, com possibilidade de poliparasitismo e reinfecções entre todos da comunidade. Devido a esses aspectos, é necessário um trabalho de conscientização da população a respeito das formas de contaminação e profilaxia dessas doenças. A educação em saúde deve promover ações para resolver e modificar situações-problema que causam doenças. Acredita-se que a educação em saúde apresente uma eficácia de prevenção das parasitoses comparada ao saneamento básico e superior ao tratamento em massa a longo prazo. Portanto, o presente trabalho visa informar a população a respeito dessas doenças para que se obtenha o efetivo controle das parasitoses intestinais através de ações combinadas de conscientização sanitária e hábitos de higiene. Há de se considerar que, além da melhoria das condições socioeconômicas e da infraestrutura geral, é necessário o engajamento comunitário que é um dos aspectos fundamentais para implantação, desenvolvimento e sucesso de programas de controle. Por isso, este trabalho se apoia na grande necessidade de campanhas educativo-sanitárias com a população para a diminuição dessas doenças, levando em consideração a falta de informação sobre o assunto.

PALAVRAS-CHAVE: Parasitologia, Educação e Saúde, Extensão Universitária.

ABSTRACT: Parasitic diseases constitute a serious public health problem, especially in developing countries, due to the precarious access of the low - income population to the basic sanitation service and education, since the transmission of these agents is directly related to living and hygiene conditions. This favorable microenvironment facilitates the spread and high incidence of sexually transmitted enteroparasites, ectoparasites and parasites, with the possibility of polyparasitism and reinfections between everyone in the community. Due to these aspects, it is necessary to raise the population awareness about the ways of contamination and prophylaxis of these diseases. Health education should promote actions to solve and modify disease-causing problem situations. Health education is believed to be effective in preventing parasitic diseases compared to basic sanitation and superior to long-term mass treatment. Therefore, the present study aims to inform the population about these diseases so that the effective control of intestinal parasites can be obtained through combined actions of sanitary awareness and hygiene habits. In addition to improving socio-economic conditions and overall infrastructure, community involvement is necessary as it is one of the key aspects for the implementation, development and success of control programs. Therefore, this work is based on the great need for educational and health campaigns with the population to reduce these diseases, taking into account the lack of information on the subject.

KEYWORDS: Parasitology, Education and Health, University Extension.

1 | INTRODUÇÃO

Percorrendo a História da Parasitologia observa-se que esta ciência procurou entender a relação entre as populações humanas, os inúmeros vetores e os agentes etiológicos (BARATA, 2000). No Brasil, a Parasitologia destacou-se a partir de 1829, e seguiu com a implementação de medidas higiênicas voltadas à população visando o combate das inúmeras epidemias, sendo conhecidas como políticas sanitárias que priorizavam a atenção ao saneamento (NUNES, 2000). A Parasitologia evoluiu com a própria história e procura entender como as diversas manifestações parasitárias acontecem e podem mostrar-se associadas ao ambiente. Nesse contexto, é fato que ao longo de toda a construção da História do Brasil, houveram inúmeras doenças negligenciadas, vistas com pouca relevância, dentre as quais encontram-se as doenças parasitárias (BENCHIMOL, 2000).

Nos dias atuais as parasitoses constituem um grave problema de saúde pública, principalmente em países subdesenvolvidos. No Brasil, ainda se mantém alta a incidência de doenças negligenciadas por não atrair o interesse da indústria farmacêutica e, conseqüentemente, acomete indivíduos que sofrem com um saneamento básico precário, falta de assistência médica e medidas profiláticas, principalmente a população de baixa renda (KATZ et al., 2018; CONTEH et al., 2010; ZHANG et al., 2010; SOARES et al., 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2016, 36% da população brasileira portava alguma parasitose, enquanto a prevalência de parasitoses em crianças era de aproximadamente 55%. Essa ocorrência diminuiu com o passar da idade devido à melhora nos hábitos de higiene que os indivíduos tendem a adotar conforme vão chegando à idade adulta (WHO, 2015).

As condições do hospedeiro (idade, fatores genéticos, estado nutricional, fatores culturais e comportamentais), junto com o parasito (resistente ao sistema imune do hospedeiro) e o meio ambiente (condições ambientais relacionadas aos exemplos citados acima) formam a tríade epidemiológica das doenças parasitárias, ou seja, os fatores indispensáveis para a ocorrência da infecção (FONSECA et al., 2018; SANTOS et al., 2017; SANTOS, 2001).

As parasitoses têm estreita relação com as condições socioeconômicas em que os indivíduos se encontram (CONTEH et al., 2010). E, especialmente, no Brasil essas doenças representam um papel importante no que diz respeito às causas de morte no país (PAES; SILVA, 1999). Nota-se, com isso, a importância da educação em saúde para a sociedade na prevenção desses parasitos a fim de levar o conhecimento sobre as parasitoses e de educar a população com as medidas preventivas (FILOMENO et al., 2019; NEVES et al., 2019). De acordo com Pedrosa (2004) as ações de promoção à saúde incluem os indivíduos, suas famílias,

o ambiente em que se vive, o tipo de lazer, alimentação e as ações que viabilizem esses indivíduos a realizarem as escolhas em prol da sua saúde.

Através das ações extracurriculares das universidades, as pessoas, principalmente as crianças, entendem a importância da melhora dos hábitos de higiene tanto para consigo como para com os alimentos, bem como esclarecem mitos a respeito dos parasitos, transmitindo essas informações adquiridas nas práticas educativas para os indivíduos do seu ciclo social (FILOMENO et al., 2019; NEVES et al., 2019; PEDROSA, 2004). Com isso, a educação em saúde está intrinsecamente ligada a redução dos índices de parasitoses, pois pequenos atos no cotidiano visando uma melhor higiene de alimentos e pessoal, podem evitar diversas parasitoses (SILVA et al., 2018). Para tanto, os profissionais de saúde devem ser capazes de disseminarem a educação em saúde de maneira criativa, de forma a superar as barreiras encontradas (RIBEIRO et. al., 2013). Desta forma, um dos papéis mais importantes do enfermeiro é de ser educador e evidenciar que a promoção da saúde está completamente interligada a sua definição de educação e saúde (SALCI et al., 2013).

A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e promovendo modificação na sua maneira de pensar e agir. Os programas de atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com os riscos comportamentais passíveis de mudança. (OLIVEIRA, 2011, p. 3).

De acordo com o International Council of Nurse, a Enfermagem compreende o cuidado colaborativo e autônomo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, doentes ou não. Inclui também a promoção da saúde, prevenção de doenças e o cuidado dos doentes, deficientes e pacientes terminais, além da promoção de um ambiente seguro, pesquisa, participação na formulação de políticas de saúde e gestão de pacientes e sistemas de saúde e educação (SHAMIAN, 2014).

A enfermagem, então, contribui para a prevenção de parasitoses com a formação de profissionais de educação, elaborando manuais de procedimentos e planejando e supervisionando os cuidados. Este cuidado deve se estender à saúde dos familiares e das crianças com o objetivo de proporcionar hábitos saudáveis que evitem o aparecimento destas doenças (CASTRO, C. G.; BEYRODT, 2003). Por ter um papel importante de informar a população, que é um dos principais fatores do controle deste tipo de infecção, o enfermeiro tem um papel relevante na atenção básica, pois desempenha uma função chave nas ações de controle, educação e gerenciamento de recursos humanos e materiais (MARTINS, 2018).

Os projetos de extensão possuem uma grande relevância para os acadêmicos de Enfermagem, já que contribuem para que o aluno amplie o seu conhecimento e consiga um aprendizado mais aprofundado sobre determinado assunto, que

muitas vezes é abordado em sala de aula de forma teórica. O projeto de extensão, então, permite com que o contato do aluno com o conteúdo debatido em sala seja aperfeiçoado e levado para fora do ambiente acadêmico, contribuindo para a prática e disseminação de informações para a população por meio de atividades sociais que contribuem tanto para o aluno como para o público-alvo (FILOMENO et al., 2019; NEVES et al. 2019; CASTRO, 2004).

As atividades de extensão proporcionam ao graduando aproximar-se do que de fato é ser um enfermeiro. Quando essas atividades são tuteladas por docentes comprometidos trazem experiências benéficas ao discente para contribuir melhor na formação profissional do mesmo, bem como melhorar o desempenho no exercício das atividades rotineiras da profissão, propiciando a aproximação e criação de vínculo com a população do entorno da instituição de ensino ao qual este está vinculado (FILOMENO et al., 2019; NEVES et al. 2019; SILVA, 2017).

A extensão produz conhecimento a partir da experiência, levando o conhecimento além do que se aprendeu na sala de aula (SANTOS, 2001).

Para ser emancipatório, além de deixar de ser objeto, é preciso que o processo de ensino aprendizagem, e aí considero a extensão como um processo de ensinar e aprender, permita que os sujeitos caminhem com as próprias pernas, questionem porque conhecem ou desconhecem, saibam agir e intervir, sejam capazes de crítica e de projetos próprios, onde o professor é um orientador do processo de questionamento dos sujeitos envolvidos (CASTRO, 2004, p. 4).

A importância da extensão na enfermagem, por sua vez, também possui relação com o currículo desse graduando, agregando conhecimento em forma de extensão, aumentando a possibilidade de ser contratado no mercado de trabalho e entre outros benefícios. Segundo Castro (2004), um currículo que tenha projetos de extensão e pesquisa é mais valorizado do que um que contenha apenas o básico da matéria cursada, pois significa que aquele graduando possui uma experiência maior e, com isso, é perceptível a carência de profissionais que conseguem conciliar a teoria e a prática de acordo com a realidade de cada indivíduo, e com isso a extensão fornece ao estudante a possibilidade de desenvolver um pensamento crítico e atuar de maneira mais eficaz, sendo o objetivo do projeto de extensão de um modo geral.

Portanto, educação em saúde junto com as ações de assistência promovidas pelo profissional e os estudantes de Enfermagem são essenciais e eficazes, quando em conjunto com os órgãos públicos e programas governamentais (ALBUQUERQUE, 2013).

O presente trabalho tem o objetivo de descrever a experiência da extensão universitária como ferramenta contribuinte para o processo de formação de enfermeiros através de práticas educativas no campo da Parasitologia que auxiliam o entendimento populacional sobre o controle dessas doenças. Além disso, aproxima a teoria dada em sala de aula a prática das atividades extensionistas extramuros da

Universidade proporcionando uma relação aluno e comunidade.

2 | METODOLOGIA

O projeto “Educação em Saúde: Prevenção das Doenças Parasitárias (Parasito EDUCAC)” da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) começa dentro da sala de aula onde foram desenvolvidas diversas atividades lúdicas, criadas pelos alunos da graduação de Enfermagem como forma de fixação e avaliação de aprendizagem. As melhores atividades apresentadas na graduação são aperfeiçoadas pelos alunos envolvidos no projeto de extensão, nas oficinas de trabalho, onde são orientados pelo coordenador do projeto a adequar e desenvolver novas estratégias de educação em saúde para aplicar em diferentes públicos-alvos. Através dessas oficinas são gerados novos recursos para serem aplicados pelos alunos extensionistas em locais como creches, casas de acolhida, escolas, orfanatos etc.

Ao longo de dois anos, o Projeto Educac tem desenvolvido palestras, jogos educativos, modelos didáticos em feltro, desenhos para colorir com medidas profiláticas individuais e coletivas de combate às parasitoses, folders, cartazes, peças de teatro, teatro de fantoche, músicas e paródias, pinturas e outras atividades educativas visando a conscientização das pessoas frente à utilização de medidas de controle e prevenção de enteroparasitoses e ectoparasitoses. O público-alvo é amplo, atingindo desde crianças em idade pré-escolar até adolescentes e adultos.

A partir disso, o projeto passa a ter como propósito construir o contato dos acadêmicos com a comunidade escolhida para as atividades e difundir o conhecimento adquirido em sala de aula de maneira fácil para todos, visando auxiliar nas condições de vida dessas pessoas e todas as classes sociais, especialmente as mais pobres, que se encontram à margem de doenças parasitárias de alta prevalência, devido à falta de ações educativas em locais de baixas condições de saneamento básico. Ao longo de todas as atividades práticas, os estudantes do projeto de extensão estimulam a participação dos leigos envolvidos e atuam direcionando os estudantes, visando à construção e assimilação do conteúdo de forma participativa e plena por parte da comunidade. A participação do discente de enfermagem visa principalmente estimular a promoção em saúde nos cidadãos, os cuidados pessoais durante a manipulação de alimentos e água e a limpeza do lar que estão interligados diretamente com alguns parasitos que causam problemas de saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto de extensão Parasito EDUCAC da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), permite com que os alunos de Enfermagem da UERJ, junto com o coordenador do projeto, desenvolvam ações extensionistas que tem como público-alvo crianças, adolescentes e adultos, que vivem em comunidades, escolas, creches, abrigos e casas de acolhida do Rio de Janeiro e que encontram-se vulneráveis à situações de precariedade no ambiente em que vivem com os seus familiares. Algumas dessas atividades incentivaram a realizar novas buscas por práticas que pudessem levar novidades para o campo da aprendizagem de forma com que o projeto, conseqüentemente, trouxesse a comunidade dos arredores, como o bairro de Vila Isabel, Tijuca e Grajaú da cidade do Rio de Janeiro, para mais perto dos conhecimentos verídicos e assim acabar com os mitos sobre as doenças parasitárias mais comuns e ligadas aos hábitos diários da vida do ser humano.

Os alunos extensionistas aplicaram, para diferentes públicos e em diferentes locais, oficinas, palestras, jogos educativos (como o bingo da higiene, jogo do certo ou errado, jogo da memória, gincanas de perguntas), desenhos para colorir com medidas profiláticas individuais e coletivas de combate às parasitoses, folders, cartazes, banners, atividades onde se aprende brincando (como a higienização das mãos), peças de teatro, teatro de fantoche, músicas e paródias. Além disso, foram levados microscópios, material fixado e modelos didáticos para apresentar aos alunos (Figura 1).



Figura 1: Atividades lúdicas desenvolvidas para crianças em escolas Municipais do Rio de Janeiro onde se vê a aplicação de teatro, teatro de fantoches, observação de banner, jogos, pintura e desenho, palestra, observação de microscópios, modelos didáticos e parasitos fixado em formol.

Todas essas atividades capacitaram os discentes à aplicação de estratégias de promoção em educação e saúde, visando à formação de profissionais de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientada pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Além de aproximar a comunidade em geral da Universidade ampliando a disseminação de conteúdo. As ações realizadas pelos discentes desempenham uma função significativa no desenvolver da importância dos hábitos de higiene com linguagens verbal e/ou não verbal, tendo como propósito de educar, conscientizar e instigar as práticas mais simples no dia a dia das pessoas, para conseguir gerar uma baixa incidência de contaminação pelas parasitoses e informar a respeito da relevância da profilaxia que deve-se ter ao longo das atividades de vida diária tendo como objetivo de se evitar as doenças parasitárias negligenciadas pelas esferas públicas.

Uma das ações realizadas pelos discentes, foi a distribuição de panfletos sobre pediculose, tricomaníase e enteroparasitoses no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Campus UERJ Maracanã, Policlínica e nas ruas de sua região,

mantendo o diálogo com as pessoas sobre temas pertinentes e de grande interesse na área da Parasitologia Médica, contribuindo para que os acadêmicos pudessem aprimorar o seu papel quanto ainda universitários da grande área de ciências médicas a fim de demonstrar a população a relevância da educação em saúde com uma linguagem acessível (Figura 2).



Figura 2: Entrega de panfletos sobre pediculose, enteroparasitoses e tricomoníase realizada pelos alunos de extensão do curso de enfermagem no Hospital Universitário Pedro Ernesto, Policlínica Piquet Carneiro, Campus UERJ Maracanã e arredores da universidade.

Com base nos relatos da população, as práticas desenvolvidas possibilitaram uma nova forma de educação em saúde com atividades, como a higienização das frutas e lavagem das mãos, que podem ser realizados de maneira individual ou coletiva no dia a dia e que ajudam a quebrar o ciclo de algumas parasitoses.

O que mais dificulta a implementação de medidas de controle dessas doenças, além do custo financeiro e dificuldades de medidas técnicas, é a falta de projetos de educação sanitária com a integração da comunidade que correlacionam à prevalência de enteroparasitoses com as condições higiênico-sanitárias, relacionadas à busca de fontes de infecção, como solo, água, resíduos localizados nas unhas, constituem importantes estratégias para controle e conscientização sanitária da população (UCHÔA et al., 2009).

São necessárias ações combinadas de terapêutica, saneamento e conscientização sanitária para que se obtenha efetivo controle dessas enfermidades. Diversos estudos têm demonstrado que ações educativas e participativas da comunidade contribuem substancialmente para a redução da prevalência de parasitoses intestinais (CASTRO & BEYRODT, 2003; MORTEAN, 2010; Santos et al. 2017). A educação em saúde propicia a construção e difusão de um novo pensamento que, ao mesmo tempo, inova em relação ao conhecimento crítico em saúde e aponta para caminhos institucionais mais adequados à superação dos

problemas de saúde. Trata-se de uma metodologia de construção de novas formas de intervenção coletiva (FALKENBERG et al., 2014).

Deste modo, o projeto de extensão de Parasitologia da UERJ consegue desenvolver, durante as suas ações extensionistas, mudanças nos hábitos diários do cuidar perante as condições precárias que algumas pessoas vivem com relação às condições financeiras ou pelo local de moradia que se encontram. Isso acontece porque o projeto possui como maior objetivo mostrar de maneira lúdica e de fácil acesso para pessoas de todas as idades como evitar a contaminação por parasitos que venha lhe causar malefícios à saúde. A experiência do aprendizado dentro da sala de aula, sendo levada para as práticas, permite que sejam desenvolvidos novos planos voltados para o bem-estar físico da população, por meio de rodas de conversas, brincadeiras, gincanas e peças teatrais com conteúdo multidisciplinar que estimulam o pensar das pessoas sobre as atitudes que são realizadas no dia a dia e que contribuem no desenvolvimento das parasitoses (SOUSA, B. S. et al., 2019). Além disso, proporciona aos alunos do curso de Enfermagem a chance de colocarem em prática os seus conhecimentos técnico-científicos e obter o amadurecimento profissional e mais conhecimentos durante as ações educativas contribuindo para uma melhor formação e desempenho profissional (BICET, 2015).

A integração dos acadêmicos no projeto de extensão em diversas instituições, como escolas e creches, auxilia para que todos possam praticar não apenas o senso crítico durante a atuação, mas também como abordar a promoção à saúde e a prevenção de doenças em cima dessas dificuldades enfrentadas pelas pessoas que estão diariamente a frente de riscos no âmbito social que estão inseridas no meio. Em vista disso, os próprios alunos aprendem entre si e conseguem realizar trocas de conhecimentos que são construídos durante a vida acadêmica, levando a uma nova reformulação de vida para os indivíduos envolvidos durante as práticas da extensão (BICET, 2015).

A vivência extensionista proporciona experiências diversificadas aos acadêmicos, maior proximidade na realidade a qual estará inserido logo após deixar a academia (...). A extensão além de oportunizar ao acadêmico a articulação de conteúdos teóricos e práticos, abre espaço para o desenvolvimento da prática profissional, aquisição de experiência, compromisso e habilidades necessárias para o trabalho (SOUSA, B.S et al., 2019, p. 3-4).

A principal estratégia educativa promovida pela extensão é voltada para reduzir os riscos à saúde de maneira a ampliar a individualidade do próprio cuidado de forma simples, como realizar a higienização das mãos antes de realizar alguma refeição, lavar corretamente os alimentos (frutas e verduras), como realizar a fervura da água contaminada antes de ser ingerida, a importância do uso de calçados, recolher as fezes do cachorro na rua, conscientização da relação sexual com o uso de preservativos, não ingerir carne crua ou mal passada, evitar o compartilhamento

de roupas íntimas e entre outros métodos simples que podem ser realizados pelos próprios cidadãos no cotidiano que irão contribuir para a prevenção de doenças parasitárias. Dessa maneira, tendo a devida interação com o público, consegue-se esclarecer diversas dúvidas que também estimulam a adesão das pessoas aos serviços de atenção básica de saúde para participar de rodas de conversas ou de como realizar medidas profiláticas, como o destino adequado do lixo orgânico, para diminuir a incidência das doenças parasitárias, e assim as esferas públicas conseguem ter a melhora na saúde pública brasileira em relação a essa temática (SOUSA, B. S. et al., 2019).

Portanto, com a promoção em saúde sendo praticada pelos cidadãos em diferentes parâmetros há a chance de que novos casos não venham a surgir e conseqüentemente, ocorre a promoção do autocuidado e mudanças das condições do ambiente dos indivíduos, já que com essas atividades aprende-se medidas simples e relevantes para o bem-estar da comunidade, que podem ser aplicadas de forma coletiva e individual (SOUSA, B. S. et al., 2019).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. C. P. A. et al. **Educação em saúde: uma ferramenta para a prevenção e controle de parasitoses**. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 300-310, ago./dez. 2013.

BARATA, R. B. **Cem anos de endemias e epidemias**. Rev. Ciências e Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p.333-345, 2000.

BENCHIMOL, J. L. **A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil**. Rev. Ciências e Saúde Coletiva, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BICET, A. A. D. **PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS DE 01 A 14 ANOS PORTADORAS DE DOENÇAS PARASITÁRIAS NO CENTRO DE SAÚDE VALE DO JATOBÁ NO BARREIRO, BELO HORIZONTE – MG**. 2015. 46 f. Dissertação (Especialização Estratégia Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CASTRO, C. G.; BEYRODT, C. G. P. **Ações de enfermagem na prevenção de parasitoses intestinais em creches**. Revista de Enfermagem da UNISA, v. 4, p. 76-80, 2003.

CASTRO, L. M. C. **A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores**. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 27., 2004, Caxambu. Anais... Caxambu: ANPEd, 2004. p. 1-16.

CONTEH, L; ENGELS, T; MOLYNEUX, D. H. **Aspectos socioeconômicos de doenças tropicais negligenciadas**. The Lancet, v. 16; n. 375 (9710), p. 239-47, 2010.

FILOMENO, C. E. D. et al.; NEVES, R. H. et al. **PARASITOLOGIA NA ESCOLA: INTERVENÇÕES EM EDUCAÇÃO E SAÚDE**. In: JUNIOR, J. M. B. O. (Org.); CALVÃO, L. B. (Org). **Debate e Reflexão das Novas Tendências da Biologia**. Rio de Janeiro: Atena Editora, 2019. cap. 15, pg. 140-153.

FILOMENO, C. E. D. et al.; NEVES, R. H. et al. **CONTRIBUIÇÃO SOCIAL E ACADÊMICA DA LIGA**

DE PARASITOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. In: CARDOSO, N. A. (Org.); ROCHA, R. R. (Org.); LAURINDO, M. V (Org.). **As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade**. cap. 4, p. 113- 123, Atena Editora, 2019.

FONSECA, T. C. et al. **Fatores associados às enteroparasitoses em crianças usuárias de creches comunitárias**. Rev. Ciência e Saúde, v. 11, n. 1, p. 33-40, 2018.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. *Ciênc. saúde coletiva* [online], v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

KATZ, N. **Inquérito Nacional de Prevalência da Esquistossomose mansoni e Geo-helmintos**. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou (CPqRR), p.76, 2018.

MARTINS, G. C. S. et al. **INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI**. Revista Saúde-UNG-Ser, v. 11, n. 1, p. 32, 2018.

MORTEAN, E. C. M. **Parasitoses Intestinais: o processo de atendimento das equipes de estratégia de saúde da família, Campo Mourão- Paraná**. Rev. Saúde e Biol., v.5, n.2, p.7-13, 2010.

NUNES, E. D. **Sobre a história da saúde pública: ideias e autores**. Rev. Ciências e Saúde Coletiva, v.5, n. 2, p. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, W. W. **A importância das ações de promoção da saúde realizadas pelo enfermeiro na equipe de Saúde da Família**. 2011. p. Monografia (Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

PAES, Neir Antunes; SILVA, Lenine Angelo A. **Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 6, n.2, p. 99-109, 1999.

PEDROSA, José. **Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

RIBEIRO, D. F. et al. **Educação em Saúde: uma ferramenta para a prevenção e controle de parasitoses**. Revista da Universidade do Vale do Rio verde. v. 11, n. 2, p. 300-310, 2013.

SANTOS, B. S. A crítica da Razão indolente: contra o desperdício da experiência. In: _____. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática - a crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2001. v. 1, pg. 45-385.

SANTOS, P. H. S. et al. **Prevalência de parasitoses intestinais e fatores associados em idosos**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 2, p. 244-254, 2017.

SANTOS, D. N. S.; COSTA, P. R. R. S.; CASTRO, N. J. C. **SABERES SOBRE PARASITÓSES EM UMA COMUNIDADE RIBERINHA**. RIES, v. 6, n. 2, p. 44-56, 2017.

SALCI, M. A. et al. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões**. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, v.22, n.1, p. 224-230.

SILVA, A. P. S. et al. **Educação em saúde como estratégia de sensibilização e prevenção de parasitoses intestinais em estudantes do ensino fundamental na cidade de Arapiraca, AL, Brasil**. Revista Espacios, Alagoas, v. 39, n. 10, p. 30, 2018.

SILVA, M. B. T. **Inserção Do Acadêmico De Enfermagem Em Atividades De Pesquisa E Extensão Universitária: Uma Estratégia De Ensino**. 2017. 158 f. Tese (Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Saúde) -. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Rio

de Janeiro, 2017.

SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO-NETTO, O. M. **Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento.** Rev. Cad. Saúde Pública, v. 18, n. 6, p.1713-24, 2002.

SOUSA, B. S. et. al. **A contribuição da extensão universitária no serviço de assistência pré-hospitalar.** Revista Nursing, Paraná, v. 22, n. 250, p. 2741-2744, 2019.

UCHÔA, C. M. A. et al. **Parasitismo intestinal em crianças e funcionários de creches comunitárias na cidade de Niterói-RJ, Brasil.** Rev. de Patologia Tropical. v. 38, n. 4, p. 267-278, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Water sanitation and hygiene for accelerating and sustaining progress on neglected tropical diseases A global strategy 2015-2020 [Internet]. 2015. p. 38.

ZHANG, Y; ARTHUR, C. M.; BAKER, S; MUBILA, L. **Control of neglected tropical diseases needs a long-term commitment** [Internet]. BMC Med. v. 29; n. 8, p. 67, 2010.

SOBRE OS ORGANIZADORES

THIAGO TEIXEIRA PEREIRA - Possui graduação em Educação Física Licenciatura e Bacharelado pela Universidade Católica Dom Bosco – UCDB (2018). Concluiu especialização em Educação Especial pela Universidade Católica Dom Bosco em 2019. Ingressou na pós-graduação (*Stricto Sensu*) a nível de mestrado em 2019 pela Fundação Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD, área de concentração em Farmacologia, no qual realiza experimentos em animais na área de toxicologia e endocrinologia, associando intervenção com extratos de plantas e/ou ervas naturais e exercício físico. É membro do Grupo de Pesquisa de Biologia Aplicada à Saúde, cadastrado no CNPq e liderado pela Prof^a. Dra. Silvia Aparecida Oesterreich. Em 2019, foi professor tutor do curso de Graduação Bacharel em Educação Física, modalidade Educação à Distância, pela Universidade Norte do Paraná polo de Campo Grande-MS (UNOPAR/CG). Foi revisor dos periódicos *Lecturas: Educación Física y Deportes* e *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*. Possui experiência profissional em treinamento funcional e musculação, avaliação antropométrica, testes de aptidão física e cardiovasculares, montagem de rotinas de treinamento, orientação postural e execução de exercícios, periodização do treinamento e treinamento resistido com enfoque em hipertrofia máxima e promoção da saúde. Atualmente está desenvolvendo estudos com diferentes extratos de *Punica granatum* L. em animais da linhagem Wistar, associado ao exercício físico de força. Recentemente, participou como coautor de um estudo de metanálise inédita intitulada: *Comparative Meta-Analysis of the Effect of Concentrated, Hydrolyzed, and Isolated Whey Protein Supplementation on Body Composition of Physical Activity Practitioners*, que buscou verificar a eficiência de *whey protein* dos tipos concentrado, isolado e hidrolisado comparado a placebos isocalóricos sobre os desfechos de composição corporal em adultos saudáveis praticantes de atividade física.

LUIS HENRIQUE ALMEIDA CASTRO - Possui graduação em nutrição pela Universidade Federal da Grande Dourados concluída em 2017 com a monografia “Analysis in vitro and acute toxicity of oil of *Pachira aquatica* Aublet”. Ainda em sua graduação, no ano de 2013, entrou para o Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde sendo um de seus membros mais antigos em atividade realizando projetos de ensino, pesquisa e extensão universitária desde então. Em 2018 entrou no Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados com o projeto de pesquisa: “Avaliação da Toxicidade Reprodutiva Pré-clínica do Óleo da Polpa de Pequi (*Caryocar brasiliense* Camb.)” no qual, após um ano e seis meses de Academia, obteve progressão direta de nível para o Curso de Doutorado considerando seu rendimento acadêmico e mérito científico de suas publicações nacionais e internacionais; além disso, exerce no mesmo Programa o cargo eletivo (2018-2019) de Representante Discente. Em 2019 ingressou também no Curso de Especialização em Nutrição Clínica e Esportiva pela Faculdade Venda Nova do Imigrante. Atua desde 2018 enquanto bolsista de Pós-Graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) desenvolvendo pesquisas em duas principais linhas de atuação: nutrição experimental, na qual desenvolve estudos farmacológicos e ensaios de toxicidade com espécies vegetais de interesse para a população humana; e, nutrição esportiva, no tocante à suplementação alimentar, metabolismo energético, fisiologia do exercício e bioquímica nutricional. Atualmente é revisor científico dos periódicos *Journal of Nutrition and Health Sciences*, *Journal of Human Nutrition and Food Science* e do *Journal of Medicinal Food*. É ainda membro do Corpo Editorial do *Journal of Human Physiology* e membro do Conselho

Técnico Científico da própria Atena Editora.

SILVIA APARECIDA OESTERREICH - Possui graduação em Ciências Biológicas pelas Faculdades Reunidas de Administração, Ciências Contábeis e Ciências Econômicas de Palmas (FACEPAL), com especialização em Biologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO-PR). Em 2000 obteve o título de Doutora em Ciências da Atividade Física e Desportes pela Universidade de León- Espanha, revalidado pela Universidade de São Paulo como Doutorado em Educação Física, área de concentração Biodinâmica do Movimento Humano. Atualmente é professora associada de Fisiologia Humana e diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Docente do quadro permanente dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado) e Nutrição, Alimentos e Saúde, (mestrado) da FCS. Líder do grupo de pesquisa Biologia aplicada à saúde com três orientações em andamento de doutorado e cinco de mestrado. Coordenadora do Laboratório de Ensaio Toxicológicos (LETOX) da FCS onde desenvolve pesquisas na área de Farmacologia, ensaios pré-clínicos visando avaliar a ação farmacológica de compostos ativos naturais sobre os sistemas orgânicos (toxicidade e genotoxicidade) e fatores de risco associados à saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acreditação Hospitalar 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54

Asma 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 214, 217

Assistência Farmacêutica 74, 78, 135, 137, 138, 147, 148, 149, 150, 215, 216, 218

Atenção Básica 32, 40, 44, 63, 69, 76, 77, 78, 139, 150, 163, 164, 166, 172, 218, 235, 237, 238, 246, 264, 271, 272

B

Baixo Rendimento Escolar 92, 97, 182, 183, 184, 185, 186

C

Colesterol 117

Comunidade 15, 16, 19, 23, 26, 34, 39, 40, 43, 44, 53, 72, 73, 74, 92, 107, 111, 116, 117, 118, 162, 209, 211, 213, 214, 215, 217, 218, 233, 242, 245, 262, 266, 267, 268, 269, 271, 272

Cuidado Humanizado 125

Cuidados Paliativos 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127

E

Educação em Saúde 33, 35, 36, 37, 113, 117, 173, 199, 213, 215, 217, 218, 228, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 269, 271, 272

Equipe Multiprofissional 43, 44, 45, 53, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 131, 227

Eventos de saúde pública 248, 249, 251, 252, 253, 254, 259

F

Feminicídio 1, 2, 4, 5, 7, 12, 13

Formação Continuada 66, 69, 70, 74, 76, 171

G

Gestão da Qualidade 46, 52

Glicemia 117

H

Higiene 35, 36, 104, 105, 174, 175, 178, 179, 208, 210, 262, 263, 264, 267, 268

I

Imunização 197, 198, 199, 203, 204, 206

M

Microbiologia 174, 175, 176, 177, 180, 181, 271

O

Obesidade 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 169

P

Passagem de Plantão 152, 154, 155, 156, 157

Planejamento da Política de Saúde 14, 29

Planejamento Estratégico 154, 188, 189, 191, 192, 195, 243

Política de Saúde 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 29, 30, 40

Políticas Públicas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 29, 30, 31, 32, 61, 72, 73, 75, 76, 111, 118, 199, 200, 215, 230, 241

Processo Contínuo 152, 155

Profissional de Saúde 59, 60, 65, 167, 199, 214, 227

Promoção da Saúde 31, 78, 109, 111, 112, 215, 264, 272, 274

R

Regionalização 230, 231, 232, 235, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 244, 245, 246, 247

Representação Social 220, 223, 226, 228, 229

S

Sistematização da Assistência de Enfermagem 190, 194

Sistema Único de Saúde 15, 18, 19, 21, 26, 29, 31, 41, 69, 111, 115, 134, 135, 136, 138, 141, 150, 151, 164, 190, 193, 199, 200, 216, 231, 234, 235, 236, 245, 248, 249, 254, 256, 257, 259

Sofrimento Psíquico 103, 106, 107, 109

T

Telenutrição 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173

Tracoma 33, 34, 35, 36, 39

Transtorno de Conduta 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 186

Transtorno do Espectro Autista 84, 103, 134

U

Unidade Básica de Saúde 66, 70, 160, 195

Universidades 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 163, 164, 170, 171, 218, 264

Uso Racional de Medicamentos 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219

V

Vigilância da Saúde 247

Violência Doméstica 5, 7, 10, 11, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64

 **Atena**
Editora

2 0 2 0