

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4



Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2020

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4



Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira
(Organizadores)

Atena
Editora
Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
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
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
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

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
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 Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

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

P766 Política, planejamento e gestão em saúde 4 / Organizadores Luis Henrique Almeida Castro, Fernanda Viana de Carvalho Moreto, Thiago Teixeira Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-291-3

DOI 10.22533/at.ed.913202708

1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Castro, Luis Henrique Almeida. II. Moreto, Fernanda Viana de Carvalho. III. Pereira, Thiago Teixeira.

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” emerge como uma fonte de pesquisa robusta, que explora o conhecimento em suas diferentes faces, abrangendo diversos estudos.

Por ser uma área que investiga processos de formulação, implementação, planejamento, execução e avaliação de políticas, sistemas, serviços e práticas de saúde, a sua relevância no campo das ciências da saúde é indiscutível, revelando a multiplicidade de aportes teóricos e metodológicos, de caráter interdisciplinar, transdisciplinar e multiprofissional, influenciados por diferentes campos de conhecimento.

No intuito de promover e estimular o aprendizado dos leitores sobre esta temática, os estudos selecionados fornecem concepções fundamentadas em diferentes métodos de pesquisa.

Constituído por dez volumes, este e-Book é composto por 212 textos científicos que refletem sobre as ciências da saúde, seus avanços recentes e as necessidades sociais da população, dos profissionais de saúde e do relacionamento entre ambos.

Visando uma organização didática, a obra está dividida de acordo com seis temáticas abordadas em cada pesquisa, sendo elas: “Análises e Avaliações Comparativas” que traz como foco estudos que identificam não apenas diferentes características entre os sistemas, mas também de investigação onde mais de um nível de análise é possível; “Levantamento de Dados e Estudos Retrospectivos” correspondente aos estudos procedentes do conjunto de informações que já foram coletadas durante um processo de investigação distinta; “Entrevistas e Questionários” através da coleta de dados relativos ao processo de pesquisa; “Estudos Interdisciplinares” que oferecem possibilidades do diálogo entre as diferentes áreas e conceitos; “Estudos de Revisão da Literatura” que discutem o estado da arte da ciência baseada em evidência sugerindo possibilidades, hipóteses e problemáticas técnicas para a prática clínica; e, por fim, tem-se a última temática “Relatos de Experiências e Estudos de Caso” através da comunicação de experiência e de vivência em saúde apresentando aspectos da realidade clínica, cultural e social que permeiam a ciência no Brasil.

Enquanto organizadores, através deste e-Book publicado pela Atena Editora, convidamos o leitor a gerar, resgatar ou ainda aprimorar seu senso investigativo no intuito de estimular ainda mais sua busca pelo conhecimento na área científica. Por fim, agradecemos aos autores pelo empenho e dedicação, que possibilitaram a construção dessa obra de excelência, e o trabalho aqui presente pode ser um agente transformador por gerar conhecimento em uma área fundamental do desenvolvimento como a saúde.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro
Fernanda Viana de Carvalho Moreto
Thiago Teixeira Pereira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

DA TEORIA A PRÁTICA: AS CONDIÇÕES QUE OS TRABALHADORES DOS SETORES DE FINANÇAS TÊM PARA AGILIZAR SUAS FUNÇÕES

Angelo D'Agostini Junior

DOI 10.22533/at.ed.9132027081

CAPÍTULO 2..... 5

DOCE FUNCIONAL DE CACAU COM BANANA TIPO BRIGADEIRO

Filipe Sousa de Lemos

Diana Márcia de Melo Silva Lopes

Francisco Kelton de Araújo Carvalho

Keylany Bezerra Gomes Rebouças

Valéria Cristina Nogueira

DOI 10.22533/at.ed.9132027082

CAPÍTULO 3..... 9

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR NO RIO DE JANEIRO

Lucineide Fernandes Moraes

Wania Regina Coutinho Gonzalez

Elaine Rodrigues de Ávila

DOI 10.22533/at.ed.9132027083

CAPÍTULO 4..... 17

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA – ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Adelcio Machado dos Santos

Adriana Silva

DOI 10.22533/at.ed.9132027084

CAPÍTULO 5..... 35

ESTUDO DESCRITIVO COMPARATIVO ENTRE A UTI HUMANIZADA E CONVENCIONAL DE UM HOSPITAL PRIVADO

Gabriela de Oliveira Salazar

José Icaro Nunes Cruz

Alice Mascarenhas dos Santos

Jamison Vieira de Matos Júnior

Ricardo Ferreira Leite

Guilherme do Espírito Santo Silva

DOI 10.22533/at.ed.9132027085

CAPÍTULO 6..... 42

HIPERUTILIZADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Kerellyn Follador

Alana Becker

Vanessa Aparecida Gasparin
Aldarice Pereira da Fonseca
Lucimare Ferraz
Davi Patussi Lazzari
Fernanda Canello Modesti

DOI 10.22533/at.ed.9132027086

CAPÍTULO 7.....51

INFLUÊNCIA DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES DO SETOR SIDERÚRGICO

Michell Vetoraci Viana
Almir de França Ferraz
Danyela Gomes Cabaline Viana
Talita Xavier Clauino
Ramire Nunes Cavalcante
Adalberto Corrêa Júnior
Camila Pasa
Luis Alves da Silva
Alice Silva Ferreira de Araújo
Rosilene Andrade Silva Rodrigues
Benedito Robson Monteiro de Andrade
Aylton Figueira Júnior

DOI 10.22533/at.ed.9132027087

CAPÍTULO 8.....65

LEVANTAMENTO DO PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS RESTRITOS AO DOMICÍLIO, POR MEIO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Vânia Ferreira de Figueiredo
Anna Luísa Moreira Melo
Bruno Roberto Coman Fernandes
Felipe Guimarães Campos Fonseca
Georgia de Lima Vieira Carneiro
Lara Azevedo Prais Caldeira Brant
Luíza Storch Carvalho
Maria Elice Nery Procópio
Pedro Machado Batista
Sarah Ferreira Lopes
Simone Aparecida de Almeida

DOI 10.22533/at.ed.9132027088

CAPÍTULO 9.....76

LEITURA, CINEMA E RÁDIO COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE

Kárita Misaele Sousa Felipe
Mirelle Fernandes Ferreira
Jonathan Reis da Silva
Gabriela dos Reis
Wanderson Sant 'Ana de Almeida
Kamila Kronit Bastos

Edlaine Faria de Moura Villela

DOI 10.22533/at.ed.9132027089

CAPÍTULO 10.....80

MONITORAMENTO DE DESCARTE DE RESÍDUOS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE ENSINO

Cássia Beatriz Parreira
Keitsilaine Romeiro Mendes
Paula Caroline Carneiro da Silva
Karla de Toledo Candido Muller
Ellen Souza Ribeiro
Ana Lúgia Barbosa Messias
Lorena Falcão Lima
Débora Cardozo Bonfim Carbone
Karine Ferreira da Costa

DOI 10.22533/at.ed.91320270810

CAPÍTULO 11.....97

NÉCTAR MISTO DE MARACUJÁ (*PASSIFLORA EDULIS*), COUVE DE FOLHA (*BRASSICA OLERACEA*) E FARINHA DE LINHAÇA (*LINUM USITATISSIMUM L.*): ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO SENSORIAL

Virlane Kelly Lima Hunaldo
Josepha Lays Sousa Lima de Holanda
Adriana Crispim de Freitas
Leonardo Hunaldo dos Santos
Thays Adryanne Lima Xavier
Lara Lima Seccadio
José de Ribamar Macedo Costa
Jaisane Santos Melo Lobato
Sandra de Souza Silva
Eliane de Oliveira Alves
Deniza Pereira da Costa Silva
Gabrielli Nunes Clímaco

DOI 10.22533/at.ed.91320270811

CAPÍTULO 12.....106

O PAPEL DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

Ana Carolina Sardo de Oliveira Pinheiro
Diego Arthur Castro Cabral
Fernanda Myllena Sousa Campos
Fernanda Protázio Silva
Gabriel Hans Reis Braga
João Paulo do Vale Medeiros
Leonardo Giovanni Castro Cabral
Maria Clara Pinheiro da Silva
Mariana Cristina Santos Andrade

DOI 10.22533/at.ed.91320270812

CAPÍTULO 13..... 113

O SIGNIFICADO DO PROTAGONISMO SOCIAL NA VIDA DE JOVENS MULHERES: UM OLHAR A PARTIR DAS REDES SOCIAIS

Bruna Maiara Giraldi

Gabrielly Bos de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.91320270813

CAPÍTULO 14..... 131

OS FATORES BIOPSSICOSOCIAIS DE UM TRABALHADOR: ESTUDO DE CASO DE UM PROFISSIONAL CAMINHONEIRO

Dorisleine dos Santos Souza Vieira

Fasila Nazaré Lobato Pinheiro

Thaís Alves Barbosa

Nelson Kian

DOI 10.22533/at.ed.91320270814

CAPÍTULO 15..... 142

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: IMPACTOS E REPERCUSSÕES DA TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Luís Felipe Ferro

DOI 10.22533/at.ed.91320270815

CAPÍTULO 16..... 161

PROCESSAMENTO E AVALIAÇÃO SENSORIAL DE GELEIA DE MAMÃO COM COCO BABAÇU

Virlane Kelly Lima Hunaldo

Gabrielli Nunes Clímaco

Adriana Crispim de Freitas

Leonardo Hunaldo dos Santos

Thays Adryanne Lima Xavier

Romário de Sousa Campos

José de Ribamar Macedo Costa

Jaisane Santos Melo Lobato

Lara Lima Seccadio

Raquel Silva de Sousa

Catarina Gercina de Almeida Aquino Giffony

Sandra de Souza Silva

DOI 10.22533/at.ed.91320270816

CAPÍTULO 17..... 169

PROPOSTA DE AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM SOBRE ATENDIMENTO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO ADULTO

Camila Evelyn De Sousa Brito

Maicon de Araújo Nogueira

Antonia Margareth Moita Sá

Jurcileya Reis dos Santos

Mayco Tadeu Vaz Silva

Jamilly Ferreira de Sousa

Dayhane Souza da Conceição
Tanymara Xavier de Moraes
Jonatas Monteiro Nobre

DOI 10.22533/at.ed.91320270817

CAPÍTULO 18..... 180

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Roberta Vago Gonzales Dalcumune
Adriene de Freitas Moreno Rodrigues
Luciano Antônio Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.91320270818

SOBRE OS ORGANIZADORES.....195

ÍNDICE REMISSIVO..... 197

CAPÍTULO 1

DA TEORIA A PRÁTICA: AS CONDIÇÕES QUE OS TRABALHADORES DOS SETORES DE FINANÇAS TÊM PARA AGILIZAR SUAS FUNÇÕES

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 04/05/2020

Angelo D'Agostini Junior

Bacharel em Sociologia e pós-graduado em Gestão de Políticas Públicas pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, SP

Resumo Expandido apresentado no 1º Seminário Internacional de Economia Política da Saúde, realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), em 15 e 16 de fevereiro de 2019.

RESUMO: busca-se avaliar as condições que profissionais de finanças, compras e contratos no setor público têm de opinar e avaliar ações para desenvolvimento do seu trabalho e relações com órgãos superiores, considerando os princípios de legalidade, impessoabilidade, moralidade, publicidade e eficiência.

PALAVRAS-CHAVE: Economia; Organização e Administração; Descentralização; Administração de Recursos Humanos e Participação nas Decisões.

FROM THEORY TO PRACTICE: THE CONDITIONS THAT WORKERS IN THE FINANCIAL SECTORS HAVE TO STREAMLINE THEIR FUNCTIONS

ABSTRACT: it seeks to evaluate the conditions that the finance, purchasing and contracts

professionals in the public sector have to give their opinion and evaluate actions for the development of their work and their relations with higher bodies, considering the principles of legality, impersonability, morality, publicity and efficiency.

KEYWORDS: Economy; Organization and Administration; Decentralization; Human Resources Administration and Participation in Decisions

INTRODUÇÃO

Partes dos estudos sobre economia política em saúde são realizados a partir dos orçamentos e prestações de contas. São tratados através da macro-economia/política. Nestes estudos temos a possibilidade de analisar como são definidas as linhas gerais das prioridades.

Porém, as efetivações destas prioridades se dão em diversas ações desenvolvidas por órgãos governamentais que realizam os procedimentos de finanças, compras, acompanhamentos de contratos, pregões, licitações, bem como órgãos de controle internos e externos, que podem potencializar ou atenuar as possibilidades.

Desenvolvimento do trabalho

Os órgãos de finanças no setor público podem ser classificados em órgãos superiores (controlam os procedimentos) e órgãos executores (realizam os procedimentos).

Utilizando o exemplo da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de SP como órgãos superiores temos às Coordenadorias e os Centros de Finanças, Suprimento e Gestão de Contratos de Gestão Orçamentária e Financeira; Planejamento de Saúde; de Ciência, Tecnologia de Saúde; Gestão de Contratos de Serviços de Saúde; Assistência Farmacêutica; Controle de Doenças; Serviços de Saúde; Regiões de Saúde; a Consultoria Jurídica da Secretaria de Estado da Saúde além da Secretaria da Fazenda (responsável por diversos procedimentos); Procuradoria Geral do Estado e o Tribunal de Contas (controle externo). E como órgãos de execução os Núcleos de Finanças, Compras e Contratos das Unidades das respectivas Coordenadorias.

A relação entre os órgãos superiores e de execução se dão a partir de relações administrativas e relações de poder

As relações administrativas possibilitam responsabilidades compartilhadas onde os respectivos órgãos podem desenvolver e apresentar propostas de procedimentos de acordo com suas responsabilidades.

Nas relações de poder é onde se encontra os maiores conflitos, pois as possibilidades de desenvolvimento das funções dos órgãos executores ficam limitadas aos espaços possibilitados pelos órgãos superiores.

Exemplos destes conflitos são as dificuldades que órgãos executores encontram em dialogar com consultorias jurídicas por terem um “saber jurídico” que na prática se sobrepõe ao saber operacional mesmo quando os técnicos tem capacitação acadêmica igual ou superior ao jurídico, como por exemplo, na área de gestão de políticas públicas. Um dos motivos é a concepção de que a interpretação de leis e normas se restringe a saberes jurídicos, quando diversas outras profissões, como gestores de políticas públicas, administradores públicos dentre outros, tem igual ou maior experiência prática e capacitação para tanto.

A detecção inicial, considerando a própria experiência profissional do autor na análise e elaboração de propostas orçamentária no poder legislativo e como funcionário público da Secretaria de Estado da Saúde em um Núcleo de Compras e Gestão de Contratos, é de que a operacionalização dos procedimentos dos órgãos executores em finanças e compras pode influenciar na qualidade dos gastos em saúde, porém têm pouco espaço para dialogar, além de cumprir orientações pré-determinadas.

Uma das formas que se pode analisar esta situação são as relações de poder em Michel Foucault.

OBJETIVO

Analisar as relações existentes entre órgãos superiores e os órgãos executores a partir dos princípios e objetivo da economia política em saúde considerando que o processo se desenvolve por um conjunto de profissionais que tem capacitações práticas e técnicas que

se complementam e da constatação de que existe uma hierarquia de poder institucional e social que impede que determinados profissionais possam expressar seus conhecimentos. Pode-se a partir desta análise criar novas relações onde o trabalho multiprofissional possa ser potencializado e os gastos em saúde melhor desenvolvido.

MÉTODO

Relacionar procedimentos de pesquisa de preços, impedimentos de renovação de contratos e organização/acompanhamentos em compras e contratos na área da saúde. Os exemplos práticos são da experiência como oficial administrativo no Núcleo de Compras e Contratos do Departamento de Gerenciamento dos Ambulatórios da Capital – DGAC, da Coordenadoria de Serviços de Saúde – CSS, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – SES-SP. Especificamente análise dos procedimentos de pesquisas de preços de medicamentos e outros materiais em saúde, acompanhamento de contratos, organização de processo e renovação de contratos.

Detectar se as questões apontadas pelos trabalhadores dos órgãos de execução frente as orientação dos órgãos superiores e as possibilidades de diálogo entre estes órgãos.

RESULTADOS

Detectar se é possível aprimorar os procedimentos e diálogos entre os órgãos superiores e executores relacionados à economia política em saúde buscando o envolvimento de todos os atores envolvidos e sua relação e conhecimento das políticas definidas e sua operacionalização.

CONSIDERAÇÕES

Procedimentos com gastos em saúde poderiam ser melhor desenvolvido e com custos menores se fossem discutidos, avaliados e definidos com o conjunto dos profissionais envolvidos independente da sua profissão; formação acadêmica ou posição hierárquica.

Um exemplo estudado é a renovação de um contrato de portaria em uma unidade de saúde que têm avaliação positiva dos responsáveis pela gestão da unidade e que está impedida devido a uma punição à empresa por ter descumprido normas de pagamentos em outro contrato com o estado.

A empresa já corrigiu e pagou as multas devidas, porém a punição inclui também o impedimento de participar de novas licitações, não podendo renovar contratos existentes por seis meses.

Neste caso a punição vai até agosto/2018, e a renovação do contrato em março/2018. Desta forma deve-se realizar um novo processo de pregão, que provocará

custos financeiros que a renovação do contrato não acarretariam, e a pesquisa de preços realizada mostra que o valor atual é maior do que o reajuste no contrato existente já acordado com a empresa, além de gastos na readequação dos serviços com relação à empresa e com novos trabalhadores, sendo que os serviços atuais têm avaliação positiva pelos gestores da unidade de saúde.

Alguns temas discutidos são as relações entre normas punitivas, economicidade, qualidade dos serviços prestados, eficiência e equidade em saúde e avaliação de tecnologias em saúde.

CAPÍTULO 2

DOCE FUNCIONAL DE CACAU COM BANANA TIPO BRIGADEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 29/04/2020

Filipe Sousa de Lemos

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Ubajara – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4922403696818057>

Diana Márcia de Melo Silva Lopes

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Ubajara – Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-5122-9644>

Francisco Kelton de Araújo Carvalho

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Ubajara – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8610970538965447>

Keylany Bezerra Gomes Rebouças

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Ubajara – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6546268536831225>

Valéria Cristina Nogueira

Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia do Ceará
Ubajara – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/9472556738469702>

RESUMO: Cada vez mais as pessoas têm procurado adotar hábitos mais saudáveis, implicando em um aumento da demanda por alimentos de alto valor nutricional e funcionais. A fim de se obter características sensoriais sempre melhores, amidos e fontes proteicas são muito

utilizados pela indústria para tais resultados. Diante destes motivos, o presente trabalho teve como objetivo a elaboração de um doce tipo brigadeiro tendo como base banana e cacau, procurando manter sabor, aparência e textura tão aceitáveis quanto o doce tradicional. A análise nutricional mostrou uma considerável diminuição nas quantidades de calorias, carboidratos e sódio, quando comparado ao doce tradicional. Mostrando, assim, o Doce Funcional de Cacau com Banana Tipo Brigadeiro como uma alternativa bem mais saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Gastronomia, Alimentos, Doces, Banana e Cacau.

COCOA FUNCTIONAL CANDY WITH BANANA BRIGADEIRO TYPE

ABSTRACT: More and more people have sought to adopt healthier habits, implying and increased demand for foods of high nutritional and functional value. In order to obtain ever better sensory characteristics, starches and protein sources are widely used by the industry for such results. In view of these reasons, the present work aimed to elaborate a sweet brigadeiro type based on banana and cocoa, trying to maintain flavor, appearance and texture as acceptable as traditional candy. Nutritional analysis showed a considerable decrease in the amounts of calorie carbohydrates and sodium when compared to traditional candies. Thus showing a Functional Cocoa Candy with banana Brigadeiro type as a much healthier alternative.

KEYWORDS: Gastronomy, Food, Candies, Banana and Cocoa.

1 | INTRODUÇÃO

O brasileiro tem o paladar bastante adocicado e essa quantidade diária de açúcar ingerida ultrapassa a quantidade ideal recomendada pela Organização Mundial da Saúde (2).

“Em 4 de março de 2015, a Organização Mundial da Saúde - OMS lançou o novo guia com recomendações de consumo de açúcar para adultos e crianças. A recomendação atual é de que o consumo diário não ultrapasse 10% das calorias ingeridas diariamente, em uma dieta saudável. Maiores benefícios à saúde podem ser alcançados se o consumo diário de açúcar for reduzido para 5% das calorias ingeridas (ou cerca de 25g de açúcar por dia)”(2).

A banana além de ser considerada uma das frutas mais populares, apresenta elevado valor nutricional, baixo custo no mercado e fácil acessibilidade. O seu valor nutricional é evidenciado pelo seu alto teor energético e uma considerável quantidade de carboidratos (23%) (4). É também fonte de flavonoides, β -caroteno (5), vitamina C e vitamina E (1).

Além de ser uma fruta popular e acessível, a banana apresenta maior aceitação entre os jovens. Então, por que não juntar os inúmeros benefícios encontrados no cacau com as propriedades e vitaminas encontradas na banana? No cacau encontramos os polifenóis, ou seja, os compostos fenólicos, que têm sido estudados devido aos benefícios que propiciam à saúde, com uma ação antioxidante na prevenção de reações oxidativas e de formação de radicais livres, bem como na proteção contra danos ao DNA das células (6).

Foi pensando no público mais jovem e numa melhor qualidade de vida que inovamos um método de preparar uma sobremesa, que pudesse ser utilizada em comemorações festivas e agradável para o paladar das pessoas de todas as idades.

2 | MATERIAIS E METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado com os seguintes ingredientes: bananas maduras; açúcar; manteiga; leite em pó; cacau em pó e amendoim triturado.

Em primeiro momento, as bananas foram levadas ao micro-ondas até amolecerem, a partir disso foram amassadas com um garfo para obter uma massa. Em seguida, colocamos em uma panela junto com os demais ingredientes e levamos ao fogo baixo até ficar homogêneo e mais denso. Transferimos para outro recipiente e cobrimos com papel filme em contato e foi levado para gelar. Com o produto gelado, boleamos e enrolamos em amendoim triturado.

A ficha técnica do Doce Funcional de Banana Tipo Brigadeiro foi elaborada. Com os per capita obtidos, foi calculado o valor nutricional com a Tabela de Composição dos Alimentos (2) e comparado ao valor nutricional do Brigadeiro Tradicional.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Após diversas tentativas e modificações da receita, foi possível encontrar o padrão que mais agradou. Primeiramente, testou-se com a banana sendo cozida em água fervente, porém foi possível notar que esta ficava com uma textura mais seca, não agradando tanto no produto final. Visto isso, decidiu-se prepará-la em forno micro-ondas e o resultado apresentado chegou mais próximo do desejado, já que a fruta não perdeu tanta umidade, obtendo mais cremosidade ao doce.

Devido à banana ser fibrosa, o produto adquiriu uma menor textura em comparação ao brigadeiro feito com leite condensado, que foi melhorado com a utilização da manteiga para dar uma textura mais aveludada.

Quanto ao sabor, é possível sentir o gosto da banana junto ao aroma, porém não tão marcantes quanto aos da fruta in natura.

Para confeitar foram testados amendoim, granulado de chocolate e o cacau em pó e todos deram um resultado agradável e saboroso.



Após o produto estar pronto, foram realizadas comparações quanto aos valores nutricionais do Doce Funcional de Cacau com Banana e o Brigadeiro Tradicional.

	Brigadeiro Tradicional	Doce Funcional de Cacau Com Banana Tipo Brigadeiro
Calorias	112,5 kcal	53,23 kcal
Carboidratos	20,38 g	6,39 g
Proteína	1,86 g	1,18 g
Lipídios	2,61 g	2,55 g
Sódio	23,15 g	7,19 g

Quadro 1 – Comparação dos valores nutricionais do Brigadeiro Tradicional e Doce Funcional de Cacau com Banana Tipo Brigadeiro com base em uma porção de 20 gramas.

Devido o brigadeiro tradicional utilizar alimentos processados e ultraprocessados, como o leite condensado, faz com que os teores de carboidratos simples e sódio sejam maiores do que o feito com banana. Com essa diminuição, pode-se haver também uma redução nos riscos de hipertensão, diabetes, cárie e obesidade.

O Doce de Banana tipo Brigadeiro torna-se uma opção mais saudável para ser consumido em eventos, como festas infantis e aniversários, substituindo o doce tradicional, além de ser facilmente alocado em uma dieta *low carb*.

4 | CONCLUSÃO

De acordo com a análise nutricional, o Doce de Banana Tipo Brigadeiro apresentou diminuições consideráveis de calorias e sódio, quando comparado ao brigadeiro tradicional, mostrando-se assim, uma alternativa mais saudável e um possível aliado no controle de peso e prevenção de algumas doenças (se incluso em uma dieta balanceada aliada á práticas de exercícios físicos) relacionadas a excessos de açúcar no sangue.

Dessa forma, a utilização da banana, do leite em pó e do açúcar (em poucas quantidades), como substitutos do leite condensado (ingrediente utilizado no brigadeiro tradicional) mostrou ser uma alternativa bastante interessante e benéfica para a elaboração do Doce de Banana Tipo Brigadeiro.

REFERÊNCIAS

(1)AMORIM, E.P et al. **Genetic diversity of carotenoid-rich bananas evaluated by Diversity Arrays Technology (DART)**. Genetics and Molecular Biology, São Paulo, v.31. p.96-103, jan.2009. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4783:oms-recomenda-que-os-paises-reduzam-o-consumo-de-acucar-entre-adultos-e-criancas&Itemid=820. Acessado em 16 de maio de 2019;

(2)OPAS/OMS – **Brasil, Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4783:oms-recomenda-que-os-paises-reduzam-o-consumo-de-acucar-entre-adultos-e-criancas&Itemid=820. Acessado em 16 de maio de 2019;

(3)TACO. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. 4ed. revisada e ampliada. Campinas, SP: UNICAMP, 2011;

(4) USDA, United States Department of Agriculture, 2011;

(5)VIJAYAKUMAR, S; PRESANNAKUMAR, G.; VIJAYALAKSHMI, N.R. **Antioxidant activity of banana flavonoids**. Fitoterapia, Manjeri, v. 79, p. 279-282, mar. 2008;

(6)WOLLGAST, J.; ANKLAM, E. **Review on polyphenols in Theobroma cacao: changes in composition during the manufacture of chocolate and methodology for identification and quantification**. Food Research International, Essex, v. 33, n. 6, p. 423-447, 2000b.

CAPÍTULO 3

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 02/07/2020

Lucineide Fernandes Moraes

Universidade Estácio de Sá/Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/0222131389364565>

Wania Regina Coutinho Gonzalez

Universidade Estácio de Sá-Universidade/ Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ,
<http://lattes.cnpq.br/7325750865780788>

Elaine Rodrigues de Ávila

Universidade Estácio de Sá/ Secretaria Municipal de Educação,
Rio de Janeiro-RJ,
<http://lattes.cnpq.br/9135498038558583>

RESUMO: Este estudo investiga a participação das organizações não governamentais, no campo educacional, direcionadas a Educação em Saúde. Apresenta resultados de pesquisa qualitativa sobre a atuação de duas ONGs cariocas: CAMTRA e Instituto Refazer, nos anos de 2014 e 2017. A questão norteadora do texto é: *Quais são as ações de educação em saúde e de formação cidadã direcionadas às mulheres?* Os resultados destacam que a CAMTRA privilegia ações educativas voltadas para a formação de lideranças, empoderamento e promoção da autonomia de mulheres, enquanto o Instituto Refazer promove palestras de temas de interesse feminino. Uma segunda ação é a *Grife Refazer*, um programa, criado em 2006, para

capacitar e gerar renda às mães das crianças e jovens atendidos no Instituto Fernandes Figueira. No tocante às finalidades da educação, observa-se um discurso educacional pautado na conscientização de direitos da população feminina em situação de vulnerabilidade social.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde, Educação Não Formal, Organizações não governamentais.

HEALTH EDUCATION IN THIRD SECTOR ORGANIZATIONS IN RIO DE JANEIRO

ABSTRACT: This study investigates the participation of non-governmental organizations, in the educational field, aimed at Health Education. It presents results of qualitative research on the performance of two NGOs from Rio de Janeiro: CAMTRA and Instituto Refazer, in the years 2014 and 2017. The guiding question of the text is: *What health education and citizen education actions are directed at women?* The results highlight that CAMTRA favors educational actions aimed at training leaders, empowering and promoting women's autonomy while the Refazer Institute promotes lectures on topics of female interest. A second action is *Grife Refazer*, a program created in 2006 to train and generate income for the mothers of children and young people served at the Fernandes Figueira Institute. Regarding the purposes of education, there is an educational discourse based on the awareness of the rights of the female population in a situation of social vulnerability.

KEYWORDS: Health Education, Non-formal education, Non-governmental organizations

1 | INTRODUÇÃO

Educação em saúde é definida como um conjunto de atividades que sofrem influência e modificação de conhecimentos, atitudes, religiões e comportamentos, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo (MARCONDES APUD SANTOS, 1988). Diante dessa assertiva, pode-se afirmar que saúde e educação não devem ser dissociadas, uma vez que trilham juntas e se interpenetram enquanto práticas sociais. Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta o fato de que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural (BRASIL, 1997C, P.65).

A educação em saúde, de acordo com a Declaração de Ottawa (OMS, 1986), constitui-se um campo heterogêneo e que, por isso, tem sofrido influência de diversas áreas de conhecimento.

A educação em saúde é uns dos aspectos que geralmente fica à margem da agenda oficial e que necessita ser adequadamente abordado em virtude da Organização Mundial da Saúde incluir os fatores sociais como influenciadores da saúde. Apesar dos avanços nesse campo de atuação, muitas das práticas educativas desenvolvidas por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, ainda mantêm o enfoque educativo-preventivo, sem incorporar a compreensão dos determinantes sociais dos problemas de saúde ou, ainda, sem incorporar as necessidades e saberes da população assistida. (NUNES, 2014). As pesquisas brasileiras no campo da saúde coletiva mostram que as relações de gênero influenciam o modo como homens e mulheres concebem e lidam com sua saúde. (COSTA, 2016).

Assim, as relações de gênero, suas discussões e seus desdobramentos nas relações sociais entre homens e mulheres têm logrado visibilidade política no Brasil e no mundo. Em consequência, observa-se a necessidade de fortalecer ações pedagógicas de enfrentamento às práticas discriminatórias bem como o incentivo a estratégias de promoção da equidade, reconhecendo e respeitando a diversidade humana, além de ações que possibilitem uma maior participação cidadã das mulheres na sociedade.

Por esse motivo, emerge a necessidade do surgimento de práticas educativas emancipatórias, visando transformações direcionadas a uma maior participação do indivíduo em sociedade, auxiliando na sua formação cidadã. Nesse cenário, as atividades educativas realizadas em Organizações Não Governamentais (ONGs) e em movimentos sociais podem contribuir para o processo de construção de uma sociedade mais atuante, dentro de um contexto neoliberal. Segundo Froz e Lopes (2005), ONG's e Movimentos Sociais vêm assumindo função relevante no processo de construção de alternativas na sociedade; em particular, destacam-se as lutas no enfrentamento do neoliberalismo.

As transformações/mudanças são instauradas socialmente através de processos educativos, porém sabe-se que embora “a escola não transforme a realidade, ela pode

ajudar a formar os sujeitos capazes de fazer a transformação, da sociedade, do mundo, de si mesmos” (FREIRE, 1987, p.57). Todavia, a educação formal, com seu desenho estrutural, nem sempre consegue trazer para seu campo discussões e reflexões acerca de todos os problemas sociais, culturais e econômicos, tendo em vista que seu objetivo principal é atender um currículo previamente definido, programado de forma verticalizada, deixando de contemplar questões sociais e, até mesmo, alguns conteúdos formais. Desse modo, cabe aos espaços não formais de ensino fazer a articulação com a educação formal ou tratar de temas que são negligenciados pela educação formal que, de acordo com Gohn, (2004, p.10), “[...] capacita os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo. Sua finalidade é abrir janelas de conhecimento sobre o mundo que circunda os indivíduos e suas relações sociais”.

Construir cidadãos éticos, ativos, participativos, com responsabilidade diante do outro, e preocupados com o universal, e não com particularismos, é retomar as utopias e priorizar a mobilização e a participação da comunidade educativa na construção de novas agendas. Essas agendas devem contemplar projetos emancipatórios que tenham como prioridade a mudança social, qualificando seu sentido e significado, além de fortalecer o indivíduo no exercício de sua cidadania. A educação não formal é um campo valioso na construção das agendas pertinentes à população vulnerável socialmente e na significação das próprias lutas no campo da educação, visando à transformação da realidade social. (GOHN, 2006).

21 EDUCAÇÃO NÃO FORMAL EM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS NO RIO DE JANEIRO

Nas últimas duas décadas, as ações educativas em saúde, relacionadas à questão feminina, estiveram inseridas nos conteúdos da educação formal e, também, em espaços não escolares, conforme mencionado na introdução. Assim, dialogamos com os estudos de Gohn (2010, 2011) e Trilla (2008) sobre o conceito amplo de educação. Segundo esses autores, o campo educacional pode ser dividido em três modalidades: educação formal, na qual os processos educativos ocorrem em escolas e universidades, de modo sistematizado, com professores qualificados para cada conteúdo, certificação ao final de cada nível e objetivos previamente definidos; educação não formal, com as ações educativas que acontecem em espaços como ONGs e fundações, visando atividades voltadas para fortalecimento da cidadania, por meio de conteúdos menos hierarquizados, apresentados pelos educadores sociais; e educação informal, vivenciada no cotidiano do indivíduo em sociedade.

Para Gohn (2010, 2011) e Trilla (2008), essas modalidades devem ocorrer de forma conjunta, sem isolamento, ou seja, as interações entre educação formal, educação não formal e educação informal devem acontecer objetivando uma formação mais completa das pessoas envolvidas nas ações educativas. Trilla (2008) apresenta duas formas dessas

relações entre os diferentes espaços formativos: as interações funcionais, a partir dos efeitos provocados pela relação entre as modalidades, que podem ser, por exemplo, de reforço e colaboração, de interferência ou contradição; as intromissões mútuas, em que o foco são os métodos, levando à percepção de que uma ação educativa não é exclusividade de uma modalidade, podendo ocorrer compartilhamento.

Gohn (2010, 2011), entende as relações entre educação formal e educação não formal numa perspectiva política. Segundo a autora, ações educativas em espaços não escolares podem reforçar a participação cidadã das pessoas envolvidas, na direção da formação de uma nova cultura política, em que cada cidadão não seja mero expectador de suas vivências, mas sim um indivíduo atuante e transformador do seu meio.

Partindo desse diálogo, observamos, por meio de pesquisas no site da Associação Brasileira de Organizações Sociais (ABONG), que, em espaços não formais de educação, como ONGs, fundações e institutos, acontecem atividades educativas ligadas ao emponderamento feminino, na perspectiva de fortalecer a participação social das mulheres e, ao mesmo tempo, proteger sua saúde diária, seja ou não na condição de mães. Essas organizações fazem parte do chamado Terceiro Setor, em uma atuação pública não estatal. A positividade das ações desse setor no campo educacional gera controvérsias entre os autores.

Segundo Montañó (2005), ocorre um novo trato para a questão social quando o Estado diminui sua atuação no campo social e repassa a execução de ações nessa área para organizações da própria sociedade civil. O autor aponta também debilidades na definição e formação do Terceiro Setor, o qual comporta desde entidades como ONGs até fundações ligadas ao empresariado. Na perspectiva política, conforme mencionamos, Gohn (2010, 2011) entende esse novo associativismo civil, entre Terceiro Setor e Estado, como um direcionamento para o desenvolvimento de uma nova cultura política, formando crianças, jovens e adultos em indivíduos participantes e transformadores sociais.

Diante dessas considerações teóricas apresentadas, o nosso grupo de pesquisa em educação vem analisando as ações educativas de organizações do Terceiro Setor no estado do Rio de Janeiro. O objetivo principal do estudo é analisar a interpenetração dos espaços formativos formais e não formais e seus efeitos na educação de indivíduos em situação de vulnerabilidade social ou de risco nas periferias do Estado. Entre as questões de estudos, estavam as relações entre escola e organização; o desenvolvimento de ações para o mundo do trabalho e as atividades ligadas ao emponderamento feminino.

Nesse sentido, entre os anos de 2014 e 2017, realizamos visitas em algumas organizações do Terceiro Setor – escolhidas pelo site da ABONG – para observar as ações educativas desenvolvidas nesses espaços. Além da visita, fizemos entrevistas semiestruturadas com os responsáveis pela parte educacional para mapearmos o desenvolvimento dessas ações e atuação dos educadores sociais. Para esse artigo, usamos o material de duas organizações: CAMTRA, criada na década de 1990, com o

propósito de empoderar as mulheres no resgate da cidadania, cuja missão é colaborar para a promoção de seus direitos e para o fortalecimento de sua autonomia (CAMTRA, 2020); e Instituto Refazer, criado em 1995, e que realiza atividade socioeducativa e de geração de renda com as famílias de crianças e jovens com doenças crônicas ou terminais, encaminhadas pelo Instituto Fernandes Figueira, com o objetivo de fortalecer a cidadania e a autoestima dos indivíduos participantes (INSTITUTO REFAZER, 2020).

Na análise desse material, levantamos a seguinte questão: *Quais são as ações de educação em saúde e de formação cidadã direcionadas às mulheres?* Do material levantado, foi realizada uma análise de conteúdo temático à luz das considerações de Turato (2003). Assim, após uma leitura flutuante, separamos as unidades de registro em duas categorias: saúde e cidadania. As principais conclusões procuram colaborar para o entendimento das ações educativas nos espaços não formais de ensino, a fim de contribuir para a formação de uma nova cultura política (GOHN, 2010, 2011).

3 I AS ORGANIZAÇÕES DO TERCEIRO SETOR E AS AÇÕES EDUCATIVAS

O objetivo do estudo consistiu em buscar, no Terceiro Setor, organizações não governamentais (ONGs) que atuassem e desenvolvessem atividades relacionadas à temática de Educação em Saúde na perspectiva de uma educação emancipatória. Privilegiamos o estudo da CAMTRA por se uma ONG que atua, exclusivamente, no universo feminino, buscando cindir as amarras das desigualdades sociais entre os gêneros.

A CAMTRA foi criada em 1997, num cenário marcado pelo enalço das políticas neoliberais que permitiam que novos atores sociais entrassem em campo, com o propósito de empoderar as mulheres no resgate da cidadania que fora progressivamente minimizada pelas reformas governamentais anteriores, e que tem como missão ir ao encontro de outras mulheres com a perspectiva de colaborar para a promoção de seus direitos e para o fortalecimento de sua autonomia. Apresenta propostas articuladas e fundadas em projetos sociopolíticos e culturais de caráter emancipatórios, cuja função social é a formação de lideranças, empoderamento e promoção da autonomia de mulheres. Desenvolve o trabalho pautado em quatro eixos que se interpenetram: *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Educação para a Autonomia, Violência contra as Mulheres e Trabalho das Mulheres*. Dissemina informações sobre direitos, combate à violência contra a mulher, saúde sexual e reprodutiva. Investe na formação e engajamento político, em especial das mulheres de baixa renda, trabalhadoras e jovens.

De acordo com a diretora de projetos, Amora (2016, p.12), nossa entrevistada, a ferramenta utilizada para disseminar informações sobre direito sexuais e reprodutivos é a barraca de direitos. “Essa barraca de direitos é uma metodologia de trabalho da CAMTRA que a gente faz com mais frequência e sistematicamente no centro da cidade, no Saara, e tem sido um dos grandes chamarizes para as mulheres e pessoas nas ruas.” Tal ação

legítima que “[...] os espaços educativos localizam-se em territórios que acompanham as trajetórias de vida dos grupos e indivíduos fora das escolas, em locais informais onde há processos interativos intencionais”. (GOHN, 2006, p. 29).

O projeto incluiu a distribuição de uma cartilha com orientações; realização de seminário de formação de multiplicadoras; disseminação da campanha em aulas públicas, rodas de conversa, seminários, conferências e eventos como a Marcha das Mulheres Negras; instalação de Barraca de Direitos no Centro Comercial da Saara, na região central do Rio, e no Parque Madureira, zona norte do Rio; e distribuição de folders; participações em articulações políticas e atos públicos organizados por movimentos feministas e de mulheres.

A segunda organização contemplada por este estudo foi o Instituto Refazer. Ele auxilia famílias de crianças e jovens com doenças atendidas pelo Instituto Fernandes Figueira (ligado à FIOCRUZ), durante o período de internação. Entre as ações socioeducativas, duas atendem a mulheres. A primeira delas é o *Programa Prevenir*, conjunto de quatro palestras mensais com temas direcionados à cidadania, à prevenção de doenças, ao esporte para deficientes, à saúde financeira, à autoestima, entre outras questões, visando o auxílio no dia a dia das famílias assistidas no instituto. Como grande parte dessas famílias tem mulheres como chefes, muitos palestrantes trazem considerações voltadas para temas de interesse feminino. Segundo a responsável pelo programa:

Na palestra do Direito foi ótima, pois elas falaram de abuso... e nós tivemos um caso da mãe que chegou em casa e falou com o marido, disse que aquilo não podia continuar, que ela tinha escutado na palestra que era assim, assim, assim e ele aceitou. Eles se casaram, fizeram o casamento. Eu achei muito legal [...] o símbolo da palestra era o batom vermelho [...] Não tire seu batom vermelho. Então, foi um sucesso, você “empoderou” a mãe e para gente isso é muito prazeroso (ARATANHA, p.17, 2017).

Nessa ação, observamos que a organização procura desenvolver a autoestima feminina e atividades que ajudem na saúde de seus filhos, que nem sempre é adequada em razão das dificuldades enfrentadas por tratamentos, conforme disse a entrevistada. Apesar disso, reforça questões da cidadania da mulher, tornando-a conhecedora de seus direitos em sociedade e na convivência conjugal. Nesse ponto, encontramos um diálogo com a formação de uma nova cultura política, na perspectiva política da educação não formal apresentada por Gohn, direcionada à questão da mulher.

A segunda ação é a *Grife Refazer*, programa criado em 2006 para capacitar e gerar renda às mães das crianças e jovens atendidos no Instituto. São ofertados cursos de corte e costura, bordado, crochê e artesanato. Após, uma voluntária do instituto faz os desenhos dos produtos para grife e, partindo desses cursos, as mães devem produzir os mesmo em suas casas. Desse modo, segundo dados da entrevista:

A grife fornece a matéria prima para mãe depois que ela já está formada. A mãe leva esse material para casa e ela faz no tempo ocioso dela, ou seja, no tempo que ela estiver livre, ou na hora que ela estiver em casa descansando, que ela esteja a fim de ver televisão fazendo crochê. Então, ela vai produzindo os produtos naquela orientação que teve. Os produtos prontos e confeccionados, ela traz para grife e a grife compra dela, o que gera uma renda para ela e coloca à venda na lojinha. Além disso, dentro da grife, ela também tem contato com algumas palestras de empreendedorismo, na intenção que ela possa dentro da comunidade dela fazer isso autonomamente, sem depender da grife. Um dia ela pode ter uma lojinha ou vender na comunidade o pano de parto bordado, na pintura e no tecido diferente, nessas coisas que ela aprende na grife. A ideia é que ela tenha uma renda para sustentar a família (ARATANHA, p.18, 2017).

Assim como o Programa Prevenir, trata-se de uma atividade que visa à cidadania da mulher assim como sua formação voltada para o mercado de trabalho. Nessa perspectiva, dialogamos com Caliman e Manica (2010) sobre as possibilidades de educação profissional em espaços fora da escola. A Grife Refazer abre espaço para que essas mulheres consigam gerar renda para auxiliar ou até sustentar suas famílias por meio dos cursos oferecidos pelo Instituto.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados destacam que a CAMTRA privilegia ações educativas voltadas para a formação de lideranças, empoderamento e promoção da autonomia de mulheres, enquanto o Instituto Refazer promove palestras de temas de interesse feminino. Tais iniciativas mostram as estratégias das ONGs em busca de qualificação profissional das participantes e de suas ações em uma perspectiva mais abrangente, conjugando promoção de direitos e inserção social. No tocante às finalidades da educação, observa-se um discurso educacional pautado na conscientização de direitos da população feminina em situação de vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

AMORA, Iara. *Práticas Educacionais Não Formais de Instituição do Terceiro Setor: Casa da Mulher Trabalhadora*. Relatório de Entrevista da Disciplina Prática de Pesquisa do Mestrado e Doutorado na UNESA. Rio de Janeiro, nov. 2016.

ARATANHA, Maria Lucia. *Práticas Educacionais Não Formais de Instituição do Terceiro Setor: Instituto Refazer*. Relatório de Entrevista da Disciplina Prática de Pesquisa do Mestrado e Doutorado na UNESA. Rio de Janeiro, jun. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil>: acesso em 05.03.2020.

_____. *Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente saúde (1ª a 4ª séries)*. Ministério da Educação. Brasília: MEC/SEF. 1997.

CALIMAN, Geraldo; MANICA, Loni Elisete. **Cursos Profissionais na Perspectiva da Pedagogia Social**. Boletim Técnico Senac, v.36, n.3, set/dez 2010. Disponível em: <<http://www.senac.br/bts/363/artigo5.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

CASA DA MULHER TRABALHADORA (CAMTRA). **Quem somos?**. Disponível em: <<https://camtra.org.br/quem-somos/missao-e-historia/>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

COSTA-JUNIOR, Flôrencio Mariano da; COUTO, Márcia Thereza; MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. **Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar**. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), n. 23, p. 97-117, mai/agos. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000200097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**. São Paulo: Loyola, 4a ed., 2004.

_____. **Educação não formal na pedagogia social**. In: I Congresso Internacional de Pedagogia Social, USP, 2016. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092006000100034&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. **Educação não formal e cultural política**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Educação não formal e o educador social**. São Paulo: Cortez, 5ª ed., 2011.

INSTITUTO REFAZER. **Quem somos? O que fazemos?**. Disponível em: <<https://www.refazer.org.br/o-que-e-o-instituto-refazer-conheca-instituicao/>>. Acesso em: 1 mar. 2020.

MARCONDES, W. B. **A Convergência de referências na Promoção da Saúde**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n.1, p.5-13, jan./abr. 2004.

NUNES, Joyce Mazza et al. **Educational practice with women in the community: prevention of pregnancy in adolescence**. Texto e Contextos – Enfermagem. Florianópolis, v.23, n.3, p.791-798, jul/set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000300791&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). 1988. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/pt/>>. Acesso em: 10. mar.2020

_____. **Carta de Ottawa**. 1986. 5p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 10. mar.2020.

TRILLA, Jaume; GHANEM, Elie; ARANTES, Valéria Amorim (Org.). **Educação formal e não-formal: pontos e contrapontos**. São Paulo: Summus, 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparadas e aplicadas nas áreas de saúde e humanas**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

CAPÍTULO 4

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE SANTA CATARINA – ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO

Data de aceite: 01/07/2020

Adelcio Machado dos Santos

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-Doutor em Gestão do Conhecimento (UFSC). Docente, pesquisador orientador nos Programas de Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” em Desenvolvimento e Sociedade e em Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (Uniarp).

Adriana Silva

Advogada. Assessora da Secretaria de Estado da Saúde.

RESUMO: O problema heurístico da pesquisa ora em curso consiste em discutir a abordagem contemporânea outorgada à educação na sociedade brasileira, sobretudo às ideias de educação como fomentadora de competitividade econômica em Santa Catarina, desdobrado nos seguintes objetivos específicos: Apontar as funções da educação no desenvolvimento ou do papel da educação na transformação das estruturas econômicas e sociais, no estímulo ao avanço tecnológico ou na sua atuação como investimento e apresentar a percepção dos alunos e servidores, em relação ao tema deste estudo, desenvolvidos na Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina (ESP/SES/SC); Identificar a importância do processo de trabalho desenvolvido pela educação brasileira e sua magnitude no contexto social, focando no elemento economia. A análise dessas categorias e a identificação da sua presença na pedagogia

contemporânea podem constituir-se, sem dúvida, num grande programa a ser desenvolvido hoje em torno das perspectivas atuais da educação, em especial, voltados à educação especialista, com a formação de mão de obra profissional e técnica, mas também é importante sua influência sobre a inversão tecnológica, a difusão de inovações, a aptidão empresarial, os padrões de consumo, a propensão à poupança, a adaptabilidade a mutações econômicas e a participação ativa dos distintos setores sociais nas tarefas do desenvolvimento. Não se pretende aqui dar respostas definitivas, porém pretende-se iniciar um debate sobre as perspectivas atuais da educação, sem a intenção de, com isso, encerrá-lo.

PALAVRAS-CHAVE: Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina (ESP/SES/SC. Trabalho, Análise.

ABSTRACT: The heuristic problem of the research now underway is to discuss the contemporary approach to education in Brazilian society, especially to the ideas of education as a driver of economic competitiveness in Santa Catarina, unfolded in the following specific objectives: To point out the functions of education in development or development. role of education in the transformation of economic and social structures, in stimulating technological advancement or in its performance as an investment and presenting the perception of students and civil servants, in relation to the theme of this study, developed at the School of Health Training in Santa Catarina (ESP / SES / SC); Identify the importance of the work process

developed by Brazilian education and its magnitude in the social context, focusing on the economy element. The analysis of these categories and the identification of their presence in contemporary pedagogy can undoubtedly constitute a major program to be developed today around the current perspectives of education, in particular, aimed at specialist education, with the training of hand in hand. professional and technical work, but its influence on technological inversion, the diffusion of innovations, entrepreneurial aptitude, consumption patterns, propensity to savings, adaptability to economic changes and the active participation of different social sectors in the tasks is also important development. It is not intended here to give definitive answers, but it is intended to initiate a debate on the current perspectives of education, without the intention of ending it.

KEYWORDS: Health Training School of Santa Catarina (ESP / SES / SC. Work. Analysis.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente, configura-se consenso quanto à relação direta entre educação e desenvolvimento econômico, ou seja, entre o enriquecimento das nações e seu grau escolar, entre o progresso econômico e a capacidade criadora e transformadora de seu povo. Neste sentido, a política educacional está relacionada diretamente com o contexto e a organização política de cada sociedade, e o seu perfil depende em grande parte desse aspecto da sociedade em que ela se processa.

A política educacional deve assegurar o direito à educação para todos os cidadãos. Junto a outras políticas sociais asseguradoras de seus respectivos direitos, ela tem, por fim, proporcionar condições mais igualitárias de vida, proporcionando oportunidades iguais de existência para todos.

Pode-se dizer que o financiamento da educação básica se refere aos usos e controle da aplicação dos recursos financeiros no grau da educação escolar brasileira que abrange a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio. Assim, o papel que a educação pode desempenhar no desenvolvimento econômico é mais evidente em relação com a formação de mão de obra profissional e técnica, mas também é importante sua influência sobre a inversão tecnológica, a difusão de inovações, a aptidão empresarial, os padrões de consumo, a propensão à poupança, a adaptabilidade a mudanças econômicas e a participação ativa dos distintos setores sociais nas tarefas do desenvolvimento. Por este ângulo, o conhecimento tem espaço sólido em qualquer projeção que se faça do futuro. Á vista disso, há um consenso de que o desenvolvimento de um país está vinculado à qualidade da sua educação.

É diante deste enfoque que as possibilidades para a educação são otimistas e, assim sendo, busca-se neste estudo de caso compreender a educação no contexto da globalização e da era da informação, apontando o questionamento de como permanecerá o enfoque da educação, tendo como bases as categorias fundantes para o futuro? Existem muitos outros desafios para a educação. Apenas a reflexão crítica não basta, como também não basta à prática sem a reflexão sobre ela, porém dentro de uma visão otimista e crítica

para uma análise em profundidade daqueles que se interessa por uma educação voltada para o futuro.

21 EDUCAÇÃO

A educação visa ao alcance de um conjunto de normas éticas e morais. Sendo assim, a grande importância dos ensinamentos de normas, éticas e morais, está no fato de que elas constituem princípios básicos da vida social, sem os quais a sociedade se autodestrói através dos tempos, podendo redundar após duas ou três gerações, na cristalização de causas inarredáveis, de patologia social, tais como violência, prevaricação, delinquência, irresponsabilidade e horrores sociais.

É indiscutível a importância da educação para o progresso de uma nação, seja ela desenvolvida ou esteja em vias de desenvolvimento. Economistas, sociólogos e outros intelectuais, a par de agentes políticos, com unanimidade professam tal ponto de vista, quer como utilização eficaz dos recursos humanos, quer como inversão de capital com rendimentos passíveis até de mensuração.

Todavia, malgrado a conscientização geral, estão ainda no início os estudos a respeito das funções da educação no desenvolvimento ou do papel da educação, na transformação das estruturas econômicas e sociais, no estímulo ao avanço tecnológico ou na sua atuação como investimento.

Cavalcanti (2002) discorre sobre o tema defendendo que mesmo considerando a ampla oferta de meios de comunicação social extraescolar, ainda assim há espaço para a escola na sociedade tecnológica e da informação. Isto por que, segundo o autor, ela cumpre funções que não são providas por nenhuma outra instância, ou a de prover formação geral básica capacidade de ler, escrever, formação científica, estética e ética, desenvolvimento de capacidades cognitivas e operativas.

O mesmo autor vai mais longe, alerta que os ensinamentos dados nas escolas precisam ser revistos, atualizados. Isto porque, ela não dispõe o monopólio do saber, uma vez que a educação acontece em muitos lugares, como a família, os meios de comunicação, as empresas, os clubes, as academias de ginástica, os sindicatos.

As próprias cidades vão se transformando em agências educativas à medida que os espaços e os equipamentos urbanos, as formas participativas de gestão dos recursos financeiros, os programas culturais e de lazer etc., são estas tipicamente práticas educativas.

Para Cleaver (1981) a capacidade do trabalhador vai além de ser para ele apenas um valor de troca, pois é também, valor de uso, de quando ele se organiza para lutar contra a exploração, por melhores condições de trabalho e de vida; quando utiliza sua capacidade de pensar e de se organizar em seu próprio benefício. É diante desses entendimentos que o trabalhador se organiza para lutar pelos seus direitos, no intuito de condições melhores de trabalho e de finanças.

A forma pela qual a educação vem sendo abordada na sociedade brasileira, têm variado historicamente, levando em conta a ideia defendida por Durkheim (1975). Segundo os ensinamentos defendidos pelo autor, a educação é um método de socialização que agrega os indivíduos no contexto social e, por conseguinte, varia segundo o tempo e o meio.

A educação se inscreve entre as necessidades vitais da sociedade democrática, por constituir o único meio legítimo de participação de todos em tudo. Além disso, outro aspecto importante a ser destacado é sobre a economia da educação.

Segundo Reis (2016), em seu livro *Economia da Educação: geração de valor para a sociedade*, o autor apresenta algumas considerações sobre os valores que a educação agrega à sociedade, tanto na geração de riqueza como no desenvolvimento da nação, apresentando sugestões voltadas à melhoria da produtividade e o aumento da competitividade das instituições de ensino superior, públicas e privadas.

Dentre suas sugestões, Reis (2016) destaca que o valor da educação impacta em diversas dimensões, como na capacidade de criar empregos e somar valor aos salários dos que possuem ensino superior, nos investimentos em infraestrutura, na pesquisa, inovação e tecnologia e, em especial, na capacidade de transformação social. Para o autor, a educação deve ser pensada como política de Estado e não de governo.

Nesta linha, é considerável acrescentar, que a qualidade da educação em qualquer país depende, em parte, da sua economia. Isto posto, vale lembrar que os investimentos aplicados em educação proporcionam alcance melhores níveis de desenvolvimento geral, inclusive, e principalmente, na educação da população. Até por que, quando há falta de recursos suficientes para investir nesta área, os prejuízos são imensuráveis, que vão desde a falta de infraestrutura nas escolas, carência de material didático, salários irrisórios para os profissionais da educação, etc., que acabam por provocar, também, elevado nível de evasão escolar, levando muitos desses alunos a seguir caminhos opostos, dentre eles, cometerem crimes, ser usuários de drogas, ou até mesmo, participar das estatísticas de extrema pobreza.

A respeito do tema, vale destacar o que preconiza as estatísticas. Em 2007, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a evasão escolar é um grande desafio para as escolas, país e para o sistema educacional.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP), de 100(cem) alunos que ingressam na escola na 1ª série, apenas 5(cinco) concluem o ensino fundamental, ou seja, apenas 5(cinco) terminam a 8ª série.

Queiroz (2011) destaca que a evasão escolar, que não é apenas um problema exclusivo das escolas, mas sim, uma questão nacional que vem ocupando relevante papel nas discussões e pesquisas educacionais no cenário brasileiro. Deste modo, as questões do analfabetismo e da não valorização dos profissionais da educação manifestam-se na baixa remuneração e nas precárias condições de trabalho. Devido a isso, educadores

brasileiros, cada vez mais, vêm preocupando-se com as crianças que chegam à escola, mas que nela não permanecem.

2.1 Desenvolvimento Econômico

Os problemas da Economia da Educação ou da aplicação da análise econômica para a escolarização estão ainda para ser devidamente equacionados, embora vários economistas hajam manifestado interesse pelos problemas educacionais. Apenas recentemente é que alguns autores começaram a pesquisar assuntos tais como produtividade e lucros da educação, indicadores quantitativos do desenvolvimento do capital humano e outros.

Na época atual, os economistas vêm acentuando a relação direta entre educação e desenvolvimento econômico, ou seja, entre o enriquecimento das nações e seu capital humano, entre o progresso econômico e a capacidade criadora e transformadora de seu povo.

O interesse dos economistas pela análise da relação entre educação e desenvolvimento foi recentemente estimulado pelo estudo de alguns exemplos de rápido desenvolvimento de países pobres em recursos naturais, mas ricos em recursos humanos, isto é, com elevado nível educacional.

A respeito do tema, Mello (1998) discorre que a educação passa a desempenhar, junto com as políticas de ciência e tecnologia, espaço central e articulado na ponta das macropolíticas do Estado, sendo fator significativo para a qualificação dos recursos humanos exigidos pelo novo padrão de desenvolvimento no qual a produtividade e a qualidade dos bens, e produtos são decisivos para a competitividade internacional. Ademais, segundo o autor, a educação não garante a justiça social, nem a eliminação da violência, o respeito ao meio ambiente, o fim das discriminações sociais, porém ela é, sem dúvida, parte indispensável do esforço para tornar as sociedades mais igualitárias, solidárias e integradas.

Recentemente, alguns economistas começaram a se dedicar especialmente ao estudo da aplicação da análise econômica à educação, para medir a importância do capital humano no desenvolvimento, os lucros da educação a curto, a médio e em longo prazo, sua produtividade, as despesas com a educação, as finanças do sistema educacional, a contabilidade da educação, entre outros.

É possível que muitas políticas educacionais, na teoria, tenham como objetivo transformar, através da educação, os indivíduos e a sociedade em algo melhor. Todavia, ao se concretizarem, ao se materializarem, elas podem desencadear um processo que não é ensino, mas sim deseducação. A política educacional ajuda a formar tipos de seres humanos, visa assegurar a sobrevivência dos tipos de sociedade. É justamente nesse momento, que a política educacional revela sua dupla face: política e econômica.

Nesta linha, Osborne e Gaebler (1994) acrescentam que a busca por mudanças

estruturais e revolucionárias, que descentralizam a autoridade, reduzem a hierarquia, estimulam parcerias e privilegiam a qualidade com foco nos clientes, visando elevar a competitividade nos novos mercados globais que se configuram, tem sido mais intensa em vários segmentos da sociedade, dentre elas, empresas, organizações não governamentais, que procuram se tornar mais flexíveis, inovadores e empreendedores para fazer frente aos desafios da modernidade.

À medida que um país se desenvolve, ele passa a depender menos dos recursos naturais e cada vez mais da tecnologia e do trabalho qualificado. Formação profissional, tecnologia e desenvolvimento econômico-social são situações e atitudes, que se integram ou ainda termos de uma equação. A educação oferece ao educando algumas opções, sejam elas em função do grau do ensino, sejam em função da escolha da especialização. (BAPTISTA FILHO, 1975)

Nesta linha, vale ainda acrescentar que o papel que a educação pode desempenhar no desenvolvimento econômico é mais evidente, em relação à formação de mão de obra profissional e técnica, mas também é importante sua influência sobre a inversão tecnológica, a difusão de inovações, a aptidão empresarial, os padrões de consumo, a propensão à poupança, a adaptabilidade a mudanças econômicas e a participação ativa dos distintos setores sociais nas tarefas do desenvolvimento.

Por sua tendência conservadora e sua estreita vinculação, com a estrutura social existente, os sistemas educativos podem favorecer a perpetuação de atitudes pouco propícias ao desenvolvimento econômico. (ECHEVARRÍA et al., 1967)

Destarte, é evidente o alto valor econômico de escolarização eficaz para todas as crianças. Tal educação proporciona ao indivíduo, as condições mínimas para participar na economia moderna, como produtor e consumidor, e para receber formação profissional, na escola ou no trabalho mesmo.

Os benefícios econômicos, que se obtêm da educação primária universal eficaz são praticamente incalculáveis. Como constituem um melhoramento para toda a população, não podem ser avaliados tão somente pelas diferenças nos níveis de renda ou pela necessidade de contar com aptidões determinadas.

Do ponto de vista econômico, um país que inicia seus esforços de desenvolvimento, com um sistema escolar rudimentar poderia conceder uma prioridade demasiado alta à expansão da educação primária, em relação a outros níveis de educação. Ademais, o desenvolvimento econômico e o educacional não devem ser coerentes. O serviço educativo deve prover o país de conhecimentos técnicos e de um grau de evolução cultural, que favoreça o crescimento da população e o melhoramento do nível de vida de seus habitantes.

Schmitz (1984) sustenta, que a formação da educação superior, pautada em ensino, pesquisa e extensão, deve também promover a unidade nacional, procurando desenvolver, por meio da pesquisa científica, soluções para problemas que afetam a nação.

Morin (1998) destaca que o conhecimento produzido pela ciência tem grande

valor na sociedade, uma vez que é um conhecimento verificado, considerado de extrema precisão, que conduz a grandes descobertas no universo. Ao mesmo tempo, este mesmo conhecimento científico, com suas qualidades (elucidativo, conquistador e triunfante), não só soluciona problemas, mas também permite o desenvolvimento de problemas graves. Em outros termos, o mesmo conhecimento científico que produz, à ação que determina, à sociedade que transforma, traz possibilidades terríveis de subjugação.

A revolução tecnológica digital e o surgimento da sociedade da informação terminam por afetar todas as atividades humanas. Por conseguinte, é preciso que os indivíduos, passivos e fascinados pelas inovações, tornem-se cada vez mais ativos no intento de assegurar seus direitos diante do poderio das novas tecnologias, evitando que se sintam invadidos pelo mundo digital das infovias. (SANTOMÉ, 1998).

Diante dessas expectativas, Teixeira (1999) acrescenta que a educação fundamental é vista como sendo o patamar inicial para o triunfo da cidadania social, sabendo-se, entretanto, que ela só será de fato praticada com a universalização da educação básica.

Em que pese à educação integrar o indivíduo ao meio social, bem como lhe proporcionar uma maior capacidade de independência, é imperioso assinalar que a educação, sempre tem uma importância voltada à questão social, ainda que essa propositura assuma sentidos diversos no decorrer da história.

Nesse sentido, elevar a classe trabalhadora discorre, para além do trabalho assalariado, que lhe garante parte da sobrevivência, o trabalho realizado fora das empresas, como por exemplo, trabalhos realizados em sua residência – domésticos, nas unidades de saúde que garantem a saúde do trabalhador, nas instituições de lazer e de consumo, que oportuniza a reposição de suas energias e nas instituições de ensino que age diretamente na qualificação necessária para o exercício do trabalho.

Doray e Pelletier (1999) discorrem que a educação está em fase de transformações no modo de produção do conhecimento, esta que se vinculam à mundialização da economia, no progresso dos saberes ou da informação e à introdução das mudanças tecnológicas no processo de produção. Segundo as autoras, estas transformações, aliadas à reformulação do papel do Estado que decrescem os recursos públicos indispensáveis à educação, sugerem uma racionalidade econômica que se faz sentir na pesquisa universitária, com a passagem de uma política da ciência para uma política da inovação.

Visto isso, consagramos um tempo de expectativas, de perplexidade e da crise de concepções e paradigmas não apenas porque se inicia um novo milênio ¼ época de balanço e de reflexão, época em que o imaginário parece ter um peso maior.

O ano 2000 exerceu um fascínio muito grande em muitas pessoas. Paulo Freire dizia que queria chegar ao ano 2000 (acabou falecendo três anos antes). É um momento novo e rico de possibilidades. Por isso, não se pode falar do futuro da educação sem certa dose de cautela. É com essa cautela que serão examinadas, neste artigo, algumas das perspectivas atuais da teoria e da prática da educação, apoiando-se naqueles educadores

e filósofos que tentaram, em meio a essa perplexidade, apesar de tudo, apontar algum caminho para o futuro.

A perplexidade e a crise de paradigmas, não podem se constituir num álibi para o imobilismo.

A virada do milênio é razão oportuna para um balanço sobre práticas e teorias que atravessaram os tempos. Falar de perspectivas atuais da educação é também falar, discutir, identificar o espírito presente no campo das ideias, dos valores e das práticas educacionais que as perpassa, marcando o passado, caracterizando o presente e abrindo possibilidades para o futuro.

Algumas perspectivas teóricas que orientaram muitas práticas poderão desaparecer, e outras permanecerão em sua essência. Quais teorias e práticas fixaram-se no *ethos* educacional, criaram raízes, atravessaram o milênio e estão presentes hoje?

Para entender o futuro é preciso revisitar o passado. No cenário da educação atual podem-se destacar algumas pegadas, alguns marcos, que persistem e poderão persistir na educação do futuro.

3 | METODOLOGIA

Para a construção do trabalho serão utilizadas técnicas de metodologia que possibilitam o alcance dos objetivos propostos no estudo.

Neste estudo de caso, será utilizada a pesquisa qualitativa, descritiva, justificando-se pelo fato de se tratar de uma pesquisa de caráter exploratório e a Entrevista em Profundidade, baseada por meio de Levantamento Documental.

Foi realizada pesquisa de campo e entrevista com os alunos e professores do curso em andamento com o tema “Saúde do Trabalhador”, junto a Escola de Saúde Pública, vinculada a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (ESP/SES/SC).

O Estudo de Caso teve seu início com uma visita a Escola de Saúde Pública, após contato prévio com a gerente administrativa, que organizou uma reunião com a equipe que constroem e coordena os cursos de especialização ministrados nesta instituição.

Foram realizados 3 encontros, sendo a primeira com a participação do grupo, e as duas subsequentes, para entrevistas individuais com servidores, e ainda coletas de materiais para pesquisa documental, que foi realizado nos dias 02, 03, 04 de outubro de 2018.

A pesquisa está embasada em um estudo de caso e para a sua elaboração foi utilizado à pesquisa qualitativa, descritiva, entrevista em profundidade e pesquisa bibliográfica. Busca-se através do levantamento de dados a serem pesquisados obter resultados que venham sinalizar resposta ao tema do papel da escolarização no desenvolvimento econômico, compreendendo a educação no contexto da globalização e o da informação, além da educação como fomentadora de competitividade em Santa Catarina.

O estudo de caso tem como base os seguintes sujeitos: servidores da Escola de Saúde Pública e os alunos matriculados nos cursos em andamento.

O estudo de caso realizado, através do método qualitativo difere entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Por meio da abordagem qualitativa utilizada neste estudo de caso, será possível obter informações referentes ao tema, buscando aperfeiçoar o desenvolvimento do tema.

Com relação aos tipos de pesquisa, será utilizada a pesquisa descritiva que tem o objetivo de observar os dados, analisá-los e interpretá-los com o intuito de obter as informações referentes ao presente estudo.

Este trabalho está apresentado da seguinte forma:

Capítulo 1 - iniciamos com a Introdução e a Metodologia;

Capítulo 2 - apresenta uma breve introdução da Referência Teórica sobre o tema estudado;

Capítulo 3 - Apresentação e Análise dos Dados, contemplando um breve relato do contexto histórico sobre a educação, desenvolvimento econômico, tendo como base a realidade observada na Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, vinculada a Secretaria de Estado da Saúde (ESP/SES/SC), com propostas de solução, de melhoria, resultados esperados e viabilidade da proposta sugerida;

Capítulo 4 - Considerações Finais;

Capítulo 5 - Referências Bibliográficas.

4 | APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados adotados neste trabalho são descritos no quadro a seguir.

Instrumento de coleta de dados	Universo pesquisado	Finalidade do Instrumento
Entrevista	Servidores do quadro da Secretaria de Estado da Saúde de SC, vinculados a ESP/SES/SC.	Identificar os métodos desenvolvidos pelos profissionais da SES, em relação a educação na sociedade, sobretudo, como fomentadora de competitividade econômica em SC.

Observação Direta ou dos participantes	Por ser tratar de uma escola de governo, onde existem diversos profissionais de diversas áreas, é necessário identificar todo o cenário apresentado. Situações observadas: aluno x preceptor, material didático, avaliações (professor e alunos), aplicações no cotidiano.	Verificar o processo de trabalho desenvolvido pela escola frente a execução das atividades desenvolvidas na instituição e sua aplicabilidade na economia do Estado.
Documentos	Formulários de entrevista com os envolvidos, análise documental (pesquisas de avaliação feita pelos alunos), pesquisa bibliográfica.	Observar os dados, analisá-los e interpretá-los com o intuito de obter as informações referentes ao presente estudo.
Dados Arquivados	Os documentos avaliados e pesquisados serão realizados através de avaliação presencial feita no início e final de cada curso desenvolvido pela instituição de ensino.	Fazer um comparativo entre as atividades desenvolvidas e o grau de satisfação dos envolvidos no processo de ensino aprendizagem e o que isso acrescenta na economia de Santa Catarina.

Quadro 1- Fluxograma das atividades desenvolvidas no local de pesquisa.

Fonte: Informações do pesquisador. Outubro/2018.

4.1 Contexto Histórico

A concepção da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina está associada a três momentos distintos: concepção do Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (CEDRHUS), incorporação do CEDRHUS à Diretoria de Administração de Recursos Humanos com a denominação de Gerência (GEDRHUS), conforme determina a Lei Complementar nº 284, de 2005, revogada pela Lei

Complementar nº 381, de 2007. (SC, 2007; 2005) Em 1992, sob a coordenação da Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Diretoria de Administração de Pessoal da SES/SC e da assessoria da Organização Pan-americana da Saúde e do Ministério da Saúde iniciou-se o processo de criação do CEDRHUS, através da Lei Complementar nº 091/93. (SC, 1993)

O CEDRHUS tinha por objetivo geral planejar e executar a Política Estadual de Desenvolvimento de Recursos Humanos, em articulação com a Política Estadual de Saúde, visando garantir a qualidade e a humanização do atendimento dos serviços de saúde.

Em 1999, início de uma nova gestão estadual, o CEDRHUS foi incorporado à Diretoria de Administração de Recursos Humanos com a denominação de Gerência (GEDRHUS). A alteração organizacional, entretanto, não modificou as competências das três estruturas

básicas do antigo CEDRHUS.

A constituição da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (ESP/SES/SC) inicia-se a partir da Reforma Administrativa do Estado, culminando na Lei Complementar nº 284, de 2005, revogada pela Lei Complementar nº 381, de 2007. (SC, 2007; 2005) A lei institui um novo desenho organizacional que estabelece uma hierarquia que contempla os seguintes níveis: Superintendência de Gestão do SUS (SUG); Diretoria de Desenvolvimento Humano (DIDH); Gerências da Escola de Saúde Pública (GEESP) e da Escola de Formação Técnica em Saúde (GEFOS), sendo esta já existente na estrutura anterior.

A Escola de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina (ESP/SES) tem endereço à Rua Esteves Júnior, 360, Florianópolis/SC, andar térreo, anexo I, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Em seu quadro de Recursos Humanos possui 12 profissionais, entre especialistas, mestres e doutores, voltados a Educação em Saúde, dentre eles, 01 bibliotecário, 01 psicóloga, 01 dentista, 01 farmacêutico, 03 enfermeiros, 01 pedagoga, 01 administrador, 01 engenheiro, 01 arquiteto, 01 secretária escolar, 01 geógrafo e 03 estagiários de nível superior das instituições de ensino credenciadas a esta secretaria de saúde (cursos direito, biblioteconomia e administração). (ESP/SES, s./d.)

Além disso, para a programação e elaboração de cursos específicos, a escola conta com empresas contratadas, via edital de licitação, para complemento de outros profissionais especialistas nas áreas dos cursos oferecidos pela escola. O organograma da escola esta definido da seguinte forma: Gerência, Conselho Consultivo, assistente, divisão de pesquisa, divisão de desenvolvimento profissional, divisão de gestão escolar, divisão de documentação. (ESP/SES, s./d.)

Sua missão é promover o estudo sistemático da saúde coletiva visando à construção, acompanhamento e avaliação de estratégias voltadas ao ensino, no âmbito do SUS em Santa Catarina, com ênfase na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, contribuindo para a formação de cidadãos capazes para atuar de maneira ética e humanizada. (ESP/SES, s./d.) A ESP/SES/SC oferece cursos técnicos, pós-técnicos, especialização e capacitações voltados para a área da saúde.

O objetivo geral traçado pela ESP é promover a educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, visando à produção do conhecimento e o aprimoramento do sistema, contribuindo para a efetivação do direito à saúde do cidadão. (ESP/SES, s./d.)

Os objetivos específicos são: promover a adequação do espaço físico e do quadro de pessoal; promover o aprimoramento constante do Projeto Político Pedagógico; estabelecer um canal de comunicação efetiva entre a escola e os membros do Conselho Consultivo; buscar junto a SES os recursos humanos necessários para o desenvolvimento das atividades; realizar cursos lato sensu e de capacitação; implantar estratégias de avaliação

de egressos dos cursos e realizar pesquisas de interesse da saúde coletiva. (ESP/SES, s./d.) Eixos Norteadores defendidos pela ESP/SES: a) Gestão do Trabalho no SUS;

- a. Atenção na Saúde;
- b. Controle Social;
- c. Vigilância em Saúde;
- d. Humanização como política transversal.

4.2 Processo de Trabalho no Campo de Pesquisa

O ingresso do pesquisador no campo de estudo, se deu em 02(dois) períodos distintos.

A primeira fase ocorreu no dia 02 de outubro de 2018 com uma visita na Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP/SES/SC), agendada com a Gerente da escola.

O motivo desta primeira visita foi de conhecer o campo de pesquisa, a equipe e o processo de trabalho desenvolvido pela escola. A Gerente, como também toda a equipe, se mostrou disposta a colaborar com a pesquisa, entregando cópia de documentos e folders, desenvolvidos pela equipe com informações sobre o processo de trabalho, divulgações de novos cursos e orientações aos alunos. Diante desta documentação e acesso à página da escola, pode-se realizar a pesquisa com maior relevância, incluindo novas informações nos questionários e perguntas elaboradas para a segunda fase de visita na escola ESP/SES/SC.

A segunda visita ocorreu nos dias 03 e 04 de outubro de 2018, onde se agendou entrevista com alguns servidores da ESP/SES/SC, dentre eles, a Gerente da ESP, Divisão de Pesquisa, Secretária Escolar, responsável pelo Ensino a Distância (EaD) e Apoio Pedagógico.

Primeiramente ocorreu uma conversa com cada envolvido e, após esta fase, foi solicitado o preenchimento de um questionário elaborado pelo pesquisador, a fim de compreender todo o processo de trabalho, desenvolvido por estes profissionais. Além disso, foi concedido espaço para pesquisa documental da escola, como por exemplo, dados de cursos, monografias, artigos publicados em revista específica da escola, reclamações, opiniões e sugestões dadas pelos alunos, processo seletivo, escolhas dos temas e dos cursos, metodologia usada e novas propostas de trabalho.

Ao realizar a pesquisa de campo, com entrevista e análise documental da ESP/SES/SC, pode-se observar que estas políticas voltadas à economia brasileira, em destaque, a de Santa Catarina se encontram presentes, não somente nos diagnósticos apresentados e defendidos pelos servidores desta instituição, como também de seus colaboradores e de seus alunos matriculados no curso, em especial, objeto deste trabalho que são (Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão do Trabalho).

No entanto, percebe-se, após entrevistas realizadas com os profissionais dessa escola, que existe uma limitação nos processos de trabalhos por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), citando como exemplo, dificuldade de contratar profissionais habilitados e capacitados, uma vez que, em determinados cursos há necessidade de contratação de técnicos de áreas específicas, demora nos processos licitatórios, saída de profissionais para o processo de aposentadoria sem a devida reposição, ou quando há, não existe qualificação, tão pouco treinamento rápido para assumir determinadas áreas específicas.

Quanto as dificuldades descritas pelos alunos matriculados nos cursos específicos, através de pesquisa de satisfação ou formulários de reclamações/sugestões analisadas, existem poucas aulas práticas, deixando os cursos muito teóricos, necessidade de realizar mais cursos EaD tendo em vista os deslocamentos de profissionais de regiões fora da capital, o que facilitaria todo o processo de aprendizagem, deixando apenas espaços para dúvidas e treinamentos práticos.

Além disso, agilidade nos processos de implantação dos cursos, em especial, os pós-técnicos (cursos de reciclagens que são realizados pela ESP/SES/SC com atualização de novos temas e legislações), a fim de colocar em práticas novas técnicas ou cumprimentos de legislações vigentes, como também treinamentos para casos de epidemiologia (surto de doenças) e outros afins.

4.3 Proposta de Melhoria da Realidade Estudada

De acordo, com os estudos bibliográfico e documental, pesquisa de campo e entrevista, percebe-se que algumas ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) são efetivadas, com abordagens contemporâneas dadas a educação na sociedade brasileira, sobretudo, com ideias de educação como fomentadora de competitividade econômica, em que pese tratar-se de processos voltados a área da saúde pública de Santa Catarina.

No entanto, após análise nas pesquisas documentais e pesquisa de satisfação, os entrevistados e os alunos que frequentam os cursos ofertados por esta escola, entendem que podem ocorrer melhoras por parte da escola quanto aos temas, a metodologia desenvolvida, com o aproveitamento de recursos tecnológicos, aperfeiçoando ainda mais todas as atividades desempenhadas pelos profissionais que recebem estes treinamentos.

De acordo, com os servidores entrevistados, para a implantação e realização de alguns cursos, há a necessidade de financiamento federal, e, caso isso ocorra, esta instituição pública poderá melhorar o seu processo de trabalho, como por exemplo, maior planejamento e acompanhamento de seus processos, utilizando fórmulas e recursos de informática que facilitam o bom andamento de suas atividades.

Segundo os servidores entrevistados na ESP/SES/SC, as aberturas de cursos, de

vagas, processos licitatórios ainda ocorrem de forma lenta, necessitando a sua impressão, assinaturas de vários envolvidos, levando estes documentos de um setor para o outro, e, somente após toda essa tramitação é que chega a gerência de contratação de processos, ou ainda, na gerência financeira para liberação de recursos.

Nestes exemplos acima citados, não podemos deixar de mencionar que em alguns órgãos públicos, ocorreu a implantação de processo de informatização, sendo este fundamental para todo o desenvolvimento e sucesso nas suas atividades.

Aqui vale lembrar, que o Poder Judiciário, não somente em Santa Catarina, como também a nível nacional, vem implantando de forma sistemática essa nova atividade, facilitando a todos os envolvidos, com agilidade e rapidez, não somente no envio de documentos judiciais, como também no seu acesso a publicações de decisões e requerimentos, onde cada envolvido (advogados, juízes e os próprios servidores do judiciário), conseguem realizar seus trabalhos de forma ativa e simples.

Assim, para qualificar e aperfeiçoar, ainda mais os processos de trabalhos, com a ideia de melhorar a eficácia e a redução do desperdício de recursos públicos, existem soluções rápidas e que podem dinamizar todo esse processo de trabalho desenvolvido pela SES/SC e que, somente com a implantação de novas tecnologias e mudança no comportamento dos gestores, podem eliminar todo esse excesso de desperdício de trabalho.

Além do que, toda a cadeia estando interligada, facilita o acompanhamento das demandas e cobranças na sua implantação e desenvolvimento de seus trabalhos, o que fortalece toda a economia voltada à área da educação e da saúde, constatada na pesquisa.

Outros pontos, em destaque, foram às demandas solicitadas pelos alunos dos cursos em andamento. Que reiteradamente, solicitam a implantação de novos cursos na modalidade EaD, pelo menos parte da disciplina teórica, o que facilita os estudos e a eliminação de gastos públicos, já que os servidores são dispensados de suas atividades para frequentar cursos na ESP/SES/SC.

Os alunos referem também, que há excesso de gastos, com impressão de textos, de contratações de professores na modalidade presencial, internet, luz, funcionários da limpeza, dentre outros serviços. Os alunos também sugerem novos temas atuais, como por exemplo, processo sustentável, equilíbrio ambiental e qualidade de vida. Temas não somente nas atividades educativas como também nas suas rotinas de trabalho, cursos com processos menos onerosos e retrabalhos, pois de nada adianta suscitar programas novos, temas novos, cursos de aperfeiçoamento, se a prática é outra.

4.4 Resultados Esperados

Após análise e pesquisas realizadas na ESP/SES, referente a todo trabalho desenvolvido por seus profissionais e sugestões dadas pelos alunos que frequentam os dois cursos momento da pesquisa na escola, espera-se que as propostas delineadas

pelos servidores, alunos e a proposta apresentada nesse trabalho, que ocorra o processo de informatização de toda a cadeia de trabalho, assim como a implantação de cursos na modalidade EaD, investimentos na área da tecnologia, sejam efetivamente implantados, com o aumento inclusive de novos participantes, facilitando a multiplicação de saberes, que efetivamente atinja toda a cadeia de serviços prestados a população, que depende de saúde gratuita.

4.5 Viabilidade da Proposta

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se constituído um grande desafio para os gestores, profissionais da saúde e a sociedade como um todo. Isto por que, os caminhos traçados durante estas fases de funcionamento e apresentação de novos modelos de trabalhos são bastante variados e ricos nos diferentes aspectos e cenários de construção deste cenário, quando tratamos com saúde, este cenário se torna ainda mais criterioso.

Com o propósito de melhorias de seus serviços, faz-se necessário a implantação de políticas educacionais, que venham a estimular o melhoramento dos serviços oferecidos a população em geral, sem que para isso, ocorram desperdícios de recursos públicos.

Deste modo, após a realização deste estudo de caso e pesquisas bibliográficas e documentais, percebe-se que as propostas aqui apresentadas não demandam custos elevados, bem pelo contrário, com a implantação de processos informatizados, os trabalhos executados pelos servidores deste órgão facilita a execução de suas atividades diárias, melhora o acesso aos demais órgãos competentes, oportuniza a inclusão de novos cursos e de participantes, inclusive, com novos cursos na modalidade à distância.

Ademais, o processo de trabalho que requer repetição de seus atos, anulação, retificação de documentos, torna-se ineficaz, inseguro e burocrático e cheio de incertezas.

Campos et al. (2010) afirmam que planejar é tão somente pensar antes e durante a ação. A respeito do tema, o Ministério da Saúde, fonte financiadora de alguns cursos implantados na ESP/SES/SC, tem se posicionado a respeito desse tema, quando descreve que sobre os aspectos técnicos, político e ideológico que envolve a saúde, torna-se imperioso buscar um novo modelo assistencial que de sentido prático e respostas as necessidades concretas da população. (BRASIL, 2007)

Nesta linha, o profissional, ao buscar realizar seus projetos ou aplicá-los no seu dia a dia de trabalho, precisa traçar um planejamento para alcançar suas metas, cujas ações são primordiais para a sistematização dos programas de saúde a serem oferecidos a todos os usuários do SUS. Conforme, determinam às diretrizes do Ministério da Saúde, os profissionais de saúde, no seu âmbito, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual, como também coletivo. (BRASIL, 2007)

No entanto, existem diferentes maneiras de pensar, de planejar e de executar, o

que difere uns dos outros e o modo de trabalho, mas com objetivo de que o resultado do trabalho seja satisfatório, a ponto de atingir os objetivos traçados na maior exatidão possível.

É neste sentido, que se observa que as mudanças culturais, estabelecem novas posturas, tanto das organizações como dos prestadores de serviços. Isso nos leva a implantar novas tendências de gestão, que demonstram modelos de competências de como aprender e desenvolver seus trabalhos atendendo aos anseios da comunidade.

Dentre as competências, encontram-se as competências técnicas, relacionadas ao desenvolvimento econômico; as intelectuais relacionadas à produção do conhecimento; as cognitivas relacionadas à capacidade intelectual com domínio cognitivo; a relacionada à habilidade prática, relação e interação; as sociais/políticas que englobam relações e participações em sociedade; as didático-pedagógicas voltados para a educação e ensino; as metodológicas referentes à aplicação de técnicas e meios de organização de atividades de trabalhos e por fim, as de lideranças que unem as habilidades pessoais e conhecimento de técnicas capazes de influenciar e conduzir as pessoas. (RESENDE, 2000)

São nesta esteira, que as sugestões propostas à melhoria do processo de trabalho e de ensino, que foram sugeridas neste presente estudo de caso foram calçadas, a ponto de contribuir com o processo de melhoria na qualidade dos serviços prestados a comunidade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a elaboração deste Estudo de Caso, evidenciou-se a importância dos trabalhos desenvolvidos pela ESPS/SES/SC, em que pese o desenvolvimento de treinamentos aos profissionais da saúde, levando qualidade aos serviços prestados a comunidade atendida pelo SUS.

No entanto, planejar nada mais é do que organizar as atividades de forma clara, objetiva e simples, a ponto de evitar que ocorra execução de trabalhos repetitivos, anulações de atos, caracterizando má qualificação/gestão daqueles que executam suas tarefas, burocratização, além dos gastos em excesso e desnecessários.

Neste sentido, qualificar, modernizar seus atos pode influenciar nas tarefas bem desenvolvidas, surgindo indivíduos capazes de enfrentar novos desafios até a sua efetivação, não podendo deixar de lembrar que a comunicação deve ser um instrumento poderoso no processo de trabalho.

Por meio das coletas de dados (bibliográficos, documentais e visitas in loco), percebeu-se a importância da formação dos profissionais da saúde, com o propósito de executar tarefas que demandam práticas e senso crítico.

No entanto, o desafio de lidar com essas novas provocações requer tempo e estímulos, não somente nos gestores, como também nos indivíduos que formam esta

cadeia. Vale lembrar que a educação permanente, deve ser implantada em todos os seguimentos, não somente na área da saúde, a ponto de ocorrer trocas de experiências e sucesso nos trabalhos desenvolvidos e entregues as comunidades em geral.

Por fim, buscaram-se evidenciar o papel educativo da ESP/SES/SC para a difusão de informações e conhecimentos científicos, processos estes voltados ao paradigma da sustentabilidade, educação como meio de disseminação de conhecimento e competitividade econômica, apoiando-se no desenvolvimento das sociedades modernas.

Vale lembrar que a ciência contribui sobremaneira na produção de conhecimento e inovação para formar cidadãos voltados a prática de formas sustentáveis, no entanto, a ela deve-se somar o campo educacional que é o meio mais fácil de disseminar conhecimento em massa.

O papel da escola em relação à sustentabilidade é de informar aos seus alunos, as descobertas científicas e as inovações tecnológicas, evidenciando e comparando outras formas de pensar e agir sobre o meio ambiente.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA FILHO O. **Economia da Educação, Planejamento e Explosão Demográfica**. São Paulo: Pioneira, 1975.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2007**. Disponível em:< <http://www.inep.gov.br/>> Acesso em: 14 ago. 2016.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CAVALCANTI, Lana de Souza. **Geografia e práticas de ensino**. Goiânia: Alternativa, 2005.

CLEAVER, Harry. **Leitura política e o capital**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

DORAY P., PELLETIER P. Les politiques publiques et l'université : quelques points de repère historiques (1960-1998). In: BERTRAND D. & BEAULIEU P. **La politique des universités**. Québec: Presses de l'Université du Québec, 1999.

DURKHEIM, Émile. **Educação e sociologia**. São Paulo: Edições Melhoramentos, 1975.

ECHEVARRÍA, José Medina; VERA, Oscar; BARAN, Paul A.; et al. **Desenvolvimento, trabalho e educação**. v. 1 Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MELLO, G. N. **Cidadania e complexidade**. São Paulo: Cortez Editora; 1998.

MORIN, Edgar; CIURANA Emílio-Roger; MOTTA, Raúl Domingo. **Educar na era planetária: o pensamento complexo como método e aprendizagem pelo erro e incerteza humana**. São Paulo: Cortez, 2003.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público**. Brasília: MH Comunicação, 1994.

QUEIROZ, L. D. Um estudo sobre a evasão escolar: para se pensar na inclusão escolar. IN: **25ª Reunião da ANPED**, 29 de setembro a 02 de outubro de 2002, Anais..., Caxambu (MG): ANPED, 2002.

REIS, Fábio (Org.). **Economia da educação: geração de valor para a sociedade**. São Paulo: Cultura, 2016.

RESENDE, E. **O livro das competências. Desenvolvimento das competências**: a melhor autoajuda para as pessoas organizações e sociedade. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

SANTA CATARINA. Lei complementar n. 381, de 07 de maio de 2007. Dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da administração pública estadual. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina** de 25 de julho de 2007. Disponível em:

<http://leisestaduais.com.br/sc/lei-complementar-n-381-2007-santa-catarina-dispoesobre-o-modelo-de-gestao-e-a-estrutura-organizacional-da-administracao-publicaestadual-2018-03-14-versao-compilada>

_____. Lei complementar n. 284, de 28 de fevereiro de 2005. Estabelece modelo de gestão para a administração pública estadual e dispõe sobre a estrutura organizacional do poder executivo. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina** n. 17.682 de 19 de julho de 2005. Disponível em:

<<http://leisestaduais.com.br/sc/lei-complementar-n-284-2005-santa-catarina-estabelecemodelo-de-gestao-para-a-administracao-publica-estadual-e-dispoe-sobre-a-estruturaorganizacional-do-poder-executivo>> Acesso em: 10 mar. 2018.

_____. Lei complementar n. 091, de 09 de julho de 1993. Cria o Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde – CEDRHUS, alterando a estrutura organizacional da Secretaria de Estado da Saúde nessa área. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina** de 07 de outubro de 1993. Disponível em:

<<http://efos.saude.sc.gov.br/portal2011/index.php/a-efos/1-sobre-nos>> Acesso em: 10 mar. 2018.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e interdisciplinariedade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, Escola de Saúde Pública de Santa Catarina. **Institucional**. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/>> Acesso em: 10 mar. 2018.

SCHMITZ, Egidio Francisco. **Caminhos da universidade brasileira**: filosofia do ensino superior. Porto Alegre: Sagra, 1984.

TEIXEIRA, Z. A. **Políticas públicas e educação para crianças, adolescentes e jovens**. Políticas públicas sociais. Brasília: INESC, 1999.

CAPÍTULO 5

ESTUDO DESCRITIVO COMPARATIVO ENTRE A UTI HUMANIZADA E CONVENCIONAL DE UM HOSPITAL PRIVADO

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 03/05/2020

Gabriela de Oliveira Salazar

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/2376636924352167>

José Icaro Nunes Cruz

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/3354600308296281>

Alice Mascarenhas dos Santos

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/5718040515742382>

Jamison Vieira de Matos Júnior

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/0713616494216666>

Ricardo Ferreira Leite

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/9755158515542556>

Guilherme do Espírito Santo Silva

Universidade Federal de Sergipe
Aracaju – Sergipe
<http://lattes.cnpq.br/7070829935542557>

RESUMO: Introdução: O desenvolvimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atendeu muitas demandas no cuidado de pacientes agudos graves. Entretanto, a UTI também assumiu a casuística envolvida no estresse, fadiga física e emocional, tensão e ansiedade. Nesse contexto,

surge um modelo humanizado de UTI, que visa englobar cuidados psicossociais e ambientais, além dos físicos. **Objetivos:** Apresentar as características da UTI humanizada comparando-as com a UTI convencional do hospital em estudo. **Metodologia:** Estudo descritivo sobre os modelos de UTI (humanizada e convencional) de um hospital privado em Aracaju-SE. O estudo foi realizado em dezembro 2019 e buscou a descrição da estrutura e das práticas estabelecidas. **Resultados:** A UTI humanizada do possui os seguintes diferenciais: possibilidade de presença de acompanhante em tempo integral (24 horas/dia); leitos individualizados com portas deslizantes e janela de vidro com cortina, monitoramento remoto no posto de enfermagem; presença de quadro de planejamento do cuidado. **Conclusão:** Há nítidas diferenças estruturais e organizacionais entre as UTIs em análise que influenciam no cuidado mais humanizado.

PALAVRAS CHAVE: UTI humanizada, Qualidade, Gestão em Saúde, Experiência do Paciente.

COMPARATIVE DESCRIPTIVE STUDY BETWEEN THE HUMANIZED AND CONVENTIONAL ICU OF A PRIVATE HOSPITAL

ABSTRACT: Introduction: The development of the Intensive Care Unit (ICU) met many demands in the care of critically ill acute patients. However, the ICU also obtained the casuistry involved in stress, anxiety, physical and emotional fatigue. In this context, a humanized ICU model emerges, aiming to include psychosocial and environmental care, in addition to physical care. **Objective:** To

present the characteristics of the humanized ICU comparing them with the conventional ICU of the hospital under study. **Methods:** Descriptive study on the ICU models (humanized and conventional) of a private hospital in Aracaju-SE. The study was conducted in December 2019 and sought a description of the structure and applied practices. **Results:** The humanized ICU of the hospital under study has the following differentials: the possibility of having a full-time visitor; individualized beds with sliding doors and their own windows, with curtains and remote monitoring at the nursing station; use of a Care Planning framework. **Conclusion:** There are clear structural and organizational differences between the ICUs in analysis that influence more humanized care.

KEYWORDS: Humanized ICU, Quality, Health Management, Patient Experience.

1 | INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) atendeu muitas demandas no cuidado de pacientes agudos graves (CASTRO, 1990). Entretanto, devido às características agressivas desse ambiente e à mecanização do cuidado, a UTI passou a contribuir para o desenvolvimento do estresse pós-traumático, fadiga física e emocional, tensão, ansiedade, depressão, além de afetar negativamente o prognóstico do paciente (SPINDOLA; CASTAÑON; LOPES, 1994). Nesse contexto, foi proposto um modelo humanizado de UTI, que visa englobar cuidados psicossociais e ambientais, além dos físicos.

2 | OBJETIVOS

Realizar uma análise descritiva comparativa entre a UTI clínica convencional e a UTI cirúrgica humanizada, incluindo os aspectos de humanização implementados a esta última.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional de caráter qualitativo descritivo. Nesse estudo piloto, foi elaborada através de visita presencial e fotografias, uma descrição detalhada do ambiente de dois serviços de UTI (convencional e humanizada) de um hospital privado na cidade de Aracaju (Sergipe, Brasil). O estudo foi realizado em dezembro de 2019.

4 | RESULTADOS

Descrição das Unidades de Terapia Intensiva

A UTI clínica convencional possui a separação de leitos por meio de cortinas. Nesta unidade, não é oferecido ao paciente a possibilidade de acompanhante, exceto em casos extraordinários, e as visitas são permitidas apenas em dois momentos: manhã das 11h às 13h e tarde das 16h às 18h. Nestes horários é permitido a entrada de até 6 pessoas, com

permanência de duas simultaneamente. (Figura 1 e Figura 2).



Figura 1. Leito da UTI clínica convencional (visão frontal)



Figura 2. Leito da UTI clínica convencional (visão lateral)

A UTI cirúrgica humanizada possui leitos mais amplos e separados por paredes, o que proporciona maior privacidade ao paciente e à família; direito a acompanhante 24 horas por dia com possibilidade de troca ao longo do dia; acomodação para o acompanhante; visitação em dois turnos, semelhante à UTI convencional; presena de quadro de planejamento do cuidado com orientaoes sobre riscos, alergias, dieta, identificao da equipe responsável pelo cuidado, recomendaoes de conduta diárias e metas multidisciplinares de cuidado, características da dor do paciente quanto a localizao e intensidade, avaliada por escala numérica, e desejos pessoais relatados pelo paciente ou familiar – Figuras 3, 4, 5. A equipe responsável pelo paciente avalia diariamente a viabilidade do desejo exposto no quadro de planejamento do cuidado e, quando possível, o satisfaz.



Figura 4. Parte externa do leito da UTI cirúrgica humanizada, isolado por paredes.

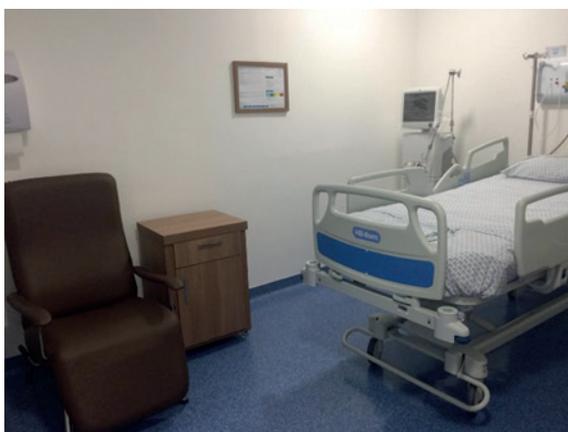


Figura 5. Parte interna do leito da UTI cirúrgica humanizada, com acomodação para visitante.

 A photograph of a care planning board (quadro) for a surgical ICU unit. The board is titled "Planejamento do Cuidado" and includes sections for:

- Nome do paciente:
- Referências do Cuidado:
- Médico Responsável:
- Enfermeiro Pleno:
- Téc. Enfermeiro Pleno:
- Procedimentos e exames - Prévio:
- Recomendações para o dia:
- Nota Multidisciplinar de Cuidado:
- Data Próxima de Atualização:
- Estado para Registro de Paciente:

 On the right side, there are sections for:

- Estado de monitorização:
- Diagnósticos:
- Plano de Atenção (with radio buttons for: Anestesia, Plano de Cuidado, Plano de Lazer de Pó, Plano de Intubação, Controle de Glicemia, Outros).
- Ativação de O2 (with a color-coded scale from 0 to 7).
- Nota de última avaliação de dia:
- Local de O2:
- ¿ que é importante para você hoje? (with a text area).

Figura 6. Quadro de Planejamento do Cuidado da UTI cirúrgica humanizada.

No que se refere à equipamentos, materiais, medicamentos e equipe multiprofissional, ambas unidades apresentam as mesmas características.

5 | DISCUSSÃO

Dentre as mudanças na UTI humanizada relatada por outros autores, talvez as maiores delas sejam as arquitetônicas, com ganhos na privacidade e conforto do paciente, e maior presença da família no cuidado (LA CALLE et al., 2017). Após flexibilização das restrições de visita em alguns centros, estudos apontaram vantagens para os pacientes, como redução de complicações clínicas (FUMAGALLI et al., 2006), e para familiares, incluindo melhora da satisfação destes diante da participação no cuidado do enfermo, redução da ansiedade e estresse e maior confiança na equipe assistencial (GARROUSTE-ORGEAS et al., 2008; BURCHARDI, 2002; GIANNINI, 2010). Além disso, a ampliação do papel da família no cuidado foi responsável por reduzir a carga sobre a equipe de atendimento, uma vez que esta passou a receber maior suporte na assistência (BURCHARDI 2002; LA CALLE et al., 2017).

Apesar das vantagens em adotar medidas de cuidado humanizado, sobretudo após maior presença do familiar, muitos centros insistem em manter um sistema tradicional de “porta fechada” (QUINIO et al., 2002; BUENO et al., 2005; ESCUDERO et al., 2015). Dentre as possíveis causas, pode-se citar a crença equivocada de aumento do risco de infecção ao doente, sem sustentação científica (BURCHARDI, 2002; BERWICK; KOTAGAL, 2004), e a resistência da equipe de saúde, que alega desconforto pela interferência de familiares em sua rotina de trabalho (BURCHARDI, 2002; LA CALLE et al., 2017; RILEY et al., 2014; GARROUSTE-ORGEAS et al., 2008; GIANNINI, 2010).

Estudos multicêntricos que avaliaram a estrutura física, políticas de visitação e a cultura em UTIs apontaram, dentre outras problemáticas, o déficit de equipamentos que buscam garantir a privacidade e conforto do paciente, além de visitação restrita de familiares (ESCUDERO et al., 2015; LOMBARDO et al., 2013). Além disso, dentre as principais queixas relatadas pelos pacientes, estavam presentes a falta de privacidade, ruídos externos e problemas de ansiedade (LOMBARDO et al., 2013). Tais queixas possivelmente poderiam ser resolvidas com medidas adotadas na UTI humanizada descrita no presente estudo.

Desse modo, deve-se, com certa urgência, debater o cenário das UTIs e sua organização no sentido de buscar melhorar a privacidade, bem-estar e conforto dos pacientes e familiares (ESCUDERO et al., 2014; ESCUDERO et al., 2015). Além disso, sob uma perspectiva dos princípios bioéticos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994), além de garantir a autonomia do doente, não há maleficência, mas, ao contrário, há beneficência a este que deve ser o centro do cuidado.

Por fim, o estudo apresenta relevância por expor características humanizadas empregadas em um serviço de UTI. No entanto, mais pesquisas devem ser realizadas no

sentido de avaliar os impactos após adoção destas mudanças.

6 | CONCLUSÃO

Há nítidas diferenças estruturais e organizacionais entre as duas UTIs em análise que evidenciam adoção de medidas para promover o cuidado humanizado, como a presença em tempo integral de acompanhante, separação de quartos por paredes para garantia da privacidade dos presentes e quadro informativo que considera os desejos do paciente na UTI humanizada.

REFERÊNCIAS

BEAUCHAMP, TI; CHILDRESS, IF. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford, 1994.

BERWICK, Donald M.; KOTAGAL, Meera. **Restricted Visiting Hours in ICUs**. JAMA, [s.l.], v. 292, n. 6, p. 736-737, 11 ago. 2004.

BUENO, José Manuel Velasco et al. **Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España**. Enfermería Intensiva, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 73-83, jun. 2005.

BURCHARDI, H.. **Let's open the door!** Intensive Care Medicine. [s.l.], p. 1371-1372. jun. 2002

CASTRO, Denise Silveira de. **Experiência de pacientes internados em unidade de terapia intensiva: análise fenomenológica**. 1990. 137 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ESCUADERO, D. et al. **Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas**. Revista de Calidad Asistencial, [s.l.], v. 30, n. 5, p. 243-250, set. 2015

ESCUADERO, Dolores et al. **For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change**. Medicina Intensiva, SI, v. 38, n. 6, p. 371-375, set. 2014

FUMAGALLI, Stefano et al. **Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial**. Circulation, SI, v. 113, n. 7, p. 946-952, fev. 2006.

GARROUSTE-ORGEAS, Maité et al. **Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit**. Critical Care Medicine, [s.l.], v. 36, n. 1, p. 30-35, jan. 2008.

GIANNINI, A.. **The “open” ICU: not just a question of time**. Minerva Medica Copyright, Torino, v. 76, n. 2, p. 89-90, fev. 2010

LA CALLE, Gabriel Heras et al. **Seeking to humanize intensive care**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 9-13, 2017.

LOMBARDO, Véronique et al. **How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey**. Annals Of Intensive Care, SI, v. 3, n. 1, p. 3-19, jul. 2013

QUINIO, Philippe et al. **A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units.** Intensive Care Medicine, SI, v. 28, n. 10, p. 1389-1394, jul. 2002

RILEY, Bettina H. et al. **Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses.** American Journal Of Critical Care, SI, v. 23, n. 4, p. 316-324, jul. 2014

SPINDOLA T, CASTAÑÓN FF, LOPES GT. **O estresse na Unidade de Terapia Intensiva.** Âmbito Hospitalar. São Paulo: 1994; 5:2-41.

CAPÍTULO 6

HIPERUTILIZADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL E ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 20/06/2020

Kerellyn Follador

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/9079652845371215>

Alana Becker

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/4882825401357935>

Vanessa Aparecida Gasparin

Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1576553310288385>

Aldarice Pereira da Fonseca

Universidade Federal de Pelotas
Pelotas - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3187276417199319>

Lucimare Ferraz

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Universidade do Estado de Santa Catarina,
Departamento de Enfermagem
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/3769248121024247>

Davi Patussi Lazzari

Universidade Luterana do Brasil
Canoas – Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6524868847705161>

Fernanda Canello Modesti

Universidade Comunitária da Região de
Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/1505857669114497>

RESUMO: Esse capítulo tem a finalidade abordar o tema hiperutilizadores do Sistema Único de Saúde. Inicia contextualizando o Sistema Único de Saúde e a inserção dos hiperutilizadores nesse âmbito. Perfil, prevalência e características clínicas são apresentadas na sequência. Por fim, aponta uma estratégia de intervenção, por meio de grupos assistências, com vistas a contribuir para a redução de hiperutilizadores do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperutilizadores, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde.

HYPERUSERS OF THE BRAZIL'S UNIFIED HEALTH SYSTEM: PATIENT CHARACTERISTICS AND INTERVENTION STRATEGY

ABSTRACT: The aim of the present chapter is to explore the topic hyperusers of the Unified Health System. It begins with an overview of the Unified Health System and its relationship with the hyperusers. The patient characteristics, prevalence and clinical features are discussed subsequently. Finally, an intervention strategy is pointed, based on therapeutic groups that can potentially contribute to decrease the number of hyperusers.

KEYWORDS: Hyperusers, Primary Health Care, Unified Health System.

1 | O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E OS HIPERUTILIZADORES

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu em 1988 pela promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil - Constituição

Cidadã, a qual, posteriormente reiterada por meio da Lei nº 8080/90, estabelece os princípios e as diretrizes desse sistema (BRASIL, 1990).

Por meio dessa Constituição, a saúde passou a ser considerada como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”, bem como seu conceito ampliado, incorporando fatores como meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação...), socioeconômico e cultural (ocupação, renda, educação...) e os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética...) (BRASIL, 1990).

Dessa forma, a identificação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde e a assistência por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, foram elencados como objetivos do SUS (BRASIL, 1990).

No que tange a formulação de política, cabe salientar que além de minimizar o risco de doença e/ou agravos, a mesma também visa condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços, a toda a população brasileira (BRASIL, 1990).

Na população brasileira, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25,4 anos, estimando-se em 73,4 anos a média nacional de anos vividos (IBGE, 2010). Essa transição demográfica reflete um aumento da longevidade populacional, contribuindo também para o provável aumento da utilização dos serviços ofertados pelo SUS.

Entre os utilizadores dos serviços de saúde, é frequente a presença de sintomas físicos sem causas orgânicas, o que na ausência de outro diagnóstico psiquiátrico principal, é considerado como sintomas somatoformes ou *Medically Unexplained Physical Symptoms* (MUPS) (BURTON, 2003; NUNES *et al.*, 2013). Estes sintomas motivam a procura por cuidados da saúde, transformando o paciente em um hiperutilizador do sistema (NUNES *et al.*, 2013). Essa demanda além de presente, assume um espaço considerável na assistência primária, seja pela frequência com que ocorrem, como pela necessidade de intervenções que assumem (NUNES *et al.*, 2013).

Apesar de não haver consenso na literatura sobre a definição de usuário hiperutilizador, entende-se como aquele indivíduo que vai repetidas vezes à Unidade de Saúde, com ou sem um motivo concreto, que compareceu a mais de seis consultas no intervalo de um ano (ELDER *et al.*, 2006; FERNANDES, 2013).

Estudo conduzido em duas unidades de Serviço de Saúde Comunitária no sul do país, evidenciou que 44% das pessoas utilizavam o sistema com mais de seis consultas ao ano, sendo responsáveis por 78,7% do total de consultas realizadas (FERNANDES *et al.*, 2009). Outra pesquisa na mesma região, a respeito da utilização de serviços ambulatoriais de saúde, constatou que 9,3% das pessoas consultaram mais de oito vezes durante o ano, correspondendo a 44,8% de todas as consultas realizadas (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008).

Hiperutilizadores sobrecarregam o sistema e oneram seu funcionamento, visto que estão associados ao consumo de 21% a 67% dos recursos em saúde, devido ao grande

número de prescrições e encaminhamentos para outros níveis de cuidado (GOMES *et al.*, 2013).

2.1 PERFIL DOS HIPERUTILIZADORES DO SUS

Considerando a dificuldade no reconhecimento e tratamento das pessoas hiperutilizadoras do sistema, ressalta-se a necessidade de compreender aspectos do seu perfil, como biográficos e psicossociais. Alguns estudos evidenciaram que nesse grupo encontram-se as pessoas com idade mais avançada, consultando cerca de três vezes a mais que os jovens. As mulheres, por utilizarem 3,5 vezes mais os serviços de saúde, comparado aos homens (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008), bem como indivíduos de classe social, educacional ou econômica mais baixa (VESTED *et al.*, 2004). Além disso, são frequentemente desempregados (ACOSTA; LIMA, 2013), conforme demonstrado na Figura 1.



Figura 1: Características dos indivíduos hiperutilizadores do SUS.

Fonte: Os autores, 2017.

Já no que concerne as características clínicas dos hiperutilizadores, os transtornos de cunho mental se sobressaem, uma vez que são responsáveis por 50% ou mais dos atendimentos dos serviços de saúde (SAVAGEAU *et al.*, 2006).

Elevados índices de ansiedade, depressão e somatização são registrados nesse grupo em comparação aos pacientes em geral (KELLNER, 1990; BASKY, 1998; WILLIAMS *et al.*, 2001). Pesquisa sobre a prevalência de hiperutilizadores dos serviços de saúde, identificou que a busca por assistência em pessoas com história de depressão é de 11,8% maior, quando comparado a pessoas sem histórico depressivo (CARVALHO *et al.*, 2015).

Indivíduos com sintomas depressivos costumam visitar mais o médico, realizar mais procedimentos e ter maior probabilidade de internação (CARVALHO *et al.*, 2015), resultado da dificuldade de percepção de si mesmo associado a falta de recursos para lidar com situações estressantes (HISATUGO; YAZIGI, 2014).

Em estudo realizado em pacientes diagnosticados com sintomas somatoformes, 33% apresentaram diagnóstico prévio de depressão e 32% de ansiedade, enquanto na população em geral esse valor foi de 11% e 9,6% respectivamente (NUNES *et al.*, 2013). Além disso, pelo menos, um em cada seis pacientes atendidos por um clínico geral apresentam esses sintomas, que embora não sejam causa de morte e tenham remissão completa em 80% dos casos, assumem importância na saúde primária pela necessidade acentuada de intervenções específicas (WAAL *et al.*, 2004; NUNES *et al.*, 2013).

Evidências revelam que esses pacientes apresentam maior número de comorbidades (NUNES *et al.*, 2013). Caracterizam-se por apresentar elevada prevalência de doença crônica, física e psiquiátrica, assim como problemas sociais e emocionais, corroborando para uma baixa qualidade de vida (WALL *et al.*, 2008; LI *et al.*, 2009). Entre as doenças crônicas se destacam principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes (ROBLES *et al.*, 2009). Entretanto, o reconhecimento desse perfil de paciente se mostra difícil para os profissionais da saúde, induzindo à prescrições, encaminhamentos e intervenções desnecessárias (NUNES *et al.*, 2013).

Considera-se que a taxa de prevalência de sintomas somatoformes pode chegar a 57,5% dos usuários dos cuidados primários (MURRAY *et al.*, 2013). Apesar de esses pacientes serem mais frequentes na clínica geral, sua presença também aparece na medicina interna (22%), psiquiátrica (9,5%) e consultas hospitalares (27%) (NUNES *et al.*, 2013).

Há uma grande dificuldade no estudo dos transtornos somatoformes, por apresentarem conceitos relativos quanto a caracterização dos quadros clínicos. A respeito da prevalência das razões de consulta desses pacientes na assistência primária, elenca-se fibromialgia, fadiga crônica, depressão somática, ansiedade somática e síndrome do intestino irritável. Essas síndromes estão associadas a vários sintomas (BURTON, 2003), conforme descritos na Figura 2.

Visto o elevado número de sintomas que podem estar presentes, decorre a dificuldade de diagnóstico precoce, o que resulta na hiperutilização do serviço.



Figura 2: Sintomas somatoformes comumente relatados por hiperutilizadores.

Fonte: Os autores, 2017.

3 I ASSISTÊNCIA AOS HIPERUTILIZADORES POR MEIO DE GRUPOS

Com vistas a absorver a demanda do atendimento tradicional e oferecer subsídios técnicos e psicológicos para os hiperutilizadores dos serviços de saúde, surge a possibilidade de trabalhar com grupos de assistência (FERNANDES, 2007).

Desde o nascimento o indivíduo tem a necessidade de construir uma identidade grupal e social. O grupo é uma “galeria de espelhos”, onde cada participante pode se ver no outro, auxiliando na consolidação da identidade pessoal. Cada grupo caracteriza-se por ser uma entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos em que todos os integrantes estão reunidos em torno de um objetivo comum (ZIMERMAN, 2007).

Sabe-se que a pessoa é um resultante entre si mesmo e os objetos internos e externos, e esta interação se dá por um vínculo inter-relacionado pelo processo de comunicação e aprendizagem (FERNANDES, 2007). Dessa forma, o grupo é um continente de angústias e necessidades de seus participantes, onde cada participante aprende com o outro. Essa forma de terapia pode ser aplicada a qualquer pessoa, e estrategicamente a indivíduos em situação de exclusão social ou falta de autonomia, como idosos (SANTOS *et al.*, 2006).

No SUS grupos são vistos como uma prática que contribui para a superação do modelo biomédico (SANTOS *et al.*, 2006). Formam uma rede de estratégias para promover a integralização da atenção e sua atuação pode dar-se na saúde preventiva, curativa e reabilitativa (ZIMERMAN, 2000).

Na atualidade várias são as vertentes de trabalho com grupos, inclusive os que tem como objetivo a melhoria da situação física e psíquica de seus participantes, denominados

de Grupos Terapêuticos (ZIMERMAN, 2007).

O grupo terapêutico potencializa o compartilhamento e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo (BENEVIDES *et al.*, 2010). É percebido pelos indivíduos como um local de debate sobre a necessidade de ajuda de todos, mesmo que haja dificuldade de interação por alguns indivíduos (PELUSO *et al.*, 2001; CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Quando o grupo consegue propiciar ao sujeito uma melhor compreensão da própria subjetividade, sua autoimagem pode ser remodelada, resultando em uma melhor relação consigo mesmo (BEHELLI; SANTOS, 2006), que pode minimizar os sintomas somatoformes apresentados.

Melhora nas relações sociais, no conhecimento sobre temas abordados, na condução de situações inerentes ao transtorno sofrido, na confiança e alívio emocional são algumas das características expressas por participantes de grupos terapêuticos (CONTEL; VILLAS-BOAS, 1999; GUANAES; JAPUR, 2001).

O incentivo a grupos com ênfase em hiperutilizadores do SUS, podem diminuir o número de prescrições e encaminhamentos por paciente portadores de sintomas sem causas fisiológicas. Além disso pode melhorar a qualidade de vida, por meio do conhecimento das relações entre o ser humano e a doença, processos de autoanálise e desenvolvimento das relações interpessoais (CHAPECÓ, 2015).

A participação em grupos terapêuticos incentiva e demonstra melhora no autocuidado, estilo de vida, abandono de vícios, comportamentos de risco, dentre outros benefícios (MENEZES; AVELINO, 2016). Na Figura 3 são apresentados alguns temas que podem ser abordados nos grupos.



Figura 3. Temas que podem ser abordados em grupos terapêuticos.

Fonte: Os autores, 2017.

Diante do exposto, o trabalho com grupos terapêuticos deve ser ampliado nos serviços de saúde, para acompanhamento de diversos segmentos, podendo ser trabalhado também com enfoque em hiperutilizadores, uma vez que determinado o perfil dessa população na localidade em questão, as estratégias de abordagem do grupo direcionam-se a necessidade prevalente.

Vale ressaltar ainda, que grupos terapêuticos com enfoque em hiperutilizadores podem se apresentar efetivos na promoção de saúde e melhora da qualidade de vida dos participantes, principalmente se houver possibilidade de discussão com o entorno onde o grupo se insere, buscando o desenvolvimento de abordagens mais resolutivas às demandas dessas pessoas.

Finalizando este capítulo, exalta-se a importância de refletir sobre o manejo do hiperutilizadores do SUS, uma vez que a temática se coloca como um desafio emergente no país e compromete o funcionamento do sistema, o fluxo de atendimentos, a demanda por profissionais e os custos em saúde.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. S. **Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa.** Revista eletrônica de enfermagem – UFG, Goiás, v. 15, n. 2, p. 564-73, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BASKY, A. J. **A comprehensive approach to the chronically somatizing patient.** Journal of Psychosomatic Research, England, v. 45, n. 4, p. 301-306, out. 1998.

BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. **Transferência e psicoterapia de grupo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 110-117, feb. 2006.

BENEVIDES, D. S. *et al.* **Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 32, p. 127-138, mar. 2010.

BRASIL. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, set. 1990.

BURTON, C. **Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS).** British Journal of General Practice, England, v. 53, p. 231-239, mar. 2003.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. **O grupo psicoterapêutico no Caps.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 775-783, sept. 2006.

CARVALHO, I. P. A.; CARVALHO, C. G. X.; LOPES, J. M. C. **Prevalência de hiperutilizadores de serviços de saúde com histórico positivo para depressão em Atenção Primária à Saúde.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-7, jan./mar. 2015.

CHAPECÓ. **Manual para a Organização de Grupos Interativos**. Chapecó: Prefeitura de Chapecó, p. 14, 2015.

CONTEL, J. O. B.; VILLAS-BOAS, M. A. **Psicoterapia de grupo de apoio multifamiliar (PGA) em hospital-dia (HD) psiquiátrico**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 21, n. 4, p. 225-230, dec. 1999.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* **Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, 2. P. 353-363, fev. 2008.

ELDER, N.; RICER, R.; TOBIAS, B. **How respected family physicians manage difficult patient encounters**. Journal of the American Board of Family Medicine, [S. l.], v. 19, n. 6, p. 533-41, nov./dez. 2016

FERNANDES, C. L. C. **Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. 2013 70 f. Dissertação (Mestrado profissional em epidemiologia: redes integradas de atenção à saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

FERNANDES, M. T. O. **Grupos na saúde da família: concepções, estrutura e estratégias para o cuidado transcultural**. 2007 181 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

GOMES, J. *et al.* **Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários**. Acta Médica Portuguesa, Portugal, v. 26, n. 1, p. 17-23, jan./feb. 2013.

GUANAES, C.; JAPUR, M. **Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico**. Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 191-99, 2001.

HISATUGO, C. L. C.; YAZIGI, L. **Estudo exploratório com indivíduos com depressão por meio do Rorschach, Sistema Compreensivo**. Revista Avaliação Psicológica, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 157-166, ago. 2014.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010- . ISSN 0104-3145. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: set. 2017.

KELLNER, R. M.D. **Somatization: Theories and Research**. Journal of Nervous & Mental Disease, Philadelphia, v. 178, n. 3, p. 150-160, mar. 1990.

LI, C. T. *et al.* **Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic Challenges to Psychiatrists**. Journal of the Chinese Medical Association, USA, v. 72, n. 5, p. 251-256, maio 2009.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. **Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão.** *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 124-130, mar. 2016.

MURRAY, A. M. *et al.* **Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status.** *Systematic Reviews Journal*, England, v. 99, n. 2, p. 1-8, nov. 2013.

NUNES, J. M.; YAPHE, J.; SANTOS, I. **Sintomas somatoformes em medicina de família: Um estudo descritivo da incidência e evolução em uma unidade de saúde de Portugal.** *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 164-171, jul./set. 2013.

PELUSO, É.T.P.; BARUZZI, M.; BLAY, S.L. **A experiência de usuários do serviço público em psicoterapia de grupo: estudo qualitativo.** *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 341-8, ago. 2001.

ROBLES, R. *et al.* **Sociodemographic and psychopathological features of frequent attenders in Primary Care.** *Actas Españolas de Psiquiatria*, Espanha, v. 37, n. 6, p. 320-325, nov./dez. 2009.

SANTOS, L. *et al.* **Grupos de Promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, abr. 2006.

SAVAGEAU, J. A. *et al.* **Characteristics of Frequent Attenders at a Community Health Center.** *The Journal of the American Board of Family Medicine*, USA, v. 19, n. 3, p. 265-275, maio./jun. 2006.

VESTED, P. *et al.* **Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study.** *Social Science & Medicine Journal*, Netherlands, v. 59, n. 4, p. 813-823, ago. 2004.

WILLIAMS, E. R.L. *et al.* **Estatuto psiquiátrica, somatização e utilização dos cuidados de saúde dos frequentadores frequentes no departamento de emergência: Uma comparação com frequentadores de rotina.** *Journal of Psychosomatic Research*, England, v. 50, n. 3, p. 161-167, mar. 2001;

WALL, M. W. M. *et al.* **Follow-up on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care.** *BMC Family Practice*, England, v. 9, n. 5, p. 1-8, jan. 2008.

WAAL, M. W. M. *et al.* **Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders.** *The British Journal of Psychiatry*, England, v. 184, n. 6, p. 470-476, jun. 2004.

ZIMERMAN, D. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade.** *Revista Vínculo*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 1-16, dez. 2007.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 244 p.

CAPÍTULO 7

INFLUÊNCIA DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E ABSENTEÍSMO EM TRABALHADORES DO SETOR SIDERÚRGICO

Data de aceite: 01/07/2020

Benedito Robson Monteiro de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

Aylton Figueira Júnior

1- Grupo de Estudos em Atividade Física e Promoção da Saúde. Departamento de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade São Judas Tadeu – USJT. São Paulo, SP – Brasil.

Michell Vektoraci Viana

Grupo de Estudos em Atividade Física e Promoção da Saúde. Departamento de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade São Judas Tadeu – USJT. São Paulo, SP – Brasil.

Almir de França Ferraz

Grupo de Estudos em Atividade Física e Promoção da Saúde. Departamento de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade São Judas Tadeu – USJT. São Paulo, SP – Brasil.

Danyela Gomes Cabaline Viana

Médica da Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Vitória (PMV/ES) e Preceptora em Saúde Coletiva da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM – Vitória ES

Talita Xavier Clauino

Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

Ramire Nunes Cavalcante

Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

Adalberto Corrêa Júnior

Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

Camila Pasa

Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

Luis Alves da Silva

Alice Silva Ferreira de Araújo

Universidade de Cuiabá/MT.

Rosilene Andrade Silva Rodrigues

Universidade Federal de Mato Grosso/MT.

RESUMO: Este estudo objetivou avaliar a influência da prevalência da síndrome metabólica (SM) e absenteísmo (AB) entre trabalhadores do setor siderúrgico. Esta investigação, descritiva-correlacional, teve sua amostra selecionada de forma probabilística (por sorteio simples), findando, após o crivo dos critérios de inclusão e exclusão, em 317 colaboradores. Para a avaliação das variáveis, foram utilizados os seguintes instrumentos/protocolos: valores superiores de triglicerídeos (Tg), glicemia (Gl), índice de massa corporal (IMC), cintura abdominal (CA), níveis de pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e níveis inferiores de *high density lipoprotein cholesterol* (HDLc) que foram levantados através dos dados dos exames laboratoriais do periódico anual da empresa, valores de circunferência abdominal (CA), índice de massa corporal (IMC) e relação cintura-quadril (RCQ) elevados (SM). Já as ausências do posto de trabalho por doenças (AB) foram levantados pelo departamento de medicina e saúde da empresa, obedecendo a classificação de Quick e Lapertoso (1982). O nível de significância adotado no estudo foi de $p < 0,05$. Dentre todos os resultados aquele que

melhor combinou sensibilidade e especificidade na classificação e seleção do Universo Amostral num cruzamento entre os status “a priori” (observado) e “a posteriori” (modelo do estudo), foi uma combinação seriada de duas Regressões Logísticas, a primeira com o intuito de separar o Universo Amostral em dois grupos: Com afastamento (1) e Sem Afastamento (0). O Modelo 1 apresentou eficiência de 100% e o segundo Modelo toma o Grupo Com Afastamento e o subdivide em dois Grupos (2) (< 5 dias de Afastamento) e Grupo (3) (> 5 dias de Afastamento). O Modelo dois igualmente ao primeiro também mostrou-se 100% eficiente. As únicas variáveis que obtiveram diferença significativa entre os subgrupos de afastamento foi a RCQ ($p = 0,015$) e a CA ($p = 0,024$). Foi observado, tanto no modelo 1 ($r = 0,606$), como no modelo 2 ($r = 0,586$), de regressão logística, uma aceitação significativa ($p < 0,05$) e considerada “muito boa” de tais modelos, conforme os resultados de correlação do Pseudo R-Square. Desta forma, deve-se afirmar que nenhum dos componentes da SM, isoladamente, foi capaz de causar algum efeito na prevalência do absenteísmo. No entanto, foi observado que as variações nas variáveis independentes, somente quando associadas entre si, interferiram nas variações da variável dependente nos sujeitos avaliados podendo, com o modelo “a posteriori” criado, extrapolar para outras amostras.

PALAVRAS-CHAVE: Absenteísmo, síndrome metabólica, siderúrgicos (DeCS)

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the influence of the prevalence of the metabolic syndrome (MS) and the absence (AB) among workers in the steel sector. This descriptive-correlational investigation had its sample selected in a probabilistic way (by simple luck), locating, after or excluding the inclusion and exclusion criteria, in 317 employees. To assess variables, the following instruments / protocols were used: higher triglyceride values (Tg), glycemia (Gl), body mass index (BMI), abdominal waist (WC), systolic blood pressure (SBP) levels, blood pressure diastolic blood pressure (DBP) and lower levels of high-density lipoprotein (HDLc) cholesterol, which were elevated through data from the company's annual periodic laboratory tests, abdominal circumference (WC) values, body mass index (BMI) and ratio of waist-hip (WHR) elevated (SM). As for absences in the workplace due to illness (AB), they were raised by the company's medicine and health department, obeying the classification of Quick and Lapertoso (1982). The level of significance adopted in the study was $p < 0.05$. Among all the results that best combine sensitivity and specificity in the classification and selection of the Sample Universe at the cross between “a priori” (observed) and “a posteriori” (study model) status, it was a combination of two logistic regressions, the first in order to separate the Sample Universe into two groups: With clearance (1) and Without Clearance (0). Model 1 shows 100% efficiency and the second model with the Cometa Group and subdivide it into two Groups (2) (<5 days difference) and Group (3) (> 5 days difference). The Model was also the first to show 100% efficiency. As the only variables that obtained different differences between the removal subgroups, were a WHR ($p = 0.015$) and an AC ($p = 0.024$). In both model 1 ($r = 0.606$) and model 2 ($r = 0.586$), a significant participation ($p < 0.05$) was observed, and considered “very good” of these models, according to the results of correlation of Pseudo R-Square. Thus, it should be noted that none of the components of the MS, alone, was able to cause any effect on the prevalence of absence. However, it was observed that the changes are variable, only when used with each other, it interferes in the dependent variables in the applicable requirements, with the “a posteriori” model created, extrapolating to other

applications.

INTRODUÇÃO

O absenteísmo ao trabalho causado por doença é um fenômeno multicausal, complexo e que gera custos diretos e indiretos para toda a sociedade. Tem sido objetivo de estudo por parte de muitos países no sentido de combatê-lo para promover qualidade de vida aos trabalhadores e reduzir gastos das empresas. No Brasil, esse tema tem sido investigado com maior frequência no setor público, principalmente em hospitais e universidades. Porém, poucos são os estudos relacionados ao setor privado¹.

A caracterização dos perfis do absenteísmo-doença depende de diversos fatores a saber: gravidade da doença ou lesão, duração da ausência ao trabalho, contribuição de fatores sociodemográficos, comportamentais, ocupacionais, condição de vida e trabalho e presença ou ausência de suporte social. Conjuntamente, esses fatores contribuem para o processo de readaptação e reabilitação funcional do indivíduo e determinam o retorno do trabalhador ou o prolongamento da ausência².

Um dos fatores que contribuem de forma significativa para o absenteísmo é a presença de doenças crônicas degenerativas, não transmissíveis como hipertensão, diabetes e doença vascular periférica. O desenvolvimento da síndrome metabólica (SM) em determinado indivíduo depende de uma complexa interação entre a predisposição genética e fatores ligados ao estilo de vida, como padrão dietético, sedentarismo e obesidade, o que caracteriza a natureza multifatorial da patogênese da SM. Dentre estes fatores, a inatividade física tem sido foco de pesquisadores e a associação da prática de exercícios físicos e a redução da ocorrência de doenças cardiovasculares tem sido registrada, portanto, o exercício físico sistemático pode ser caracterizado como uma intervenção não farmacológica de baixo custo para prevenção e adjuvante no tratamento da SM³.

Apesar das advertências sobre as consequências potenciais negativas em pessoas com um estilo de vida sedentário, uma grande proporção de trabalhadores de empresas não é fisicamente ativa o suficiente. A promoção de atividade física (AF) que se encaixa bem com as rotinas diárias normais é uma maneira promissora de alcançar um grande número das pessoas menos ativas⁴. Por exemplo, ir de bicicleta ao trabalho, é um exercício muito bom que é relativamente fácil de incorporar em rotinas diárias⁵. Estudos anteriores demonstraram que andar de bicicleta reduz, o risco de mortalidade prematura e o risco cardiovascular⁶, melhora a saúde⁷, o desempenho físico⁸ tem impacto positivo sobre o excesso de peso^{9,10}. É menos claro se estes benefícios, oriundos da prática de atividade física, também levam a uma redução mensurável nos níveis de absenteísmo. Em um estudo prospectivo, realizado com 1228 trabalhadores, foi demonstrado que funcionários, que participaram de atividades desportivas, ficaram afastados, por doença, 20 dias a menos, durante um período de 4 anos, em comparação aos colegas sedentários¹¹.

As variáveis mais investigadas na literatura revisada, quando se refere às doenças cardíacas são: atividade física, hipertensão, indicadores doenças cardiovasculares e inventário de fatores de risco para doenças cardíacas e isquêmicas^{12,13} e as metabólicas são: atividade física, diabetes, a obesidade¹⁴ e a hipercolesterolemia^{15,16}, são exemplos de futuros indicadores das doenças cardiometabólicas, em segundo plano, os artigos tratam de outros reflexos patológicos que afetam o corpo como: o transtorno de sono^{17,18} e as dores nas estruturas corporais¹⁹.

Diante do exposto acima, e após ampla revisão de literatura, foram encontrados poucos estudos realizados no Brasil, mais especificamente em empresas do setor privado. Portanto, este estudo torna-se relevante, no sentido de trazer dados específicos para o setor Brasileiro. Além disso, esse estudo se justifica, pois, cada país tem uma carga horária semanal prevista e conseqüentemente isso pode contribuir em maior ou menor carga para o trabalhador. Por conseguinte, deve-se atentar para regionalidade, pois devido as dimensões do Brasil, a carga de trabalho e os programas voltados para a saúde do trabalhador são extremamente variados. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da prevalência da síndrome metabólica e do nível de qualidade de vida, sobre o índice de absenteísmo de trabalhadores do setor siderúrgico. Nossa hipótese é que haverá um grande número de trabalhadores SM e o agravamento da doença influenciará no absenteísmo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Amostra

Este estudo é considerado do tipo descritivo-correlacional, em que as variável independente (SM) se correlaciona nas variações apresentadas na variável dependente (absenteísmo)²⁰.

O universo amostral foi constituído por, aproximadamente, 4500 colaboradores de uma empresa do Setor Siderúrgico, localizada no município de Vitória - ES, Brasil, no período de dezembro de 2011 a janeiro de 2012. A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, por sorteio simples, sendo depurada obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Como critério de inclusão, os indivíduos deveriam possuir resultados do periódico da empresa completo e exame laboratorial clínico para análise, em modo controlado. Além disso, realizou-se uma palestra com os participantes para fornecer informações sobre o estudo, como responder os questionários via intranet da empresa e quais os dados que seriam utilizados. Os funcionários que não participaram da palestra, foram excluídos do estudo. Considerou-se como critério de exclusão qualquer tipo de falta de respostas dos questionários, a não participação completa nos exames periódicos da empresa e o fato de não possuir enquadramento do absenteísmo dentro da classificação pré-definida.

Tanto os critérios de inclusão como os de exclusão foram identificados através da avaliação dos dados dos pacientes registrados em prontuário e do exame laboratorial (hemograma completo), os quais foram realizados mensalmente na empresa.

O tamanho da amostra foi determinado através da realização do estudo piloto, no qual foi utilizada a fórmula de Barreto e Ribeiro²¹. Após a realização do cálculo, foi observado que o estudo precisaria de um número amostral de no mínimo 302 sujeitos para garantir o mínimo de 80% de poder estatístico.

Após a realização de todo o procedimento descrito na amostragem, a amostra foi composta por 317 colaboradores (idade = 36 ± 10,05 anos). Interessante ressaltar que, apesar de sedentários, os sujeitos participavam de palestras de orientações à saúde e a respeito do tabagismo.

O presente trabalho atendeu às normas para a realização de pesquisa em seres humanos, Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996²² e à Declaração de Helsinki de 1964²³. Os participantes do estudo concordaram em assinar o Termo de Participação Consentida, contendo: objetivo do estudo, procedimentos de avaliações, caráter de voluntariedade da participação do sujeito. Além disso, foi elaborado um Termo de Informação à Instituição na qual se realizou a pesquisa, com os mesmos itens do Termo de Participação Consentida. O estudo teve o projeto de pesquisa submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Rede Euro-americana de Motricidade Humana - REMH (n. 002-2011).

Procedimentos

Para a avaliação do Absenteísmo (AB), foram necessários os dados levantados pelo departamento de medicina e saúde da empresa, obedecendo a classificação de Quick e Lapertoso²⁴.

Para avaliação da SM foram utilizados os valores superiores de triglicérides (Tg), índice de massa corporal (IMC), cintura abdominal (CA), níveis de pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD) e níveis inferiores de colesterol HDL *high density lipoprotein cholesterol* (HDL-c), Risco Cintura-Quadril (RCQ), índice de Massa Corporal (IMC), Glicemia (GLIC) que foram levantados através dos dados dos exames laboratoriais do periódico anual da empresa, respeitando os critérios demonstrados pelo *Brazilian guidelines on diagnosis and treatment of metabolic syndrom*²⁵.

Tratamento Estatístico

O presente estudo observou dois momentos distintos na composição dos resultados. O primeiro relativo a estatística descritiva com a apresentação dos resultados segundo as estatísticas de distribuição absoluta e percentual segmentados, segundo os subgrupos derivados das variáveis discricionárias.

No sentido de compor uma análise ampla das associações fez-se a opção pela composição de Clusters (Agrupamentos), uma vez que os dados observam origens e

padrões de classificação distintos. Para tanto, foram observados dois agrupamentos. O primeiro que observa as linhas de corte para o processo de classificação segundo a metodologia do protocolo em questão e o segundo Método de Classificação por Cluster. Por outro lado, algumas variáveis não apresentam tais delimitações e nesse caso optou-se por utilizar o Método de classificação por Cluster até no máximo de três Grupos, no sentido de controlar o grau de dispersão do Universo Amostral. Ressalta-se que os cluster derivados observam designações ordinais numéricas onde o estado ideal é um (1) os estados não ideais dois - 2 (< 5 dias de afastamento) e três - 3 (> 5 dias de afastamento). Tal observação foi constituída para todas as variáveis.

Uma vez divididos por cada Cluster, a variável Grupo (0 – Sem Afastamento e 1 – Com Afastamento) foi utilizada como variável dependente e todas as demais variáveis como variáveis independentes. Para a composição de um modelo preditor utilizou-se Métodos Multivariados como Regressão Logística e *Tree, Bayes*. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dentre os resultados, o que melhor combinou sensibilidade e especificidade na classificação e seleção do Universo Amostral num cruzamento entre os status “a priori” (observado) e “a posteriori” (modelo), foi a combinação seriada de duas Regressões Logísticas, a primeira com o intuito de separar o Universo Amostral em dois grupos: Com afastamento (1) e Sem Afastamento (0). O Modelo Um apresentou eficiência de 100% e o segundo Modelo toma o Grupo Com Afastamento e o subdivide em dois Grupos (2) (< 5 dias de Afastamento) e Grupo (3) (> 5 dias de Afastamento). O Modelo Dois, igualmente ao primeiro também se mostrou 100% eficiente.

Para composição do primeiro agrupamento foram tomadas como variáveis independentes na condição de Cluster as seguintes variáveis: Cargo, Circunferência Abdominal, Escolaridade, Estado de Saúde, Exames, Glicemia, HDL, Idade, Pressão, RCQ, Triglicérideo e IMC.

Para composição do segundo agrupamento foram tomadas como variáveis independentes na condição clusterizada: Idade, Escolaridade, IMC, Circunferência Abdominal, RCQ, Triglicérideo, Glicemia, Pressão, HDL, Exames, e Estado de Saúde.

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva (com média e desvio-padrão) das variáveis que compõem a SM. O teste de Kolmogorov Smirnov revelou uma distribuição normal dos dados em todas as variáveis. Analisando o tabela 1 pode-se observar as seguintes alterações: IMC classificado como obesidade leve e o RCQ obteve nível moderado de risco cardiovascular.

	Média	Desvio
Síndrome Metabólica		
Circunferencia Abdominal	94,09	10,33
RCQ - unidaeds	0,87	0,06
TRIGLIC	123,15	53,18
IMC	26,58	3,61
Glicemia	90,72	9,79
PAS	122,25	9,85
PAD	78,43	6,89
HDL	49,78	8,86

Tabela 1: Tabela descritiva das variáveis do estudo.

SM: síndrome metabólica; CA: circunferência abdominal (> 94 cm); RCQ: relação cintura-quadril (< 0,84 cm); TRIGLIC: triglicérideo (150-200 mg/dl); IMC: índice de massa corporal (18,5-24,9 Kg/m²); PAS: pressão arterial sistólica (< 130 mmHg); PAD: pressão arterial diastólica (< 85 mmHg); HDL: high density lipoprotein (> 40 mg/dl). Glicemia (70 – 99 mg/dl).

A análise comparativa das variáveis que compõem a SM na primeira divisão, entre os grupos sem afastamento (SF – 0) e com afastamento (CF – 1), e na segunda divisão, entre os subgrupos sem afastamento (SF – 1), com afastamento curto (CFC – 2) e com afastamento longo (CFL – 3), segundo os clusters estabelecidos no primeiro e no segundo modelo de regressão logística, respectivamente, está exposta na Tabela 2. Em sua avaliação, pode-se verificar que houve diferença significativa apenas nas variáveis RCQ (Primeira divisão: $p=0,040$; Segunda divisão: $p=0,015$) e CA (Segunda divisão: $p=0,024$). As demais variáveis (na primeira e segunda divisão, respectivamente) não apresentaram resposta significativa: IMC ($p=0,975$; $0,427$), CA (Primeira divisão: $p=0,195$), TG ($p=0,429$; $0,629$), GL ($p=0,607$; $0,691$), PAS ($p=0,892$; $0,915$), HDL ($p=0,429$; $0,629$) e SM ($p=0,569$; $0,807$).

Variável	Nível	N	Primeira Divisão		Período de afastamento				
			Grupo 0	Grupo 1	Grupo	Total			
			0	1					
Índice de massa corporal (IMC)	S afast	n	86	18	104		17	1	104
	< 5 dias	n	127	27	154		20	7	154
	>5 dias	n	48	11	59		10	1	59

Circunferência abdominal (CA)	1	n	142	25	167		23	2	167 *
	2	n	71	22	93		15	7	93 *
	3	n	48	9	57		9	0	57 *
Relação cintura-quadril (RCQ)	1	n	100	17	117 *		15	2	117 *
	2	n	120	25	145 *		18	7	145 *
	3	n	32	7	39 *		7	0	39 *
	4	n	9	7	16 *		7	0	16 *
Triglicérido (TG)	1	n	211	42	253		35	7	253
	2	n	30	10	40		8	2	40
	3	n	20	4	24		4	0	24
Glicemia (GL)	1	n	242	53	295		44	9	295
	2	n	19	3	22		3	0	22
Pressão arterial sistólica (PAS)	1	n	247	53	300		45	8	300
	2	n	13	3	16		2	1	16
	3	n	1	0	1		0	0	1
Lipoproteína de Alta Densidade (HDL)	1	n	30	10	40		8	2	40
	2	n	211	42	253		35	7	253
	3	n	20	4	24		4	0	24
Síndrome metabólica (SM)	1	n	242	51	293		42	9	293
	2	n	19	5	24		5	0	24

Tabela 2: Tabela comparativa das variáveis que compõem a Síndrome Metabólica (SM).

Legenda: Primeira Divisão: Grupos: 0 – sem afastamento; 1- com afastamento. Segunda Divisão: 1 – sem afastamento; 2 - com afastamento curto, ≤ 5 dias; 3 – com afastamento longo, > 5 dias.

IMC: 1 - < 24,90 Kg/m²; 2- 24,90 – 29,41 Kg/m²; 3- > 29,41 Kg/m². CA: 1 – 94 cm; 2 – 94 – 102 cm; 3 - > 102 cm. RCQ: 1 - < 0,84 cm; 2 – 0,84 – 0,91 cm; 3 – 0,92 – 0,96 cm; 4 - > 0,96 cm. TG: 1 - < 150 mg/dl; 2- 150-199 mg/dl; 3- > 200 mg/dl. GL: 1 - ≤ 70 mg/dl; 2 - > 70 mg/dl. PAS: 1 - < 140 mmHg; 2 – 140 – 180 mmHg; 3 - > 180 mmHg. HDL: 1 - < 40 mg/dl; 2 – 40 – 60 mg/dl; > 60 mg/dl. SM: 1 - < de 3 alterações, sem SM; 2 - ≥ 3 alterações, com SM.

Foi observado, tanto no modelo 1 ($r = 0,606$, $p = 0,002$), como no modelo 2 ($r = 0,586$, $p = 0,031$), de regressão logística, uma aceitação significativa ($p < 0,05$) e considerada “muito boa” de tais modelos, conforme os resultados de correlação do Pseudo R-Square.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a influência da prevalência da síndrome metabólica, sobre o índice de absenteísmo de trabalhadores do setor siderúrgico. Os maiores achados desse estudo foram que nenhum dos fatores que envolvem a SM, isoladamente, é capaz de causar algum efeito na prevalência do absenteísmo.

O nível de atividade física pode determinar o risco cardiovascular somado à incidência de síndrome metabólica^{26,27} e que potencializada pelo estresse em longas horas de trabalho sedentário que com o aumento do tempo de serviço, proporcionalmente, aumenta adiposidade chegando ao estágio de morbidade^{28,29}. No estudo de Czaja-Miturai et al³⁰, a atividade física, estresse e regime de trabalho policial impactam em 36% dos policiais com hipertensão e 81% correm o risco de problemas circulatórios.

Programas de exercícios físicos impactam positivamente na melhoria da condição física, composição corporal e diminuição das chances dos riscos das doenças cardiovasculares e da síndrome metabólica refletindo nas atividades ocupacionais^{31,32,33}.

O estudo do absenteísmo per si é complexo e envolve uma série de conceitos e definições operacionais que variam entre os países, setor de atividade econômica e até mesmo por categoria ocupacional, dificultando a comparação dos resultados obtidos. Porém, no estudo de Viana et al.³⁴ indicou que a exercícios físicos são um dos fatores que levam à saúde, ou sua ausência que contribui para doenças e podem esclarecer alguns fenômenos das doenças cardiometabólicas, bem como, contribuir para a elaboração de programas de conscientização e incentivo a prática de exercícios físicos.

Dentre estudos que já realizaram trabalho de intervenção em funcionários, pode-se citar o de Olafsdottir et al³⁵. Nessa investigação, todos os participantes do grupo experimental (GE; $n = 31$ - que participaram do programa de atividade física) tiveram pressão arterial diastólica < 90 mmHg após a intervenção, enquanto dois indivíduos do grupo controle (GC; $n = 30$) mantiveram-se acima deste valor. Em relação ao IMC, o GC manteve-se inalterado enquanto que no GE, a proporção de participantes classificados como peso normal aumentou de 16% para cerca de 36% e a fração de obesos diminuiu de 19% para $< 10\%$. Da mesma forma, a RCQ categorizados de acordo com o risco de obesidade piorou no GC, ao passo que a proporção de participantes com a RCQ < 94 centímetros aumentou de 29% para 45% no GE. Além disso, o HDL, a pressão arterial e o TG melhoraram no GE e pioraram no GC. Estudos anteriores também demonstraram que os locais de trabalho, baseados em intervenções de atividade física, tem efeitos positivos sobre as características metabólicas^{36,37,38}. Embora a vigente pesquisa não tenha realizado

nenhuma intervenção, devido a análise estatística utilizada e seus resultados, pode-se propor que os achados corroboram com os demais encontrados na literatura, pois sugere-se que quanto mais ativo o sujeito for, menor a prevalência da SM e, conseqüentemente, menor o absenteísmo.

Quando os fatores de risco para as doenças cardiovasculares foram analisados isoladamente, observou-se que os mais frequentes foram, nesta ordem crescente: PAS, glicemia, HDL, triglicérides, RCQ e circunferência abdominal. Entretanto, na investigação de Pelegrini et al.³⁹ a ordem foi diferenciada (HDL-c, triglicérides, hipertensão arterial, obesidade abdominal e glicemia), assim como o estudo em adultos, de ambos os sexos, de Vitória – ES (hipertensão arterial, seguido de hipertrigliceridemia, baixo HDL-c, hiperglicemia e obesidade abdominal)³¹. Isto evidencia que de uma região para a outra os fatores de risco são distribuídos de maneiras diferentes na população, embora a obesidade abdominal seja mais constante entre os estudos. Conseqüentemente, as ações direcionadas ao monitoramento e à prevenção destes fatores de risco devem considerar as diferenças demográficas, sócio-econômicas e de estilo de vida^{40,41}.

É bem documentado que a idade contribui para o aparecimento da SM^{42,43,44,45}. No presente estudo, foi verificada associação entre SM e faixa etária, na qual observou-se aumento na frequência da SM conforme o avanço da idade. Além disso, os achados da pesquisa de Salaroli et al.³ vem de encontro a estes resultados, pois revelou maior prevalência de SM nos extratos etários mais jovens.

Dentre as limitações do estudo está em seu delineamento, por ser transversal e retrospectivo, impossibilitando verificar a relação de causalidade. O desenho ideal de estudo (ou seja, um estudo randomizado, controlado) é difícil ou quase impossível de se realizar numa população de funcionários, devido a relação entre empregados e empregadores. No entanto, as desvantagens desse desenho foram reduzidas usando uma análise de pontuação de propensão, que é uma tentativa de reconstruir uma situação semelhante à randomização de ajuste para confundidores relevantes.

Desta forma, cabe destacar que estudos com esse delineamento são relevantes para a identificação de problemas, facilitando o desenvolvimento e execução de estratégias para monitorá-los e amenizar seus efeitos deletérios. Os resultados obtidos também subsidiam a elaboração de hipóteses para os possíveis estudos longitudinais.

Em ambos os processos de clusterização o conjunto de variáveis independentes se repetem e considerado que a amplitude de dados advindo da multiplicidade e variedade das informações, pode-se concluir a primeira impressão de que o resultado do status da condição ativa do analisado, observa um universo heterogêneo, fato que é ratificado pela bibliografia, onde dentro de um contexto sistêmico, as alterações constituídas em cada uma das variáveis observadas constituem em arranjos compensatórios nas demais dimensões. Daí que os resultados observarem um cenário multidimensional é plausível de ser entendido nesse contexto. Desta forma, em resposta ao objetivo da presente pesquisa,

deve-se afirmar que nenhum dos fatores que envolvem a SM, isoladamente, é capaz de causar algum efeito na prevalência do absenteísmo.

CONCLUSÃO

Em conclusão, verificou-se que um estilo de vida melhor, incluindo mudanças na prática de atividade física e nutrição, não é apenas um benefício para os empregados, mas também é provável que seja benéfico para os empregadores que recebem os trabalhadores saudáveis que são menos propensos ao absenteísmo. A saúde geral e melhor força de trabalho, também tem sido relacionado com custos laborais mais baixos e maior produtividade.

Por fim, recomenda-se às organizações/empresas, que buscam melhorar a saúde dos funcionários, de implementarem programas de saúde do trabalhador. Se as pessoas se aproveitam de programas ajudando-os a manter seus baixos riscos e reduzir seus riscos elevados, as suas chances de experimentar outras doenças será reduzida, assim como seu afastamento da empresa. Isto leva a vitalidade o que repercute em maior qualidade de vida dos indivíduos, maior produtividade e redução de custos para as empresas, por afastamento.

REFERÊNCIAS

1. Becker SG, Oliveira ML. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Revista latino-americana de enfermagem*. Jan-Feb 2008;16(1):109-114.
2. Felli V, Tronchin D. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P, ed. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005:89-107.
3. Salaroli LB, Barbosa GC, Mill JG, Molina MC. [Prevalence of metabolic syndrome in population-based study, Vitoria, ES-Brazil]. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia*. Oct 2007;51(7):1143-1152.
4. Hendriksen IJ, Simons M, Garre FG, Hildebrandt VH. The association between commuter cycling and sickness absence. *Preventive medicine*. Aug 2010;51(2):132-135.
5. Hu G, Tuomilehto J, Borodulin K, Jousilahti P. The joint associations of occupational, commuting, and leisure-time physical activity, and the Framingham risk score on the 10-year risk of coronary heart disease. *European heart journal*. Feb 2007;28(4):492-498.
6. Matthews CE, Jurj AL, Shu XO, et al. Influence of exercise, walking, cycling, and overall nonexercise physical activity on mortality in Chinese women. *American journal of epidemiology*. Jun 15 2007;165(12):1343-1350.
7. de Geus B, Van Hoof E, Aerts I, Meeusen R. Cycling to work: influence on indexes of health in untrained men and women in Flanders. Coronary heart disease and quality of life. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. Aug 2008;18(4):498-510.

8. de Geus B, Joncheere J, Meeusen R. Commuter cycling: effect on physical performance in untrained men and women in Flanders: minimum dose to improve indexes of fitness. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. Apr 2009;19(2):179-187.
9. Lindstrom M. Means of transportation to work and overweight and obesity: a population-based study in southern Sweden. *Preventive medicine*. Jan 2008;46(1):22-28.
10. Wen LM, Rissel C. Inverse associations between cycling to work, public transport, and overweight and obesity: findings from a population based study in Australia. *Preventive medicine*. Jan 2008;46(1):29-32.
11. van den Heuvel SG, Boshuizen HC, Hildebrandt VH, Blatter BM, Ariens GA, Bongers PM. Effect of sporting activity on absenteeism in a working population. *British journal of sports medicine*. Mar 2005;39(3):e15.
12. Sassen B, Kok G, Schaalma H, Kiers H, Vanhees L. Cardiovascular Risk Profile: Cross-Sectional Analysis Of Motivational Determinants, Physical Fitness And Physical Activity. *Bmc Public Health*. 2010;10(1):592.
13. Czaja-Mituraj I; Merez-Kot D.; Szymczak W.; Borkiewicz A. Cardiovascular Risk Factors And Life And Occupational Stress Among Policemen. *Med Pr*. V. 64, N° 3, 2013, P. 335-48.
14. Anderson A. A., Yoo H., Franke W. D. Associations Of Physical Activity And Obesity With The Risk Of Developing The Metabolic Syndrome In Law Enforcement Officers. *Journal Occupation Environ Med*. 2016 Sep;58(9):946-51.
15. Ramey, SI, Downing Nr, Franke Wd. Milwaukee Police Department Retirees: Cardiovascular Disease Risk And Morbidity Among Aging Law Enforcement Officers. *Aaohn J*. 2009 Nov;57(11):448-53.
16. Franke W.D.; Ramey S.L.; Shelley M.C. Relationship Between Cardiovascular Disease Morbidity, Risk Factors, And Stress In A Law Enforcement Cohort. *J Occup Environ Med*. V. 44, N° 12, 2002, P. 1182-1189.
17. Violanti Jm, Fekedulegn D, Hartley Ta, Andrew Me, Charles Le, Mnatsakanova A, Burchfiel Cm. Police Trauma And Cardiovascular Disease: Association Between Ptsd Symptoms And Metabolic Syndrome. *Int J Emerg Ment Health*. 2006; 8(4): 227-237.
18. Rajaratnam Sm, Barger Lk, Lockley Sw, Shea Sa, Wang W, Landrigan Cp, O'brien Et Al. Work Hours, Health And Safety Group.Sleep Disorders, Health, And Safety In Police Officers. *Jama*. 2011 Dec 21;306(23):2567-2578
19. Minayo M.C.S., Souza E.R., Constantino P. Missão Prevenir E Proteger: Condições De Vida, Trabalho E Saúde Dos Policiais Militares Do Rio De Janeiro. Rio De Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. P. 328.
20. Thomas J, Nelson J, Silverman S. *Métodos de pesquisa em atividade física*. 5 ed. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

21. Barreto ACLYG, Ribeiro LG. Determinação do tamanho amostral. *Fitness e Performance Journal*. 2004;3(3):124.
22. Brasil MdS. Resolução 196/96. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Em 10 de outubro de 1996.
23. Organization WM. Declaration of Helsinki. *British Medical Journal*. Vol 3131996:1448-1449.
24. Quick T, Lapertosa J. Análise do absenteísmo em usina siderúrgica. *Rev. Brás Saúde Ocupacional*. 1982;40(10):62-67.
25. [I Brazilian guidelines on diagnosis and treatment of metabolic syndrome]. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. Apr 2005;84 Suppl 1:1-28.
26. Yoo h.I.; Eisenmann J.C. Franke W.D. Independent and combined influence of physical activity and perceived stress on the metabolic syndrome in male law enforcement officers. *J occup environ med*. V. 51, n 1, 2009, p. 46-53.
27. Leischik R, Foshag P, Straus M, littwitz H, Garg P, Dworrak B, et al. Aerobic capacity, physical activity and metabolic risk factors in firefighters compared with police officers and sedentary clerks. *Plos one* 10(7): 2015, pag 1-17.
28. Gu, MspH, Luenda E. C, Burchfiel, C. M., Sarkisian K, Andrew, M. E., Violant, J. M. Long work hours and adiposity among police officers in a us northeast city mr. Ja k. Published in final edited form as: *j occup environ med*. 2012 november, 1374–1381.
29. Ma CC, Burchfiel CM, Fekedulegn D, Andrew ME, Charles LE, Gu JK, Mnatsakanova A, Violanti JM. Association of shift work with physical activity among police officers: the buffalo cardio-metabolic occupational police stress study. *j occup environ med*. 2011 sep;53(9):1030-6.
30. Czaja-Miturai I; Merez-kot D.; Szymczak W.; Bortkiewicz A. **Cardiovascular risk factors and life and occupational stress among policemen**. *Med pr*. V. 64, n° 3, 2013, p. 335-48.
31. Sassen b, Kok G, Schaalma H, Kiers H, Vanhees I. Cardiovascular risk profile: cross-sectional analysis of motivational determinants, physical fitness and physical activity. *Bmc public health*. 2010;10(1):592.
32. Rossomanno CI, Herrick JE, Kirk SM, Kirk EP. A 6-month supervised employer-based minimal exercise program for police officers improves fitness. *J strength cond res*. 2012 sep;26(9):2338-44.
33. Boyce RW, Perko MA., Jones GR., Hiatt AH., Boone EL. **Physical fitness, absenteeism and workers' compensation in smoking and non-smoking police officers**. *Occup med (lond)*. V. 56. N° 5, 2006, p. 353-356.
34. Viana, Michell Vitoraci, C. Samaria, N. Júnior Rudy, V. Danyela, E. Dantas. Effects of a concurrent physical exercise program on aerobic power and body composition in adults. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 2014; vol.54, n°4:441-446.

35. Olafsdottir AS, Johannsdottir SS, Arngrimsson SA, Johannsson E. Lifestyle intervention at sea changes body composition, metabolic profile and fitness. *Public health*. Oct 2012;126(10):888-890.
36. Atkinson G, Fullick S, Grindey C, Maclaren D. Exercise, energy balance and the shift worker. *Sports Med*. 2008;38(8):671-685.
37. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. May 2006;23(5):469-480.
38. Wister A, Loewen N, Kennedy-Symonds H, McGowan B, McCoy B, Singer J. One-year follow-up of a therapeutic lifestyle intervention targeting cardiovascular disease risk. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. Oct 9 2007;177(8):859-865.
39. Pelegrini A, Santos-Silva DA, Petroski EL, Glaner MF. [Metabolic syndrome prevalence in males]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. Aug 2010;12(4):635-646.
40. Polanczyk CA. [Cardiovascular risk factors in Brazil: the next 50 years!]. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. Mar 2005;84(3):199-201.
41. Vedana EHB, Peres MA, Neves J, Rocha GC, Longo GZ. Prevalência de obesidade e fatores potencialmente causais em adultos em região do sul do Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab Syndr Relat Disord*. 2008;52(7):1156-1162.
42. Velasquez-Melendez G, Gazzinelli A, Correa-Oliveira R, Pimenta AM, Kac G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*. May 3 2007;125(3):155-162.
43. Athyros VG, Ganotakis ES, Bathianaki M, et al. Awareness, treatment and control of the metabolic syndrome and its components: a multicentre Greek study. *Hellenic journal of cardiology : HJC = Hellenike kardiologike epitheorese*. Nov-Dec 2005;46(6):380-386.
44. Erem C, Hacıhasanoglu A, Deger O, Kocak M, Topbas M. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon lipid study. *Endocrine*. Aug-Dec 2008;34(1-3):36-51.
45. Morimoto A, Nishimura R, Suzuki N, et al. Low prevalence of metabolic syndrome and its components in rural Japan. *The Tohoku journal of experimental medicine*. Sep 2008;216(1):69-75.

CAPÍTULO 8

LEVANTAMENTO DO PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS RESTRITOS AO DOMICÍLIO, POR MEIO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Data de aceite: 01/07/2020

Data da submissão: 06/05/2020

Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1033957613561365>

Vânia Ferreira de Figueiredo

Professora Assistente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (Fev/2020)
Professora Assistente da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1004113158838401>

Anna Luísa Moreira Melo

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8591549874844653>

Bruno Roberto Coman Fernandes

Acadêmico da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0026836907090367>

Felipe Guimarães Campos Fonseca

Acadêmico da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1334123831759839>

Georgia de Lima Vieira Carneiro

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7669624629053870>

Lara Azevedo Praes Caldeira Brant

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

Luiza Storch Carvalho

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3894622813970008>

Maria Elice Nery Procópio

Professora Assistente da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6648236632267474>

Pedro Machado Batista

Acadêmico da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte-MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7658228801511086>

Sarah Ferreira Lopes

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6669633043725709>

Simone Aparecida de Almeida

Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG
Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4629016821508257>

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde compreende o envelhecimento populacional como uma conquista e um triunfo da humanidade no século

XX, mas reconhece que existem muitos desafios para que o envelhecimento ocorra com qualidade de vida. No campo das políticas e dos programas dirigidos à população idosa, o desafio é contemplar seus direitos, preferências e necessidades, para a manutenção e melhoria de sua capacidade funcional, garantindo atenção integral e personalizada à sua saúde (PASCHOAL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2007).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde que objetiva qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que esta pode direcionar a organização do processo de trabalho de profissionais e equipes de atenção à saúde, otimizando o desenvolvimento de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde do idoso, identificando as principais vulnerabilidades e necessidades dessa população (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003). Dessa forma, a Caderneta é um instrumento estratégico que auxilia no bom manejo da saúde dessa população, uma vez que reúne, em apenas um instrumento, informações cruciais sobre a situação presente e passada do idoso, podendo ser usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos próprios idosos, seus familiares e cuidadores. Além do acompanhamento da saúde pregressa e atual, a Caderneta permite o registro e acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares e sobre as condições de saúde e hábitos de vida (PASCHOAL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2007; BRASIL, 2018).

O presente trabalho foi desenvolvido como prática de estágio supervisionado durante a disciplina de Práticas em Saúde Coletiva I, do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, de fevereiro a junho de 2018. Surgiu a partir da identificação de demanda junto aos profissionais do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, localizado na Regional Centro-Sul de Belo Horizonte, onde as atividades da disciplina foram realizadas. Consistiu em um levantamento do perfil clínico funcional dos idosos restritos ao domicílio e acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família do Centro de Saúde, por meio do preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

2 | MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional transversal, com o objetivo de analisar as condições de saúde de idosos domiciliados ou acamados, pertencentes a área de abrangência do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, em Belo Horizonte (MG), e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família da unidade.

A amostra foi por conveniência. Foram incluídos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, pertencentes a área de abrangência do Centro de Saúde, cadastrados junto às Equipes de Saúde e que eram restritos ao domicílio ou acamados, totalizando um N= 44 idosos, sendo 18 da equipe 1 e 26 da equipe 2. Ao final do estudo, apenas 31 idosos foram incluídos, sendo 11 da equipe 1 e 20 da equipe 2.

Foram excluídos 7 idosos da equipe 1 (1 não residia mais na área, 1 óbito, 2 em área de difícil acesso devido à violência, 2 em cuidados paliativos devido ao estado avançado de suas condições de saúde, 1 internação) e 6 da equipe 2 (3 não eram mais acamados, 1 por não ter disponibilidade para ser entrevistado, 1 internação e 1 impossibilidade de deslocamento dos alunos).

O instrumento utilizado foi a versão de 2017 da Caderneta Saúde da pessoa idosa, desenvolvida e amplamente divulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa abrange um conjunto de iniciativas que tem por finalidade analisar a qualidade dos serviços ofertados às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, sendo um instrumento proposto para auxiliar no manejo de qualidade da saúde dessa população (BRASIL, 2018). A caderneta inclui:

1. Identificação do usuário
2. Avaliação da pessoa idosa

a) medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso; b) os diagnósticos e internações prévios; c) cirurgias realizadas; d) reações adversas ou alergias a medicamentos; e) dados antropométricos; f) o protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13); g) informações complementares; h) avaliação ambiental; i) registro de queda; j) identificação de dor crônica; k) hábitos de vida do idoso.

3. Monitoramento de controle da pressão arterial e glicemia
4. Calendário de vacinação
5. Avaliação da saúde bucal

No entanto, no estudo foram preenchidos os dados referentes a identificação do usuário e a avaliação da pessoa idosa.

O processo de coleta de dados foi dividido em quatro momentos. Inicialmente houve uma familiarização, por parte dos alunos, com a caderneta do idoso, utilizando como referência o Manual para utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2018), a fim de que fosse conhecido o propósito da caderneta, a sua utilidade e qual as informações solicitadas e o correto preenchimento da mesma. Em um segundo momento foi realizado a identificação da amostra juntamente com a equipe de saúde da família do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria. Posteriormente, foi feito o agendamento prévio das visitas, junto aos agentes comunitários de saúde (ACS) das respectivas equipes. No quarto e último momento, foram realizadas as visitas aos indivíduos selecionados, acompanhados dos ACS, para a apresentação, preenchimento e entrega das cadernetas.

A análise dos dados foi feita usando tabulação através do programa Excel e medidas descritivas usando comparação entres os indivíduos das duas equipes.

6 | RESULTADOS

Para o preenchimento da Caderneta da Pessoa Idosa, foram visitados 11 idosos que residiam na área da Equipe 1, sendo 7 do sexo feminino e 4 do masculino. Já na área da Equipe 2, foram 20 visitados, sendo 13 do sexo feminino e 7 do sexo masculino. Esses dados são vistos no gráfico 1.

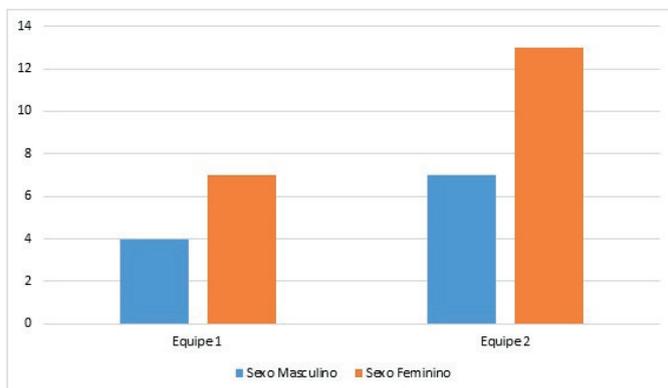


Gráfico 1: Distribuição por sexo entre os idosos das Equipes 1 e 2.

Fonte: Dados da coleta

Em relação à idade, obteve-se os dados exibidos na tabela 1, com uma média de idade de 78 anos dentre os idosos da Equipe 1 e 79 anos da Equipe 2, valores esses muito próximos.

	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
Equipe 1	78,81818182	11,27199411	99	63
Equipe 2	79,45	6,328309411	92	65

Tabela 1: Média, desvio padrão e valores máximo e mínimo da idade dos idosos das Equipes 1 e 2

Fonte: Dados da coleta

No que diz respeito à presença de alguma deficiência (auditiva; visual; cognitiva/ intelectual e física), a deficiência física foi a mais relatada, sendo um número de 5 idosos

em cada uma das áreas das Equipes 1 e 2, como vistos nos gráficos 2 e 3. Totalizando as características dos idosos de ambas as áreas, foram encontradas 27 deficiências, estando algumas delas presentes em um único idoso, visto que dentre os 31 idosos entrevistados, 20 são deficientes. Dados das junções de ambas as áreas são vistas no gráfico 4.

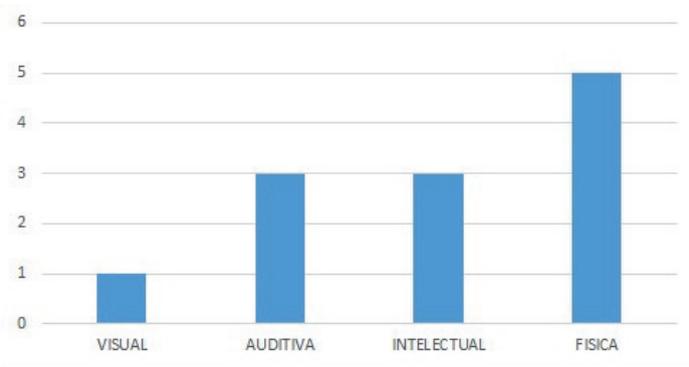


Gráfico 2: Tipos de deficiências relatadas entre os idosos da área da Equipe 1

Fonte: Dados da coleta

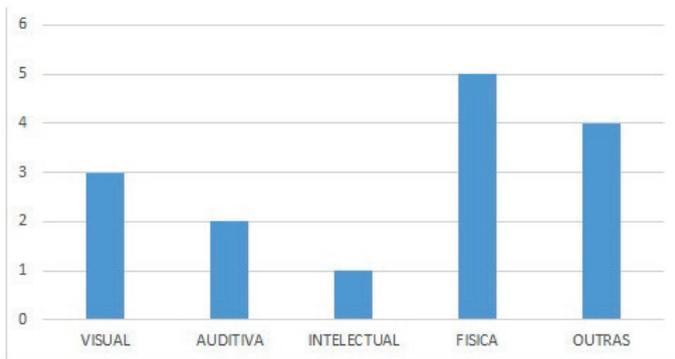


Gráfico 3: Tipos de deficiências relatadas entre os idosos da área da Equipe 2

Fonte: Dados da coleta

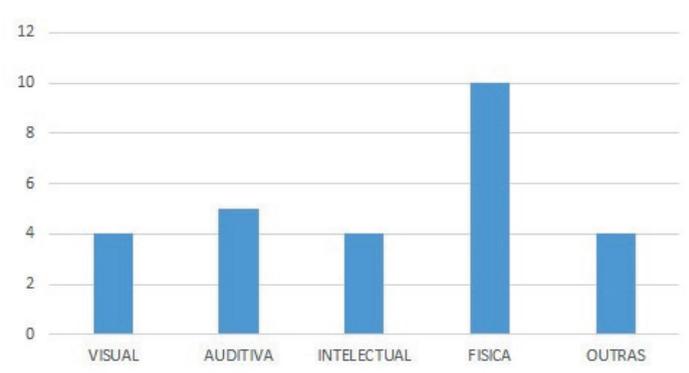


Gráfico 4: Total dos tipos de deficiências relatadas entre os idosos das equipes de saúde

Fonte: Dados da coleta

Em relação aos escores obtidos no VES-13 (*Vulnerable Elders Survey - 13*), um questionário capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades, foram obtidos os resultados presentes na tabela 2.

	Média	Desvio Padrão	Máximo	Mínimo
Equipe 1	7,18182	2,72424	10	0
Equipe 2	7,3	1,382027	10	3

Tabela 2: Média, desvio padrão e valores máximo e mínimo obtidos no escore do VES-13 dos idosos das Equipes 1 e 2

Fonte: Dados da coleta

Foram um total de 20 diferentes tipos de condições de saúde/diagnósticos relatados pelos idosos entrevistados e as mais comuns (mais de 4 idosos relataram apresentar a condição) são vistas no gráfico 5 e na tabela 3. Dentre todos os idosos, apenas 1 apresentou polipatologia (mais de 5 patologias), residente da área da Equipe 1, e 28 relataram apresentar alguma das condições/diagnósticos questionados, sendo 8 da área da Equipe 1 (72,72%) e 20 da área da 2 (100%).

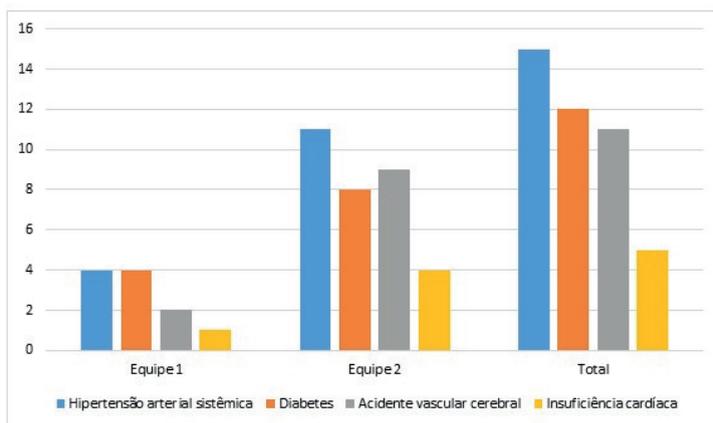


Gráfico 5: Condições de saúde/diagnósticos presentes entre os idosos entrevistados

Fonte: Dados da coleta

Condição	Equipe 1	Equipe 2	Total
HAS	4	11	15 (48,3%)
DM	4	8	12 (38,7%)
AVC	2	9	11 (35,5%)
ICC	1	4	5 (16%)

Tabela 3: Condições de saúde/diagnósticos presentes entre os idosos entrevistados

Fonte: Dados da coleta

O fato de haver um relevante número de condições de saúde variáveis, justificam os 18 idosos que utilizam concomitantemente 5 ou mais medicamentos, sendo 7 da área 1 (63,63%) e 11 da área 2 (55%).

Dentre outras informações coletadas, no que tange à vivência com parentes, apenas 2 idosos moram sozinhos, ambos da área da Equipe 1. Por fim, foram 6 idosos entrevistados acamados, sendo 4 da área da Equipe 1 e 2 da Equipe 2.

71 DISCUSSÃO

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em sua 4ª edição realizada pelo Ministério da Saúde (2017), foi o instrumento utilizado na obtenção dos dados clínicos e funcionais

dos idosos acamados ou restritos ao domicílio, da área de abrangência do Centro de Saúde Conjunto Santa Maria, em Belo Horizonte, participantes desse trabalho. As variáveis presentes na Caderneta do idoso se mostraram de fácil compreensão e aplicação, e sua análise fornece subsídios essenciais para a gestão do cuidado integrado à essa população.

Os resultados mostraram que dos 31 idosos visitados no total, 11 da equipe 1 e 20 da equipe 2, houve uma prevalência de indivíduos do sexo feminino em ambas as equipes (gráfico 1). O dado encontrado no estudo está de acordo com a distribuição brasileira de indivíduos do sexo masculino e feminino, que também tem como prevalência indivíduos do sexo feminino. Na população idosa brasileira é observado uma feminilização do envelhecimento, já que a mulher tem aproximadamente 7 anos a mais de vida do que o homem. É percebido também que, esses anos a mais são acompanhados de maior morbidade, o que aumenta as possibilidades de perdas funcionais e maior dependência.

Em relação à média de idade entre os entrevistados, o valor encontrado nas equipes 1 e 2, respectivamente foram 78 e 79 anos, fato que demonstra pouca variação de faixa etária entre os indivíduos entrevistados (tabela 1).

Quanto às deficiências observadas entre os idosos da amostra, a mais frequente foi a deficiência física, totalizando 5 idosos deficientes físicos em cada uma das áreas de abrangência. No total da população acompanhada (N=31), 20 apresentavam algum tipo de deficiência. Considerando que um dos critérios de inclusão ao trabalho foi justamente ser restrito ao domicílio e/ou acamado, pode ser a justificativa para que a presença de algum tipo de deficiência tenha sido observada em 64,5% dos idosos acompanhados. Desses, 10 idosos apresentam deficiência física, que pode ser justificada pela presença das sequelas neurológicas pós Acidente Vascular Cerebral, que foi uma condição relatada em 11 dos 31 idosos acompanhados.

O foco da saúde para a pessoa idosa é orientado a partir da funcionalidade global, considerando o risco de fragilidade presente e seu grau de dependência, buscando garantir a capacidade de gerir a própria vida. A Organização Mundial de Saúde em 2001, propôs um novo modelo para se pensar a relação entre saúde, doença e funcionalidade. A Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde compreende funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais, ou seja, pessoas com um mesmo diagnóstico clínico, podem apresentar níveis de funcionalidade e deficiência diferentes, considerando o meio em que estão inseridos e a forma como lidam com suas condições (MORAIS et al., 2015; LUCCHETTI et al., 2010; BRASIL, 2007). A presença de deficiência pode contribuir para uma redução na qualidade de vida dos idosos, caso não haja planejamento e medidas adequadas às suas necessidades.

No que diz respeito aos escores obtidos no questionário que verifica a presença de idosos vulneráveis, *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), foi observado um valor médio de 7,2 e de 7,3, nas equipes 1 e 2, respectivamente, o que representa uma vulnerabilidade

elevada dos idosos presentes na amostra, confirmando a necessidade de atenção e cuidados maiores com essa população. Cabe salientar que o desvio observado na população acompanhada pela equipe 1 superou o desvio da equipe 2, e com isso podemos inferir que no que tange vulnerabilidade os idosos da equipe 2 são mais homogêneos, o que não necessariamente representa algo positivo, já que a média de escore dessa equipe é mais alta.

A prevalência das doenças crônicas encontradas entre a população estudada, destacando-se a hipertensão (48,3%) e a diabetes (38,7%), está de acordo com os valores encontrados na população brasileira atualmente, que por sua vez também exhibe como mais frequentes as mesmas patologias apresentadas pelos participantes. Essas condições são influenciadas pela adoção ou não de hábitos de vida saudáveis, como alimentação balanceada e a prática constante de atividade física e requerem a implantação de estratégias para incentivar a mudança de hábito, bem como acompanhamento longitudinal por parte da equipe de saúde. Deve-se pensar também, no impacto dessas pessoas na esfera de responsabilidade pública, uma vez que as pessoas idosas têm necessidades crescentes, as quais devem ser atendidas para se garantir qualidade de vida para elas (SAAD, 2016).

A manutenção de uma rede familiar, que forneça suporte emocional, material, afetiva e de cuidado tem sido destacada como importante fator a influenciar de forma positiva a manutenção da qualidade de vida do idoso. Idade avançada e agravamento de estado de saúde requerem mais necessidade de auxílio de uma outra pessoa (LEITE, 2008). No que tange à vivência com parentes, apenas 2 idosos moram sozinhos.

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento pode ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de ser velho", condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (LIMA et al., 2008; NERI, 2001).

Borglin, Edberg e Hallberg (2005) demonstraram que a qualidade de vida de idosos depende da preservação do *self* e da manutenção de objetivos ao longo da vida, e a experiência de qualidade de vida envolveria valores pessoais, experiências anteriores, capacidade de adaptação às mudanças, independência, autonomia, atividades, saúde, relações sociais e viver em casa.

Neri (2007) apresenta um modelo psicológico de bem-estar subjetivo na velhice, no qual: a relação entre os riscos associados ao envelhecimento e o bem-estar subjetivo é mediada pelos mecanismos de autorregulação do *self* e pelo senso de ajustamento psicológico, em interação com os recursos sociais de que o idoso dispõe.

A qualidade de vida está relacionada à satisfação global e referenciada a domínios, que são percebidos pelos idosos de acordo com os seus afetos positivos e negativos,

vivenciados ao longo da vida e no processo de envelhecimento. Esses são formados pelas interligações mútuas entre as variáveis antecedentes (riscos socioeconômicos e biológicos, tais como: pobreza, exclusão social, baixa escolaridade e baixo status ocupacional; doenças somáticas, déficits sensoriais, depressão, dor crônica, incapacidade funcional e intelectual, inatividade e susceptibilidade ao estresse crônico), moderadoras (mecanismos de autorregulação do self, tais como, autoconceito, autoestima, autoavaliação, senso de autoeficácia, senso de controle, sistema de metas, estratégias de enfrentamento, estratégias de seleção, otimização e compensação e senso de ajustamento psicológico) e de critério (o bem-estar subjetivo, que inclui a satisfação global com a vida, a satisfação referenciada a domínios e afetos positivos e negativos) (NERI, 2007).

Como a população jovem é essencial para o país em termos econômicos, é possível pensar que seria lógico, apesar de imoral, que o governo dirigisse sua atenção em saúde para esse grupo, tendo em vista manter sua janela demográfica aberta e assim garantir o desenvolvimento do país. Não se pode, entretanto, pensar dessa maneira, sendo essencial levar em conta também o cuidado para com a população idosa, já que são direitos constitucionais dessas pessoas a saúde e a dignidade. Dessa forma, é preciso ter o mesmo cuidado por parte do poder público com todas as idades da população, de modo que cada uma dessas faixas etárias possua suas necessidades atendidas. Ademais, deve-se lembrar que por mais que os idosos não tenham uma participação direta na economia do país, eles são parte da sociedade e por isso caso haja um descaso com essas pessoas é válido pensar que isso poderá desestruturar a organização social e afetar também a população mais jovem. Um exemplo que ilustra isso seria por exemplo um adulto cujos pais doentes necessitam de cuidado e, portanto, ao serem esquecidos pelo governo, afetam tanto a capacidade de trabalho do filho, tanto fazem com que esse adulto tenha de gastar tempo em atenção aos seus parentes.

Outro ponto interessante a ser mencionado é que a atenção com a saúde desses idosos não deve ser apenas tão boa quanto o resto, mas também melhor e mais vigilante. A razão disso é que existe o princípio da equidade. Assim, sendo o idoso mais frágil e propenso a doenças que outras idades, é necessária uma atenção maior para esse grupo. Dessa forma, pode-se dizer que diferenciar o idoso é uma forma de igualdade, já que sua condição não é a mesma dos adultos, e dar o mesmo tratamento para ambos acabaria por deixar o idoso em desvantagem, tendo sido o ponto de partida diferente. Esse tipo de situação traduz o citado princípio da equidade, pelo qual o SUS deve prezar, já que mostra exatamente esse julgamento justo que deve ser almejado.

REFERÊNCIAS

BORGLIN, Gunilla; EDBERG, Anna-karin; HALLBERG, Ingalill Rahm. **The experience of quality of life among older people**. Journal Of Aging Studies, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 201-220, maio 2005. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2004.04.001>.

BRASIL. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta da saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção da Saúde: Departamento de atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual para utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LEITE, Marinês Tambara et al. **Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 250-257, June 2008.

LIMA, Ângela Maria Machado de; SILVA, Henrique Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. **Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LUCCHETTI, Giancarlo et al. **Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 13, n. 1, p. 51-58, 2010.

MORAIS, Paula Cristina Araújo et al. **Pressão arterial, doenças cardiovasculares e hábitos de vida de idosos**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 16, n. 5, p. 722-730, 2015.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. In: Palavras-chave em gerontologia. 2001.

NERI, Anita Liberalesso et al. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006

SAAD, Paulo Murad. **O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde**. Anais, p. 353-369, 2016.

CAPÍTULO 9

LEITURA, CINEMA E RÁDIO COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE

Data de aceite: 01/07/2020

Kárita Misaele Sousa Felipe

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1453854754075518>

Mirelle Fernandes Ferreira

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/1502028151295397>

Jonathan Reis da Silva

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3886592739435619>

Gabriela dos Reis

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/9759309065143533>

Wanderson Sant 'Ana de Almeida

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/3224837539082493>

Kamila Kronit Bastos

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Discente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/4822802142543542>

Edlaine Faria de Moura Villela

Universidade Federal de Goiás-Regional Jataí
Docente da Faculdade de Medicina, Jataí-
Goiás
<http://lattes.cnpq.br/8767578610764666>

RESUMO: O projeto de extensão oferece à comunidade acadêmica a oportunidade única de sair das salas de aula e agregar experiência de vida compartilhando conhecimento, saúde e bem-estar com a sociedade. Desta forma, o Projeto de extensão priorizou valores e atitudes, tais como, respeito cultural, transmissão de informações com diálogo acessível, conhecimento da realidade da comunidade e estabelecimento de ações de intervenção na promoção de saúde, educação, lazer e inclusão digital. Os estudantes, participantes do Projeto, Leitura, Cinema e Rádio para a comunidade: Em busca de uma formação acadêmica interdisciplinar e humanizada, utilizaram conhecimento teórico, criatividade e suas habilidades de comunicação. Por fim, no que se refere a prevenção, mudança no estilo de vida, comunicação, educação e saúde as ações realizadas foram de forma inquestionável essenciais para a formação dos estudantes e para promoção de saúde da comunidade de Jataí.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação, educação, prevenção, saúde.

READING, CINEMA AND RADIO AS A STRATEGY FOR IMPROVING THE COMMUNITY'S QUALITY OF LIFE

ABSTRACT: The extension project offers the academic community the unique opportunity to leave the classrooms and add life experience by sharing knowledge, health and well-being with society. In this way, the Extension Project prioritized values and attitudes, such as cultural respect, transmission of information with accessible dialogue, knowledge of the reality of

the community and establishment of intervention actions in the promotion of health, education, leisure and digital inclusion. The students, participants in the Project, Reading, Cinema and Radio for the community: In search of an interdisciplinary and humanized academic formation, they used theoretical knowledge, creativity and their communication skills. Finally, with regard to prevention, change in lifestyle, communication, education and health, the actions carried out were unquestionably essential for the training of students and for the promotion of health in the community of Jataí.

KEYWORDS: Communication, education, prevention, Cheers.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho é uma amostra das atividades realizadas no Projeto de Extensão intitulado Leitura, Cinema e Rádio para a comunidade: Em busca de uma formação acadêmica interdisciplinar e humanizada, que visa inserir os Estudantes da Área de Saúde da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí no contexto social, desempenhando ações educativas, preventivas e de comunicação em saúde voltadas para públicos diferentes, com abordagens temáticas pertinentes com a realidade da comunidade e com a grade curricular dos estudantes.

Deve-se considerar que a proposta rompe os limites entre aulas e discussões teóricas e alcança resultados maiores do que somente proporcionar aprendizado, pois permite que a população tenha acesso a informações, a esclarecimentos de dúvidas e a medidas preventivas que influenciam na mudança de comportamentos, hábitos e na qualidade de vida das pessoas.

Pensando na comunicação como parte do processo de saúde, em concordância com o que afirmou Scliar, citado por Bejzman (1991, p.271) e cientes, de que ao oferecer informação de forma simples, clara e precisa, garante-se não só acesso mais justo à saúde e ao bem estar, mas também à medidas de educação e lazer, este trabalho se iniciou e vêm acontecendo alicerçado no respeito pela cultura do outro, no diálogo entre os estudantes e a sociedade, na dedicação em adaptar a linguagem e torná-la acessível, na observação, constatação de problemáticas e ações de intervenção e na promoção de saúde, educação, lazer e inclusão digital.

2 | OBJETIVO

O intuito deste resumo é fazer uma contextualização teórica a respeito das atividades práticas desempenhadas pelo Projeto de Extensão mencionado, permitindo discutir a relevância das atitudes desenvolvidas pelos estudantes para realidade social, política, cultural e humana da comunidade Jataiense.

3 | METODOLOGIAS

A partir do embasamento teórico construído por meio de uma revisão bibliográfica, foi possível estabelecer uma comparação com a experiência e os resultados obtidos nas ações concretizadas pelos estudantes no Projeto.

Tendo em vista que o Projeto conta com três frentes em atividade: Cine Saúde, Saúde em Foco (rádio) e Geloteca saudável, foram realizadas várias ações, como palestras educativas sobre Alimentação, exercícios físicos, higiene pessoal, higiene do ambiente e saúde bucal; programa de rádio informativo, esclarecendo dúvidas sobre Zika vírus; campanhas para doação de livros, gibis e geladeiras para concretizar as bibliotecas feitas, a partir da personalização das geladeiras para armazenamento dos livros; sessões de filmes com temas de saúde para públicos-alvo (crianças/adolescentes).

A escolha da rádio foi feita de acordo com a disponibilidade e interesse do veículo de comunicação em firmar parceria com o projeto, já os locais das palestras foram escolhidos pelos alunos, visando atingir um grande número de pessoas. Os temas também foram escolhidos pelos discentes, de acordo com a demanda de cada local onde foram realizadas as atividades.

Os estudantes foram divididos em quatro comissões organizadoras, cada uma constituída por seis alunos, sendo elas, responsáveis a cada dois meses por uma atividade específica (Cinema, Rádio, Arrecadação de livros e Confecção das Geladeiras). Depois de concluir uma atividade, cada comissão se reúne e elabora um relatório sobre o que foi proposto, o que foi realizado, os resultados, as discussões e conclusões a respeito da etapa concluída. Em seguida, todas as comissões se reúnem para apresentar os resultados, partilhar as experiências e se organizar para próxima etapa.

Até o momento, os materiais utilizados estão sendo adquiridos por recursos próprios (aparelhos eletrônicos, materiais para dinâmicas) doações (livros, geladeiras) e empréstimos institucionais (Retroprojektor).

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante do que foi exposto, conclui-se que há um diálogo íntimo entre a atitude dos estudantes e a prevenção, promoção de saúde, educação e comunicação. E acrescenta-se que, partindo dos objetivos propostos e realizações houve um aprendizado acadêmico de relevância social, política e cultural. Os estudantes foram agentes ativos, entraram em contato com a realidade, com as pessoas, com suas crenças e se dispuseram a atuar como agentes transformadores e aprendizes: Desta forma, na comunicação, não há sujeitos passivos. Os sujeitos co-intencionados ao objeto de seu pensar se comunicam seu conteúdo. [...] O que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo. (FREIRE, 1977, p.67).

Ainda neste contexto, os depoimentos dos alunos da Escola Municipal Antônio Tosta

de Carvalho, que participaram da palestra sobre Higiene pessoal e ambiental, alimentação e exercícios físicos, comprovam que houve diálogo nas atividades e que elas foram correspondidas com entusiasmo, curiosidade e promessas de mudança de hábitos: “Gostei muito! Estou muito feliz! Obrigada por virem até aqui nos ajudar com isso tudo que falaram”; “Não sabia que tínhamos que lavar os vasos de planta por causa da dengue, vou falar para minha mãe”; “Temos que lavar as mãos para evitar germes”; “Bolo de aniversário é gostoso, mas não podemos comer todo dia”.

Durante as discussões, algumas declarações das crianças provocaram reflexões, como: “Lá em casa não temos escova de dente”. Nestes momentos, percebe-se que a qualidade de vida é resultado de vários fatores e por isso, infelizmente, nem sempre está ao alcance de todos. Cabe então, o envolvimento de vários segmentos sociais nesta árdua tarefa.

As considerações expostas neste resumo conduzem a uma declaração final: A comunhão entre Educação em saúde e Comunicação se mostra uma ferramenta de grande relevância para o aprendizado acadêmico, social, cultural e político, representando um passo primordial para transpor os limites teóricos e impulsionar mudanças.

Do ponto de vista acadêmico, ressalta-se a troca de experiências, a aquisição de habilidades comunicacionais pelos estudantes e contribuição para uma formação profissional humanizada e interdisciplinar. Socialmente, nota-se a contribuição do Projeto ao proporcionar informação, prevenção e discussão para comunidade. E neste sentido, deve-se considerar que 120 pessoas foram contempladas, até o momento, com as ações do projeto. No contexto cultural é um impulso para mudanças no comportamento e estilo de vida. E por fim, politicamente, incorpora no meio social a garantia de que direitos e deveres, sejam cumpridos.

5 | CONCLUSÕES

Apesar de dificuldades, como a demora ou ausência de resposta objetiva e definitiva da Rádio parceira do Projeto, insuficiência de recursos e materiais disponibilizados para efetivar-se as atividades, todos os objetivos, até o momento propostos, foram concluídos com êxito, superando nossas expectativas.

REFERÊNCIAS

ANTENOR, Samuel. **Comunicação e saúde**. São Paulo. Quadrimestral. Boletim do Instituto de Saúde vol. 12, n.1, 2010. Disponível em: www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude. Acesso em: 10 set. 2016.

ARAÚJO I.S.; CARDOSO J.M; **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cad. Saúde Pública vol.24 n.5, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso: 10 set. 2016.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, Ed.Três, 1977.

CAPÍTULO 10

MONITORAMENTO DE DESCARTE DE RESÍDUOS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE ENSINO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Cássia Beatriz Parreira

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1031338731007980>

Keitsilaine Romeiro Mendes

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3911192933739152>

Paula Caroline Carneiro da Silva

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7763741212769002>

Karla de Toledo Candido Muller

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4802739381481846>

Ellen Souza Ribeiro

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0538790643406168>

Ana Lígia Barbosa Messias

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6140084253479928>

Lorena Falcão Lima

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3172713552980696>

Débora Cardozo Bonfim Carbone

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9867383882440486>

Karine Ferreira da Costa

Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
Link para o Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2296624521954926>

RESUMO: Os recursos financeiros destinados às instituições de saúde devem ser utilizados com sabedoria, visando à organização dos serviços prestados, aumentando a eficácia e a segurança dos usuários e dos profissionais de saúde. Com isso é importante que os gestores dos serviços de saúde consigam construir planos e metas para a minimizar a ocorrência de descarte incorreto de resíduos de saúde, promovendo melhora da assistência prestada aos pacientes com aumento da segurança dos trabalhadores e a redução dos impactos socioambientais. O objetivo foi comparar o monitoramento de descarte de resíduos de saúde em setores assistenciais de um Hospital de Ensino em Campo Grande - MS. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, e buscou identificar inconsistências relacionadas ao descarte de

resíduos de saúde, por meio de dados secundários de monitoramento de descartes realizados em junho 2018 e visitas de monitoramento realizadas nesta pesquisa, entre fevereiro e março de 2020. Ao comparar dados do mesmo local e em diferentes períodos, foi possível verificar que o descarte de resíduos de saúde realizado nos setores assistenciais apresentou aumento de inconsistências, indicando que os profissionais de saúde atenuaram a responsabilidade quanto a segregação, com o passar dos anos.

PALAVRAS-CHAVE: Resíduo de Serviço de Saúde, Gerenciamento de Resíduos, Educação em Saúde Ambiental.

ABSTRACT: The financial resources destined to health institutions must be used wisely, aiming at the organization of the services provided, increasing the effectiveness and safety of users and health professionals. As a result, it is important that health service managers are able to build plans and goals to minimize the occurrence of incorrect disposal of health waste, promoting an improvement in the care provided to patients with increased worker safety and reducing socio-environmental impacts. The objective was to compare the monitoring of health waste disposal in health care sectors of a Teaching Hospital in Campo Grande - MS. It is a descriptive, exploratory study, with a quantitative approach, and sought to identify inconsistencies related to the disposal of health waste, through secondary data for monitoring waste in June 2018 and monitoring visits carried out in this research, between February and March 2020. When comparing data from the same place and in different periods, it was possible to verify that the disposal of health waste carried out in the assistance sectors showed an increase in inconsistencies, indicating that health professionals mitigated the responsibility for segregation, with the passing of the years.

KEYWORDS: Health Service Waste, Waste Management, Environmental Health Education.

1 | INTRODUÇÃO

Antigamente, os serviços de saúde prestados no Brasil aconteciam de forma remunerada, o seja, era necessário pagar para obter os serviços prestados, ao passar dos anos o Brasil sentiu-se que fosse necessário ocorrer mudanças na saúde, com isso em 1988 criou-se o nosso vigente Sistema Único de Saúde (SUS). Unificando a saúde no Brasil, porém o SUS ainda é muito jovem e por isso sofre com diversas dificuldades, uma delas é manter a qualidade unificada para o país inteiro e com isso os recursos disponibilizados para os municípios são insuficientes para cobrir os custos diretos da maioria dos procedimentos (NETO; MALIK, 2007).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 222 de 2018 e Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama) nº 358 de 2005, todos os geradores de resíduos de serviços de saúde devem elaborar e implementar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

São considerados geradores de resíduos de saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, como os hospitais, os serviços de assistência

domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde, necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias - inclusive as de manipulação - estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centros de controle de zoonoses, distribuidores de produtos farmacêuticos, distribuidores e produtores de materiais para diagnóstico *in vitro*, unidades móveis de atendimento à saúde, serviços de acupuntura, serviços de tatuagem e de estética, entre outros (BRASIL, 2018; BRASIL, 2005).

Devido à heterogeneidade dos RSS, esses são classificados de acordo com seus potenciais riscos e características, no qual o grupo A representa o resíduo infectante, o grupo B corresponde ao resíduo químico, o grupo C contempla o resíduo radioativo, o grupo D é identificado pelos resíduos comuns e o grupo E são os resíduos perfurocortantes (BRASIL, 2018; BRASIL, 2005).

O ambiente de trabalho hospitalar pode ser uma área de risco considerável de acidentes, sejam eles causados por agentes biológicos, químicos, físicos, psicossociais ou decorrentes da organização do trabalho (GUILARDE *et al.*, 2010), sendo imprescindível estabelecer métodos de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS), principalmente àqueles que possuem risco contagioso, a fim de garantir a segurança dos pacientes, profissionais de saúde e meio ambiente (MATEOS; SOLIS; CASTRO, 2004).

O gerenciamento dos RSS promove adequações e melhorias nas ações relacionadas ao manejo dos resíduos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final (BRASIL, 2018).

A segregação adequada, além de proporcionar um encaminhamento seguro, promove a diminuição de produção dos RSS, e conseqüentemente a redução de custos relacionados e de desperdícios de produtos (SISINNO e MOREIRA, 2005).

A cada ano que passa, ocorre um aumento dos problemas ecossistêmicos gerando aumento proporcional de discussões sobre a importância da sustentabilidade presente em nosso cotidiano e em todos os lugares em que passamos, afetando de forma direta na saúde da população, uma vez que quando se fala de saúde da população ela está diretamente ligada a meio ambiente, funciona de modo proporcional, quanto mais ações sustentáveis mais saúde teremos, assim, cabendo aos profissionais de saúde a responsabilidade da utilização dos materiais assistenciais e descartes de forma correta para reduzir os impactos causados por essa prática (PEREIRA; & SOUZA, 2013).

O descarte adequado de RSS proporciona inúmeras vantagens já conhecidas, como a redução de sua produção e dos custos relacionados ao tratamento e disposição final destes, redução de acidentes ocupacionais ocasionados por descarte inadequado de perfurocortantes, controle de infecção hospitalar, entre outros tantos benefícios, não só aos profissionais de saúde envolvidos no processo diretamente, mas também aos profissionais das demais categorias dos estabelecimentos de saúde, ao meio ambiente e à comunidade

externa.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi comparar o monitoramento de descarte de resíduos de saúde em setores assistenciais de um Hospital de Ensino de Campo Grande - MS.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, e buscou identificar inconsistências relacionadas ao descarte de resíduos de saúde, por meio de dados secundários de monitoramento de descartes realizados em junho 2018 e visitas de monitoramento realizadas nesta pesquisa, em fevereiro e março de 2020.

O estudo foi realizado em um Hospital de Ensino de Campo Grande (MS), em que, primeiramente, houve a coleta de dados secundários relacionados ao monitoramento de descarte de resíduos de saúde, referentes aos setores assistenciais, no mês de junho de 2018, realizado e disponibilizado pela Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde instituída no hospital de escolha.

Os dados pré-existentes abordaram 9 (nove) perguntas em formato de *checklist*, quais sejam: 1ª As lixeiras se encontram identificadas?; 2ª Existe resíduo infectante na lixeira comum?; 3ª Existe resíduo comum na lixeira infectante?; 4ª Existe resíduo perfurocortante nas lixeiras?; 5ª Existe saco de lixo na cor preta em lixeira de resíduo infectante?; 6ª Existe saco de lixo na cor branca em lixeira de resíduo comum?; 7ª Existe lixeira de resíduo infectante em local indevido?; 8ª A caixa de perfurocortantes encontra-se acima do limite indicado?; 9ª As agulhas estão sendo descartadas com reencepe?. Sendo as perguntas 5 e 6 realizadas para observar o comprometimento dos colaboradores da higienização, uma vez que são eles que fazem as trocas dos sacos.

Estas mesmas perguntas foram respondidas por meio de instrumento próprio durante as visitas de monitoramento realizadas aos setores assistenciais, sendo a primeira visita em 13 de fevereiro de 2020 e a última em 16 de março de 2020, nas quais foram observados todos os recipientes destinados ao descarte de resíduos de saúde, incluindo lixeira para descarte de resíduo infectante, químico e comum, e caixa destinada ao descarte de resíduo perfurocortante, sendo excluídos os recipientes localizados nos banheiros e enfermarias/leitos de precaução respiratória e de contato.

Os setores assistenciais visitados totalizam 13 (treze) serviços, sendo eles: Centro de Terapia Intensiva adulto; Centro de Terapia Intensiva neonatal; Centro de Terapia Intensiva pediátrico; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais; Enfermaria pediátrica; Maternidade; Clínica médica; Clínica cirúrgica I; Clínica cirúrgica II; Unidade coronariana; Doenças infecto parasitárias; Nefrologia e; Pronto Atendimento Médico adulto.

Foram realizadas 6 (seis) visitas, sendo duas no período matutino, duas no período vespertino e duas no período noturno, tendo-se o cuidado de ir em dias de plantões

alternados, com datas aleatórias e sem comunicado prévio aos profissionais de saúde.

O monitoramento dos recipientes de descarte contemplou a abertura das lixeiras por meio de pedal, para a visualização de seu interior, e identificação dos resíduos que não correspondem ao grupo de resíduo designado para aquele tipo de recipiente. Quanto a caixa destinada ao descarte de perfurocortantes, devido aos riscos relacionados ao manejo da mesma, optou-se por verificar seu interior apenas por meio de visualização, em sua abertura circular, superior.

Ao final das visitas, os dados foram aplicados na ferramenta *Microsoft Excel 2010* em formas de planilhas e transformado em gráficos, assim, foram comparados os dados secundários de junho de 2018 e os dados levantados em fevereiro e março de 2020.

Considerando os aspectos éticos, o projeto deste estudo foi submetido ao Cadastro de Projetos de Pesquisa na Gerência de Ensino e Pesquisa e aprovado pelo Colegiado Executivo do Hospital de Ensino em questão, sob Resolução nº 061/2019, sob protocolo GEP 78/2019.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar os resultados, agrupamos os dados dos setores assistenciais em gráficos de acordo com o organograma apresentado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) em domínio público, representando-o de uma forma organizacional, divididos por linhas de cuidado.

3.1 Unidade de Urgência e Emergência

Nesta unidade o serviço abordado foi o de Pronto Atendimento Médico (PAM) adulto, local em que atende os pacientes que chegam em estado de Urgência ou Emergência, ou seja, situações em que o paciente corre risco iminente de vida.

Ao analisar os dados deste setor, não foram observadas ocorrências nas questões de número um, cinco, sete e nove, tanto nos dados de 2018 como em 2020.

Nas visitas realizadas no PAM adulto em 2020, foram verificadas 48 lixeiras destinadas a resíduos comuns, 36 lixeiras destinadas a resíduos infectantes, 24 caixas de perfurocortantes e 6 lixeiras para descarte de resíduos químicos.

O Gráfico 1 apresenta as perguntas dois, três, quatro e oito, do *Checklist* utilizado em junho de 2018 e em fevereiro e março de 2020, comparando os dados obtidos nesses períodos no PAM.

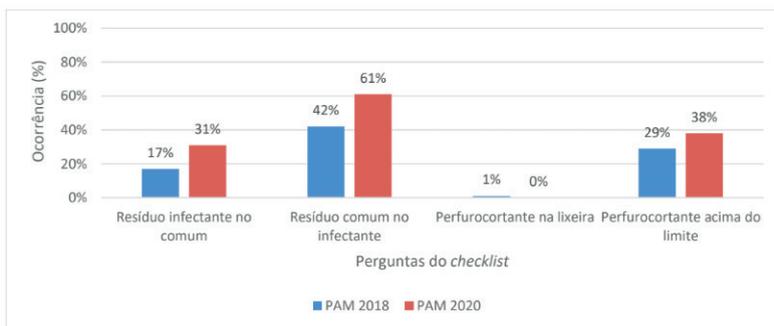


Gráfico 1 – Número de ocorrências em porcentagem no serviço de Pronto Atendimento Médico em 2018 e 2020.

Nos resultados obtidos em 2018 e 2020, as lixeiras verificadas no PAM apresentaram ocorrências de descarte inadequado de resíduos infectantes e comuns, enquanto o descarte de resíduo perfurocortante em lixeiras não foi detectado em 2020.

Quanto ao descarte de resíduos infectantes nas lixeiras destinadas ao descarte de resíduos comuns, ocorreu um aumento de 14% de ocorrências, e 19% dos resíduos comuns foram descartados nas lixeiras de resíduos infectantes.

Dentre os resíduos comuns encontrados nas lixeiras infectantes, em 2020, estão restos alimentares, fraldas, papel de escritório, sacos plásticos, embalagens, copos descartáveis, papel toalha e um galão de produto de limpeza. Enquanto que, nas lixeiras comuns foram encontrados resíduos que deveriam ser descartados nas lixeiras de resíduos infectantes, como curativos, equipos de soro, seringa, frasco de soro, extensor de dreno, máscaras e luvas. Em 2018 houve 1% de ocorrência em perfurocortante descartados em lixeiras, episódio que não foi detectado em 2020.

Com relação as caixas de perfurocortantes, registrou-se um aumento de 9% nas caixas que se encontraram acima do limite indicado.

O PAM pertence a um dos três serviços que necessitam da presença de lixeira para descarte de resíduos químicos, porém, essa lixeira não possui dados em 2018, não obstante, observamos que os descartes encontrados durante as visitas nessa lixeira aconteceram de forma inadequada, sendo encontrado resíduos como papel de escritório, caixa de papelão e eletrodos para eletrocardiograma.

Como observado no gráfico, o PAM é um serviço que possui um histórico de ocorrência de descarte inadequado de RSS, e ao passar 21 meses (1 ano e 9 meses) foi possível verificar que a qualidade do descarte dos RSS decaiu. Vale considerar que houve aumento no número de máscaras descartadas incorretamente nas últimas visitas, o que pode ser ou não associado à chegada da pandemia de Covid-19 em Mato Grosso do Sul.

3.2 Unidade de Terapia Intensiva e Semi-intensiva

As unidades de terapia intensiva, foram criadas com a finalidade de salvar vidas com risco iminente, assim, por meio de realizações de procedimentos complexos e por algumas vezes invasivos, associados as novas tecnologias tem tido resultados em salvar e prolongar a vida dos pacientes.

O Gráfico 2 apresenta a segunda pergunta, a terceira, a oitava e a nona, nos setores do CTI Neonatal e CTI Pediátrico nos anos de 2018 e 2020.

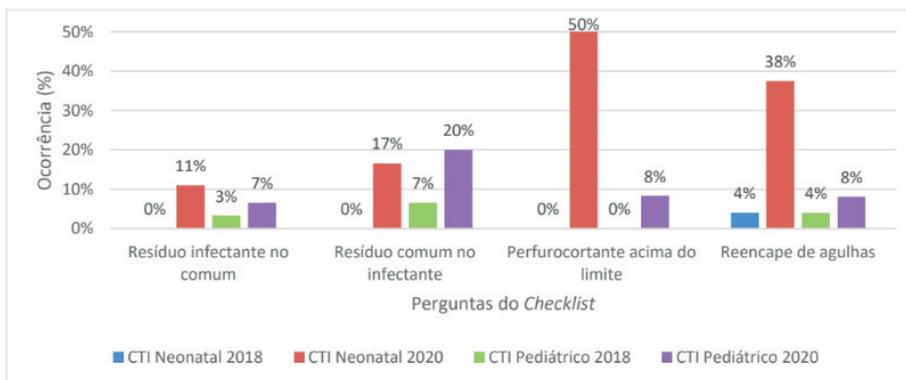


Gráfico 2 – Número de ocorrências em porcentagem nos setores CTI Neonatal e CTI Pediátrico no ano de 2018 e em 2020.

Quanto a primeira, quinta, sexta e sétima pergunta, tanto em 2018 quanto nos resultados de 2020, todas as lixeiras observadas nestes serviços não apresentaram ocorrências.

Conferindo os dados de 2018 em relação a 2020, o CTI Neonatal teve um aumento de 11% dos resíduos infectantes descartados nas lixeiras de resíduos comuns, e 17% dos resíduos comuns descartados nas lixeiras destinadas aos resíduos infectantes, visto que, no ano de 2018 esse setor não apresentou ocorrência de descarte inadequado de RSS.

Dentre os resíduos infectantes encontrados nas lixeiras comuns no CTI Neonatal em 2020 haviam luvas e frasco ampola de plástico.

A questão de número três aborda o número de ocorrências de resíduo comum nas lixeiras de resíduo infectante, sendo encontrados papel de escritório, copos descartáveis e embalagens.

A ocorrência de caixas de perfurocortantes acima do limite indicado atingiu 50%, e 34% das agulhas descartadas nessas caixas foram reencapadas.

Destaca-se a ausência desta última ocorrência em 2018 e o salto crescente desta em 2020, em que 50% das caixas de perfurocortantes foram detectadas acima do limite

indicado, e 34% a mais em ocorrências de reencape de agulhas.

Tais ocorrências são preocupantes, visto que, os profissionais podem se perfurar ao tentar reencapear agulhas e ao descartar objetos cortantes nas caixas que, por vezes, estão localizadas em locais altos, impedindo a visualização do profissional ao realizar o descarte, ocasionando o risco de haver alguma ponta cortante na extremidade superior da caixa, estando em desacordo com a Norma Regulamentadora nº 32 de 2005 e RDC nº 222 de 2018 que estabelece a proibição do reencape de agulhas e orienta quanto ao limite indicado nas caixas de perfurocortantes, respectivamente.

Conferindo os dados de 2018 em relação a 2020, o CTI Pediátrico teve um aumento de 4%, nos resíduos infectantes descartados nas lixeiras comuns e 13% em resíduos comuns descartados nas lixeiras infectantes, sendo os resíduos infectantes encontrados em 2020 luvas e gaze, e resíduos comuns encontrados nas lixeiras infectantes embalagens, papel toalha, sacos plásticos, copos descartáveis e papel de escritório.

A ocorrência de caixas de perfurocortantes acima do limite aumentou em 8%, e o reencape de agulhas aumentou 4% em relação a 2018.

Esse setor em 2018 já apresentava algumas inconsistências no descarte de RSS, porém, em 2020 o descarte inadequado aumentou.

O Gráfico 3. Apresenta a segunda pergunta, a terceira, a quarta, a oitava e a nona, nos setores do CTI Adulto e Unidade Coronariana nos anos de 2018 e 2020.

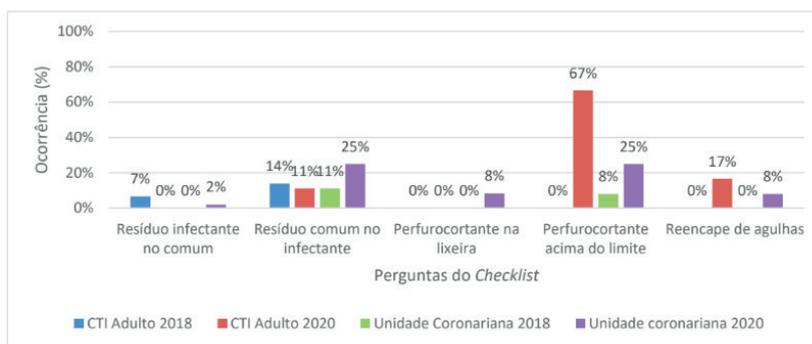


Gráfico 3 – Número de ocorrências em porcentagem nos setores CTI Adulto e UCO no ano de 2018 e em 2020.

A primeira, quinta, sexta e sétima pergunta, tanto em 2018 quanto nos resultados de 2020 não apresentaram ocorrências observadas nesses setores.

Analisando os dados de 2018 em relação a 2020, o CTI Adulto teve um declínio de 7% nas ocorrências de resíduos infectantes descartados nas lixeiras comuns e 3% nos resíduos comuns descartados nas lixeiras infectantes, assim, somente descartes de resíduos comuns foram encontrados de forma inadequada em 2020, sendo eles

embalagens, papel toalha e papel de escritório.

As caixas de perfurocortante acima do limite atingiu um aumento de 67% e o reencape de agulha 17% em relação ao ano de 2018.

Esse setor surpreendeu positivamente ao mostrar redução no número de ocorrências de descartes inadequados de RSS, entretanto, teve o maior quantitativo registrado na pesquisa de 2020 em caixas de perfurocortante acima do limite indicado, o que favorece a ocorrência de acidentes ocupacionais, como mencionado no setor CTI Neonatal.

Verificando os dados de 2020 em relação ao ano de 2018 na UCO temos um aumento de 2% de resíduo infectante descartado na lixeira comum e 14% de resíduo comum na lixeira de infectante. Os resíduos infectantes encontrados nesse setor em 2020 foram máscaras, e os comuns corresponderam a copo descartável, papel toalha, papel de escritório e embalagens.

A Unidade Coronariana foi o único serviço a registrar descarte de perfurocortante em lixeira, sendo esse uma ampola de vidro.

A ocorrência de caixas de perfurocortantes acima do limite aumentou em 17%, e o reencape de agulhas aumentou 8% em relação a 2018.

A Unidade Coronariana em 2018 tinha um número baixo de ocorrências e em alguns critérios chegando a zero, porém, em 2020, além de ocorrer o aumento de descarte incorreto de resíduos, caixas acima do limite indicado e reencape de agulhas, houve ainda a ocorrência de perfurocortante em lixeira comum, o que inviabiliza o tratamento e disposição final ambientalmente adequados, e pode ocasionar acidentes aos colaboradores da higienização envolvidos no manejo de RSS.

3.3 Unidade de Atenção à Saúde Adulto

Os setores que pertencem à saúde do adulto, contém um conjunto de procedimentos, com o objetivo de prestar assistência de forma universalizada, integralizada e igualitária para os pacientes que precisam de exames e especialidades médicas.

A primeira pergunta é se todas as lixeiras do setor estão identificadas, tanto em junho de 2018 quanto nos resultados de 2020 todas as lixeiras observadas nos setores Centro Cirúrgico I, Centro Cirúrgico II, Clínica Médica, Doenças Infecto Parasitárias e Nefrologia encontraram-se identificadas corretamente.

O Gráfico 4 apresenta os dados coletados da segunda pergunta, da terceira, da quarta, da oitava e da nona do *checklist* nos setores da Clínica Cirúrgica I e II nos anos de 2018 e 2020. As perguntas cinco, seis e sete não obtiveram nenhuma ocorrência tanto em 2018 quanto em 2020.

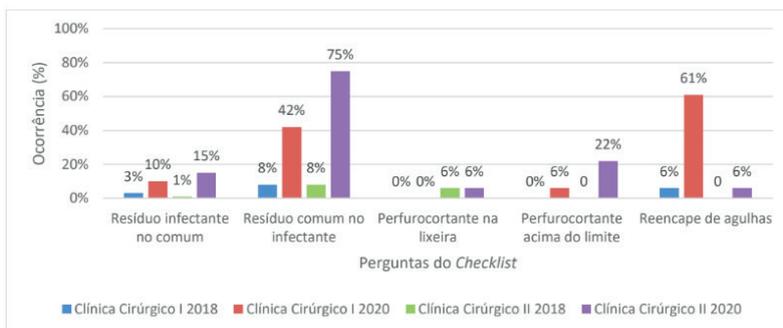


Gráfico 4 – Número de ocorrências em porcentagem nos setores Clínica Cirúrgica I e Clínica Cirúrgica II nos anos de 2018 e 2020.

No setor da Clínica Cirúrgica I foram observadas 60 lixeiras comuns, 24 lixeiras infectantes e 18 caixas de perfurocortantes em 2020, as lixeiras comuns apresentaram aumento de 7% na ocorrência de resíduos classificados infectantes nas lixeiras comuns. Os resíduos infectantes encontrados nessas lixeiras em 2020, foram: frasco de soro, luvas, máscara e restos de curativos.

Das lixeiras infectantes observadas durante a pesquisa verificou-se aumento de 14% nas ocorrências de descarte de resíduos classificados como comum nas lixeiras destinadas a resíduos infectantes. Os resíduos comuns encontrados nessas lixeiras no ano de 2020, foram: embalagens, copos descartáveis, papel toalha e sacos plásticos.

Não houve ocorrência de descarte de perfurocortante em lixeira em nenhuma das visitas, e das caixas de perfurocortantes acima do limite não houveram ocorrências nos dados de 2018, enquanto que, em 2020 ocorreu um aumento de 6%, e o maior registro de inconsistências foi o descarte de agulhas reencapadas, com 55% a mais do que no ano de 2018.

O acréscimo na ocorrência de reencapes de agulhas foi significativo em 2020, sendo preocupante, pois esta prática normalmente é um hábito adotado pelo profissional de saúde e, tratando-se de um hospital de ensino, pode interferir no processo de formação de alunos, o que corrobora com estudo de Martins *et al.* (2017), que demonstra que a adesão dos estudantes às precauções padrão, especialmente à recomendação de não reencapar agulhas, é baixa.

Na Clínica Cirúrgica II as lixeiras observadas totalizaram 72 destinadas a resíduos comuns, 12 aos infectantes e 18 caixas de perfurocortantes em 2020. As lixeiras destinadas a resíduos comuns apresentaram aumento de 14% na ocorrência de descarte de resíduos infectantes, sendo seringa, luva, saco de resíduo infectante, frascos de soros, curativos e máscara.

As lixeiras de resíduos infectantes observadas apresentaram acréscimo de 67% nas ocorrências de descarte de resíduos classificados como comum. Os resíduos comuns

encontrados nessas lixeiras infectantes no ano de 2020, foram: embalagens, sacos plásticos, copo descartável e papel toalha.

Perfurocortantes encontrados em lixeiras comuns ou infectantes não apresentaram alteção, continuou em 6% de ocorrência neste setor.

Não houve ocorrência de caixas de perfurocortantes com descarte acima do limite nos dados de 2018, bem como agulhas descartadas com reencapes, entretanto, em 2020 encontrou-se 22% das caixas de perfurocortantes acima do limite indicado e 6% das caixas apresentaram agulhas reencapadas.

Surpreendentemente esse foi o setor que mais aumentou o número de descarte de resíduo comum em lixeiras destinadas a resíduos infectantes, chegando a 67% de acréscimo em relação ao ano de 2018, o que ocasiona aumento dos custos financeiros relacionados à coleta, tratamento e disposição final destes resíduos à instituição, visto que estes serviços são pagos por quilograma de resíduo gerado.

O Gráfico 5 aponta os resultados obtidos na segunda pergunta, na terceira, na oitava e a nona do *checklist* nos setores da Clínica Médica e Doenças Infecto Parasitárias nos anos de 2018 e 2020. As demais perguntas, quatro, cinco, seis e sete não obtiveram nenhuma ocorrência tanto em 2018 quanto em 2020.

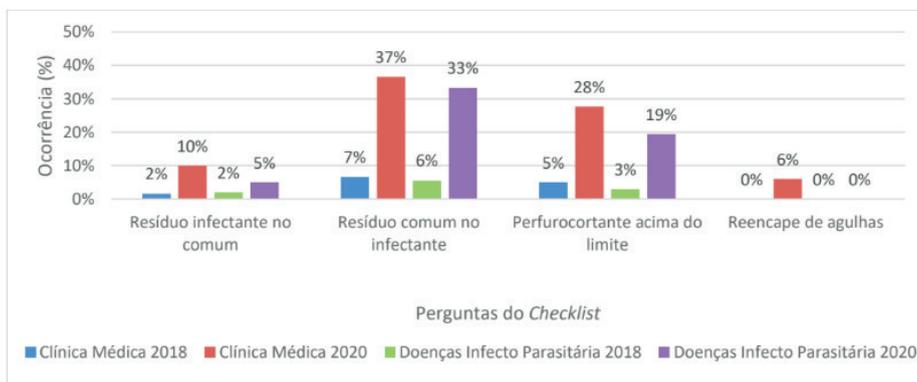


Gráfico 5 – Número de ocorrências em porcentagem nos setores Clínica Médica e Doenças Infecto Parasitárias nos anos de 2018 e 2020.

Na Clínica Médica foram observadas 60 lixeiras destinadas aos resíduos comuns, 30 lixeiras de resíduos infectantes, 18 caixas de perfurocortantes e 6 lixeiras de resíduo químico, em 2020. As lixeiras destinadas a resíduo comum contaram com aumento de 8% no número de ocorrências de descarte de resíduos infectantes, sendo encontrados frascos de soros e luvas.

Já nas lixeiras destinadas ao descarte de resíduos infectantes observadas em 2020, houve um aumento de 30% na ocorrência de descarte de resíduo comum, como:

embalagens, copos descartáveis e sacos plásticos.

As caixas de perfurocortantes acima do limite apresentaram variação de 23% a mais de ocorrências, e o descarte de agulhas reencapadas, que não foi detectado nos dados de 2018, aumentou para 6% em 2020.

A lixeira de resíduo químico, que a instituição ainda não possuía em 2018, apresentou descarte inadequado de resíduos comuns, sendo encontrado embalagens em 2020.

Nota-se que a Clínica Médica já registrava ocorrências de descartes inadequados de resíduos em 2018, porém, em 2020 esses episódios aumentaram, e conseqüentemente, as despesas relacionadas aos serviços de tratamento de disposição final também se elevaram.

Ademais, os resíduos infectantes quando descartados em lixeiras de resíduos comuns não recebem a atenção que deveriam, sendo encaminhados para a disposição final sem passar por tratamentos específicos, o que ocasiona danos ao meio ambiente, além de ser uma prática ilegal, estando em desacordo com a RDC 222/18.

Da mesma forma, o número de caixas de perfurocortantes com descarte acima do limite indicado apresentou grande aumento, podendo ser observado durante as visitas que algumas dessas caixas permaneceram mais de 2 meses sem trocas.

O setor de Doenças Infecto Parasitária contou com 60 lixeiras para comuns, 36 lixeiras para infectantes, 18 caixas de perfurocortantes e 6 lixeiras de resíduos químicos, observados em 2020. As lixeiras destinadas a resíduos comuns tiveram aumento de 3% de ocorrência de descarte de resíduos infectantes, como: luvas e máscara.

As lixeiras destinadas ao descarte de resíduos infectantes observadas demonstraram um aumento de 27% nas ocorrências de descarte de resíduos comuns, como: restos alimentares, embalagens, sacos plásticos, copo descartável e papel toalha, ressaltando que, uma das embalagens encontradas foi de Ganciclovir, um seletivo fármaco antiviral para tratamento das infecções causadas por citomegalovírus e vírus do herpes que deveria ter sido descartado na lixeira apropriada para resíduos químicos.

Nas caixas de perfurocortantes acima do limite indicado para descarte observadas, houve um acréscimo de 16% em relação a 2018, e não teve nenhuma ocorrência em que encontrou-se agulhas descartadas com reencape, tanto em 2018, quanto em 2020 .

A lixeira de resíduo químico desse setor também não estava disponível em 2018, e portanto não possui dados, entretanto, observou-se o descarte correto no interior dessa lixeira em 2020.

O setor também contou com um aumento exarcebado no descarte de resíduos comuns nas lixeiras destinadas a resíduos infectantes, bem como no número de caixas de perfurocortantes encontradas acima do limite.

O Gráfico 6 apresenta os dados coletados da segunda, da terceira e da oitava pergunta do *checklist* no setor da Nefrologia nos anos de 2018 e 2020. As demais perguntas, quatro, cinco, seis, sete e nove não obtiveram nenhuma ocorrência tanto em 2018 quanto

em 2020.

O setor da Nefrologia foi o único que não teve as visitas noturna devido ele não estar funcionando nesse período, somando no total 4 visitas, sendo 2 no período vespertino e 2 no matutino, assim, igualando ao número de visitas realizadas para a coleta de dados em junho de 2018.

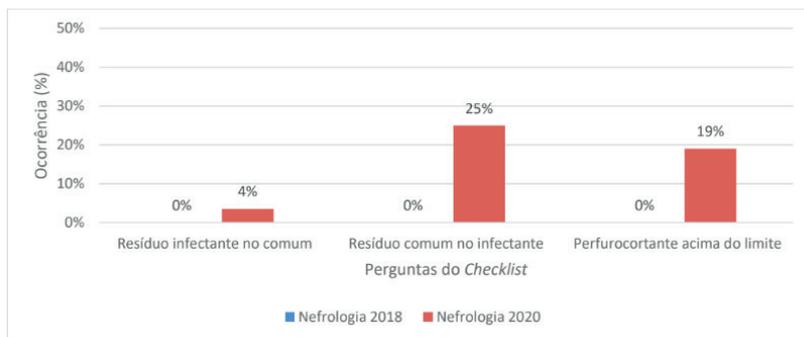


Gráfico 6 – Número de ocorrências em porcentagem no setor da Nefrologia nos anos de 2018 e 2020.

No setor da Nefrologia foram observadas 28 lixeiras destinadas a resíduos comuns, 20 lixeiras para infectantes e 16 caixas de perfurocortantes em 2020. Nota-se que no ano de 2018, todas as perguntas realizadas do checklist nesse setor não obtiveram ocorrência.

As lixeiras comuns apresentaram um total de 4% na ocorrência de descartes de resíduos classificados como infectantes, sendo encontrado descarte de luvas de procedimento.

Das lixeiras de resíduos infectantes observadas, houve 25% de ocorrências de descarte de resíduos comuns, como: embalagens, papel de escritório e papel toalha.

Quanto as caixas de perfurocortantes acima do limite indicado, foi registrado ocorrência de 19%.

Esse setor apresentou inconsistências que, em 2018, não haviam sido registradas, sendo preocupante, principalmente em relação as caixas de perfurocortantes acima do limite, visto que, na Nefrologia utiliza-se de muitos materiais perfurocortantes, e assim, consequentemente pode ocasionar o aumento de risco de acidentes com perfurocortantes.

3.4 Unidade de Atenção à Saúde Materno-Infantil

A unidade Materno-Infantil foi criada por meio de uma estratégia em que mães e filhos possam ser atendidos e ter os cuidados adequados no mesmo local, com o objetivo de prevenir morte materna e/ou infantil.

A primeira pergunta do *checklist* é se todas as lixeiras do setor estão identificadas,

tanto em junho de 2018, quanto nos resultados de 2020 todas as lixeiras observadas nos setores da Maternidade, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e Enfermaria Pediátrica, encontraram-se identificadas corretamente.

O Gráfico 7 apresenta os dados coletados da segunda, terceira, sétima, oitava e nona pergunta do *checklist* no setor da Maternidade nos anos de 2018 e 2020. As demais perguntas, quatro, cinco, seis, sete e nove não obtiveram nenhuma ocorrência tanto em 2018 quanto em 2020.

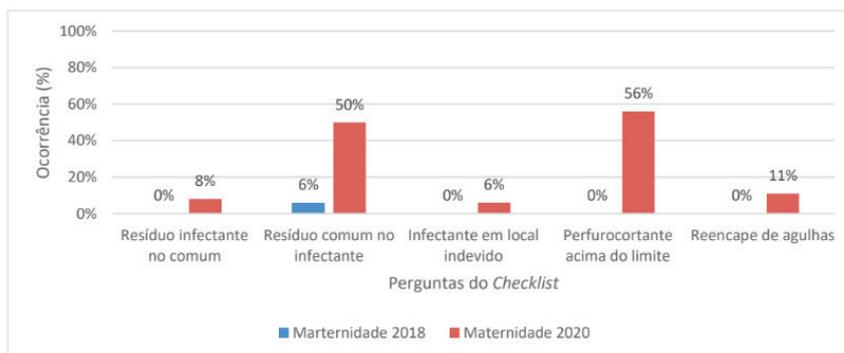


Gráfico 7 – Número de ocorrências em porcentagem no setor da Maternidade nos anos de 2018 e 2020.

Na Maternidade foram observadas 96 lixeiras para resíduos comuns, 18 lixeiras para infectantes e 18 caixas de perfurocortantes em 2020. As lixeiras identificadas como comum apresentaram 8% de descarte de resíduos infectantes, como: seringa, frascos de soros e luvas.

Das lixeiras infectantes observadas houve aumento de 44% nos casos de descarte de resíduos comuns, sendo encontrados restos alimentares, papel de escritório, papel toalha, embalagens e sacos plásticos.

Esse setor apresentou a disposição de lixeira para resíduo infectante em local indevido, teve 6% de ocorrência de lixeira infectante localizada no corredor, o que permite maior exposição aos pacientes e acompanhantes que transitam no setor, aos resíduos infectantes, e desta forma favorece as infecções relacionadas a assistência à saúde.

Caixas de perfurocortantes com descarte de resíduos acima do limite indicado, apresentaram aumento exarcebante de ocorrências, totalizando 56%, ou seja, mais da metade das caixas observadas estavam acima do limite, além disso, 11% dessas caixas apresentaram agulhas descartadas com reencape.

O Gráfico 8 apresenta os dados coletados da segunda, da terceira e da oitava pergunta do *checklist* no setor de Cuidados Intermediários Neonatais e Enfermaria pediátrica nos anos de 2018 e 2020. As demais perguntas, quatro, cinco, seis, sete e nove

não obtiveram nenhuma ocorrência tanto em 2018 quanto em 2020.

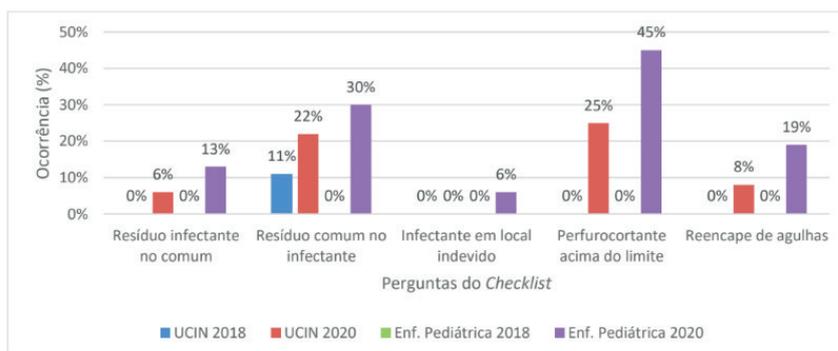


Gráfico 8 – Número de ocorrências em porcentagem nos setores da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e Enfermaria Pediátrica nos anos de 2018 e 2020.

No setor da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais foram observadas 18 lixeiras destinadas ao descarte de resíduos comuns, 18 lixeiras para infectantes e 12 caixas de perfurocortantes em 2020.

As lixeiras destinadas ao descarte de resíduos comuns apresentaram um acréscimo de 6% de descarte de resíduos infectantes, no qual o resíduo encontrado foi capote.

Das lixeiras para resíduos infectantes observadas, houve aumento de 11% de descarte de resíduos comuns, em 2020, como: embalagens, copos descartáveis e papel de escritório.

As caixas de perfurocortantes com resíduos acima do limite indicado tiveram aumento de 25% de ocorrências, e o reencape de agulhas descartadas, que não possui registro nos dados de 2018, demonstrou 8% de ocorrências.

Na Enfermaria Pediátrica foram observadas 72 lixeiras para descarte de resíduos comuns, 54 lixeiras para infectantes e 42 caixas de perfurocortantes em 2020. Nos dados de 2018 esse setor foi um dos únicos a não apresentar inconsistências nos descartes de resíduos, diante disso, surpreende a quantidade de registros de descarte incorretos em 2020.

As lixeiras identificadas como comum mostraram aumento de 13% de descartes de resíduos infectantes em 2020, sendo encontrado seringa, compressa, máscaras e luvas.

Já nas lixeiras para resíduos infectantes observadas houve um registro de 30% de descarte de resíduos comuns, como: embalagens, copos descartáveis, colheres descartáveis, restos alimentares, papel de escritório, papel toalha e sacos plásticos.

Este setor junto com a Maternidade foram os únicos que apresentaram a disposição de lixeira destinada a resíduo infectante em local indevido, com ocorrência de 6% localizada no corredor.

As caixas de perfurocortantes observadas, nesse setor se destacam tendo uma variação de 45% de caixas de perfurocortantes com resíduos acima do limite, algumas apresentaram datas de mais de três meses sem troca, e agulhas descartadas com reencepe nessas caixas, que não apresentou ocorrência em 2018, registrou 19% de casos em 2020, e como já mencionado, tal situação deve ser evitada, uma vez que pode acarretar em acidentes ocupacionais.

4 | CONCLUSÃO

O resíduo de saúde merece atenção rigorosa, pois representa um grande perigo à saúde dos profissionais de saúde, da população e do meio ambiente, visto que possuem características infecciosas, perfurocortantes e químicas, em sua grande maioria, nos estabelecimentos de saúde.

Foi possível perceber que o Hospital de Ensino escolhido para este estudo possui o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) instituído, porém, notou-se que, ao comparar os dados do monitoramento de 2018, com o monitoramento realizado neste estudo, em 2020, todos os setores assistenciais apresentaram aumento de inconsistências relacionadas ao descarte, indicando que os profissionais de saúde atenuaram a responsabilidade em relação a segregação no descarte dos resíduos de saúde, podendo estar relacionado a falta de monitoramento periódico, escassez de treinamentos, ou até mesmo por pressa, descuido ou desatenção.

É importante frisar que, tanto nos dados de 2018, quanto nos de 2020, foi constatado que não houveram ocorrências relacionadas a prestação de serviços dos profissionais da higienização, tendo em vista que, todas as lixeiras estavam devidamente identificadas e com os respectivos sacos de lixo acondicionados adequadamente.

Com o desenvolvimento deste estudo notou-se a necessidade de educação permanente relacionada ao manejo adequado dos resíduos de serviços de saúde aos profissionais envolvidos, bem como a realização periódica de monitoramento de descarte nos setores assistenciais, o que sugere melhoria na segregação e, conseqüentemente, redução de custos financeiros, de acidentes ocupacionais e de danos à comunidade e ao meio ambiente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 04 de maio de 2005. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=462>. Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Resolução do Diretório Colegiado da ANVISA 222 de 28 de março de 2018. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 29 de março de 2018. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/03/2018&jornal=515&pagina=228&totalArquivos=300>. Acesso em: 02 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n.º 32. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 16 de novembro de 2005a. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

GUILARDE, A. O et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. **Revista de Patologia Tropical**, v. 39, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2010.

NETO, V. G., MALIK M. A. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 4, p. 825-839. 2007.

MARTINS, R. J.; BELILA, N. M.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. Í.; KATO, M. D. O Reencape de Agulhas e Descarte de Resíduos Odontológicos do Grupo E por Estudantes de uma Universidade Pública Brasileira. **Revista Ciencia & Trabajo**, n. 59, p. 91-94, mai./ago. 2017.

MATEOS, M. L.; SOLIS, R. S.; CASTRO, J. R. Manejo de desechos peligrosos en los establecimientos de salud del área Alajuela oeste. **Revista Costarricense de Salud Pública**, San José, v.13, p. 78, jul. 2004.

PEREIRA, M., & SOUZA, A. Problemas ambientais, sustentabilidade e a pesquisa em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 311-6. 2013.

SISINNO, C. L. S.; MOREIRA, J. C. Ecoeficiência: um instrumento para a redução da geração de resíduos e desperdícios em estabelecimentos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1893-1900, nov./dez. 2005.

CAPÍTULO 11

NÉCTAR MISTO DE MARACUJÁ (*PASSIFLORA EDULIS*), COUVE DE FOLHA (*BRASSICA OLERACEA*) E FARINHA DE LINHAÇA (*LINUM USITATISSIMUM L.*): ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO SENSORIAL

Data de aceite: 01/07/2020

Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8903487355448048>

Virlane Kelly Lima Hunaldo

Doutora em Ciência e Tecnologia de alimentos
pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360677874241767>

Josepha Lays Sousa Lima de Holanda

Engenheira de Alimentos pela Universidade
Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/4285269966334933>

Adriana Crispim de Freitas

Doutora em Engenharia Química pela
Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7356983319534914>

Leonardo Hunaldo dos Santos

Doutor em Zootecnia pela Universidade Federal
do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7820773795322903>

Thays Adryanne Lima Xavier

Graduanda em Engenharia de alimentos pela
Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom

Lara Lima Seccadio

Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos
pela Universidade Federal do Pará
Instituição: Instituto Federal de Ciência e
Tecnologia do Pará, Campus Marabá Rural,
Endereço: Instituto Federal de Educação,
Ciência e Tecnologia do Pará - Campus Rural
de Marabá
Rodovia BR-155, Assentamento 26 de Março -
Zona Rural - Marabá/Pará, CEP 68.508-970
<http://lattes.cnpq.br/1066333611121011>

José de Ribamar Macedo Costa

Doutor em Química pela Universidade Federal
do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8589284291946393>

Jaisane Santos Melo Lobato

Mestre em Doenças Tropicais pela
Universidade Federal do Pará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99) 3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9969155153494460>

Sandra de Souza Silva

Discente de Engenharia de Alimentos na UFMA
Instituição: Universidade Federal do Maranhão
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom
Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99)
3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4703137049632157>

Eliane de Oliveira Alves

Graduanda Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão - CCSST
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99)
3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
Link do lattes: <http://lattes.cnpq.br/2738595747378005>

Deniza Pereira da Costa Silva

Graduando Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão - CCSST
Endereço: Av. da Universidade, S/N, Dom Afonso Felipe Gregory, CEP: 65.915-240,
Phone: (99)
3529-6055, Imperatriz, MA, Brasil.
Link do lattes: <http://lattes.cnpq.br/0924724235242684>

Gabrielli Nunes Clímaco

Doutoranda em Engenharia de Alimentos pela Universidade de Campinas
Instituição: Programa de pós graduação em engenharia de alimentos, FEA-Unicamp
Endereço: Rua Monteiro Lobato, 80. Cidade Universitária "Zeferino Vaz". Barão Geraldo,
Campinas.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8787435220285629>

RESUMO: O mercado brasileiro de sucos prontos para beber está em franca expansão, acompanhando a tendência mundial de consumo de bebidas saudáveis, convenientes e saborosas. A mistura de frutas com hortaliças na produção de sucos é uma tendência de mercado. O objetivo do presente trabalho foi elaborar e avaliar sensorialmente um néctar misto de maracujá, couve folha e farinha de linhaça dourada. Para obtenção da formulação, utilizou-se maracujá in natura, couve folha, farinha de linhaça, açúcar e água mineral. Os ingredientes foram pesados de acordo com a formulação, homogeneizados, pasteurizados, envazados em embalagens de vidros de 500 ml, resfriados e submetidos a análise sensorial. Foram avaliados os atributos de sabor, cor, corpo, aroma, doçura e impressão global, utilizando escala hedônica estruturada de nove pontos, e a intenção de compra através de escala estruturada de cinco pontos. Todos os atributos avaliados revelaram valores na zona de aceitação da escala com notas superiores a 6. Foi possível desenvolver uma formulação de néctar misto de maracujá, couve e farinha de linhaça, com características sensoriais satisfatórias e com potencial para comercialização.

PALAVRAS-CHAVE: Suco misto, frutas tropicais, suco verde, análise sensorial.

**MIXED NECTAR OF PASSION FRUIT (*PASSIFLORA EDULIS*), LEAF CABBAGE
(*BRASSICA OLERACEA*) AND FLAX FLAX (*LINUM USITATISSIMUM L.*):
ELABORATION AND SENSORY EVALUATION**

ABSTRACT: The Brazilian ready-to-drink juice market is booming, following the worldwide trend of consuming healthy, convenient and tasty drinks. The mixture of fruits and vegetables in the production of juices is a market trend. The objective of this work was to elaborate and sensorially evaluate a mixed nectar of passion fruit, leaf cabbage and golden flaxseed flour. To obtain the formulation, fresh passion fruit, leaf cabbage, flaxseed flour, sugar and mineral

water were used. The ingredients were weighed according to the formulation, homogenized, pasteurized, packaged in 500 ml glass containers, cooled and submitted to sensory analysis. The attributes of flavor, color, body, aroma, sweetness and overall impression were evaluated using a structured hedonic scale of nine points, and the purchase intention through a structured scale of five points. All the evaluated attributes revealed values in the acceptance area of the scale with scores higher than 6. It was possible to develop a formulation of mixed nectar of passion fruit, kale and flaxseed, with satisfactory sensory characteristics and with potential for commercialization.

KEYWORDS: Mixed juice, tropical fruits, green juice, sensory analysis.

1 | INTRODUÇÃO

A fruticultura brasileira vive um de seus momentos mais dinâmicos, destacando-se como grande produtor e exportador mundial de frutas. Isto se deve principalmente ao fato do Brasil possuir extensão territorial, com variados tipos de solos, climas e temperaturas, o que permite praticamente o cultivo de todas as frutas (Anuário Brasileiro de Fruticultura, 2017).

O mercado brasileiro de sucos prontos para beber está em franca expansão, acompanhando a tendência mundial de consumo de bebidas saudáveis, convenientes e saborosas. Sucos de fruta prontos para beber são consideradas bebidas refrescantes, capazes de saciar a sede, ao mesmo tempo que respondem ao apelo por produtos naturais e agregam vantagens nutricionais, o que contribui para sua grande aceitação (Ferreira e Alcântara, 2013).

As bebidas compostas com mais de uma fruta são uma tendência tanto do mercado nacional como internacional. Os sucos mistos apresentam vantagens, tais como: complementação dos nutrientes de diferentes frutas, possibilitando aumento das características nutricionais e desenvolvimento de novos sabores (Barbosa, 2010). O desenvolvimento de suco ou néctar misto de frutas é um recurso à disposição da indústria para desenvolver bebidas originais como, por exemplo, com novos sabores, melhorar cor e textura, além de ser uma alternativa para acrescentar valor nutricional (Faraoni, 2009).

A mistura de frutas com hortaliças na produção de sucos é uma tendência de mercado. Há diversas receitas caseiras, porém não existe um produto pronto para o consumo ao alcance do consumidor. Os sucos mistos de frutas já são realidade nas prateleiras dos supermercados. São produtos que oferecem ao consumidor novos sabores que são formados pela própria mistura de frutas e hortaliças (Leone, 2009).

De acordo com o Decreto nº 6871, de 04 de junho de 2009, do Ministério da Agricultura, Pecuária e do Abastecimento (MAPA), Art. 21, parágrafo 2, néctar misto é a bebida obtida da diluição em água potável da mistura de partes comestíveis de vegetais, de seus extratos ou combinação de ambos, e adicionado de açúcares, destinada ao consumo direto. O néctar cuja quantidade mínima de polpa de uma determinada fruta não tenha sido

fixada em Regulamento Técnico específico deve conter no mínimo 30% (m/m) da respectiva polpa, ressalvado o caso de fruta com acidez ou conteúdo de polpa muito elevado ou sabor muito forte e, neste caso, o conteúdo de polpa não deve ser inferior a 20% (m/m) (BRASIL, 2003).

O maracujá é uma planta de clima tropical com ampla distribuição geográfica. A cultura do maracujá está em alta expansão tanto para a produção de frutas para consumo “in natura” como para a produção de suco. O Brasil é o primeiro produtor mundial de maracujá (IBGE, 2016). O maracujá pode ser utilizado para o consumo in natura; entretanto, sua maior importância econômica está na utilização para fins industriais, sendo processado para fabricação de suco integral a 14°Brix, néctar e suco concentrado a 50°Brix, além de sorvetes, mousses e bebidas alcoólicas, entre outros (Sandi & Chaves, 2003).

A couve-folha (*Brassica oleracea*) é uma hortaliça muito cultivada no Brasil. Possui 61 características nutracêuticas e possui minerais e vitaminas importantes para o bom funcionamento do organismo. É uma boa fonte de potássio, possui fibras e baixa caloria (May *et al.* 2007).

A linhaça (*Linum usitatissimum* L.) é o alimento de origem vegetal mais rico em ácidos graxos ω -3, apresentando também quantidades elevadas de fibras, proteínas e compostos fenólicos (Thompson & Cunnane, 2003). Os benefícios fisiológicos da linhaça são, geralmente, atribuídos à presença de altas quantidades de ácido graxo α -linolênico (C18:3, ω -3), lignanas, fibras ou goma e vitamina E, os quais estão intimamente relacionados à redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis (Duan *et al.*, 2003).

O objetivo do presente trabalho foi elaborar e avaliar sensorialmente néctar misto de maracujá, couve folha e farinha de linhaça dourada.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A elaboração dos néctares foi realizada no laboratório de Tecnologia e Processamento de Vegetais do curso de Engenharia de Alimentos da Universidade Federal do Maranhão – Campus Imperatriz.

Foram utilizadas como matérias primas fruta *in natura* de maracujá amarelo, couve folha, farinha de linhaça dourada, água mineral, e açúcar cristal, adquiridos no comércio local de Imperatriz, MA.

Os utensílios usados durante a preparação e na elaboração das formulações dos néctares foram previamente higienizados em solução clorada com concentração de 200mg/L, conforme as boas práticas de manipulação, evitando-se, assim, alterações e interferências decorrentes da transferência de odores e/ou sabores indesejáveis ao produto e contaminação por microrganismos.

A quantidade de polpa foi baseada na legislação vigente para néctar de frutas, que prescreve no Art. 3º da Instrução Normativa nº12, de 04 de setembro de 2003 do MAPA,

que o teor mínimo de polpa ou suco de maracujá no néctar é de 10% e o teor de sólidos solúveis de 11°Brix.

A formulação de néctar misto de maracujá, couve folha e linhaça foi elaborada a partir de 10% de polpa de maracujá, e 5% de couve folha e 2 % da farinha de linhaça dourada. O teor de sólidos solúveis totais foi fixado em 11°Brix. Foram feitas três repetições da formulação.

O fluxograma de obtenção do néctar segue as seguintes etapas, de acordo com a Figura 01.

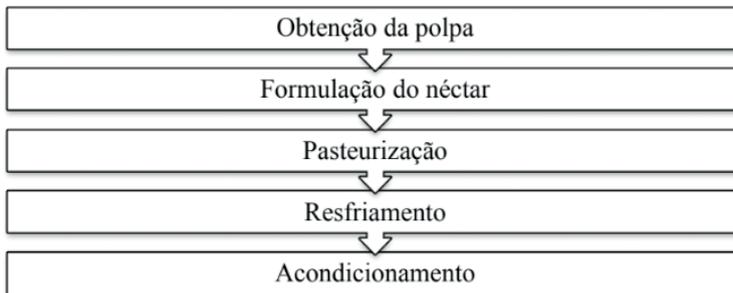


Figura 01 – Fluxograma de obtenção de néctar misto de maracujá, couve e linhaça

Para a obtenção do néctar, os frutos de maracujá foram previamente despulpados em despulpadeira, em seguida a polpa de maracujá, a folha de couve e a farinha de linhaça foram pesados de acordo com a formulação, diluídos em água e depois misturados com açúcar, e então, homogeneizados em liquidificador doméstico por um minuto, seguidos de filtração em peneira de plástico. Em seguida, o néctar foi submetido à pasteurização (90°C por 60s) em tachos de alumínio, em fogões convencionais. O envase foi realizado à quente (*hot fill*), manualmente com conchas em garrafas de vidro de 500 ml (previamente esterilizadas), e fechadas com tampas plásticas. Posteriormente, o néctar foi resfriado em água com gelo até temperatura ambiente e mantido sob refrigeração (7- 10 °C) até a realização da análise sensorial. Foram formuladas três repetições, porém para realização do teste sensorial todas as repetições foram misturadas em uma única jarra e servidas para cada provador.

O néctar foi analisado sensorialmente segundo suas características de sabor, cor, corpo, aroma, doçura e impressão global, utilizando escala hedônica estruturada de nove pontos, de acordo com (Sidel e Stone, 1993), onde 9 representa “gostei muitíssimo” e 1- “desgostei muitíssimo”. Além disso, foi avaliada a intenção de compra através de escala estruturada de cinco pontos, na qual 5 representa “certamente compraria” e 1- “certamente não compraria”.

A avaliação sensorial foi realizada com 80 provadores não treinados e selecionados

de forma aleatória. Cada provador recebeu seis amostras com aproximadamente 30 ml do néctar misto, um copo com aproximadamente 200 ml de água.

Os testes foram realizados em uma sessão em cabines individuais iluminadas com lâmpadas fluorescentes, servidos monadicamente sob condições controladas. As amostras foram apresentadas aos provadores, à temperatura de 9°C a $\pm 1^\circ\text{C}$, em taças de vidro codificados com números de três dígitos escolhidos de forma não combinada. Os provadores foram orientados a observar as características globais e ao preenchimento da ficha de resposta.

Para avaliação dos resultados da análise sensorial todos os dados foram tabulados na planilha Excel 2013 onde se calculou média e desvio padrão para cada atributo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 80 provadores que realizaram a análise sensorial, 68,2% pertenciam ao sexo feminino e 31,8% ao sexo masculino, deste 86,24% tinham idade entre 18 e 25 anos, 12,57% na faixa etária entre 25 e 35 e 1,19% entre 35 a 50 anos, isso se deve ao fato da análise sensorial ter sido realizada na Universidade Federal do Maranhão onde a maior do público são estudantes da graduação. Em média, 43,5% dos provadores relataram nem gostar, nem desgostar de néctar misto de maracujá, couve e linhaça e 36,4% disseram que nunca o consumiram.

Os resultados da análise sensorial estão apresentados na Figura 02. Pelo teste de escala hedônica, de maneira geral, pode-se observar que o néctar misto de maracujá, couve folha e farinha de linhaça apresentou boa aceitação sensorial, uma vez que para todos os atributos analisados, os resultados ficaram na região de aceitação ou seja acima de 5, entre as categorias “gostei ligeiramente” e “gostei muito” (Figura 02).

Para o sabor a média foi 7,75 o que corresponde na escala hedônica a gostei moderadamente e gostei muito. Esses valores podem ser considerados satisfatórios, pois estão na zona de aceitação e principalmente por se tratar de produto que não é comumente consumido.

O atributo cor é um dos mais importantes quando se está avaliando sensorialmente um produto, pois é a primeira característica que os consumidores observam, podendo convidá-los ou dissuadi-los na escolha do produto (Vegara *et al.*, 2013). Os resultados do atributo cor mostraram-se bastante satisfatórios do ponto de vista da manutenção da qualidade do néctar avaliado, uma vez que apesar de ter sido adicionada couve folha que altera a cor amarela característica, esse atributo ainda foi muito bem avaliado pelos provadores. Hualdo (2017), avaliando a aceitação sensorial de néctar e suco misto de *detox* encontraram no atributo cor, as médias 6,96 e 6,69 para néctar e suco, respectivamente. Os resultados foram superiores aos de Silva *et al.* (2015), que obtiveram nota 6,01 para esse mesmo atributo no néctar misto de umbu-cajá, couve-flor e gengibre, que também

apresentava cor verde.

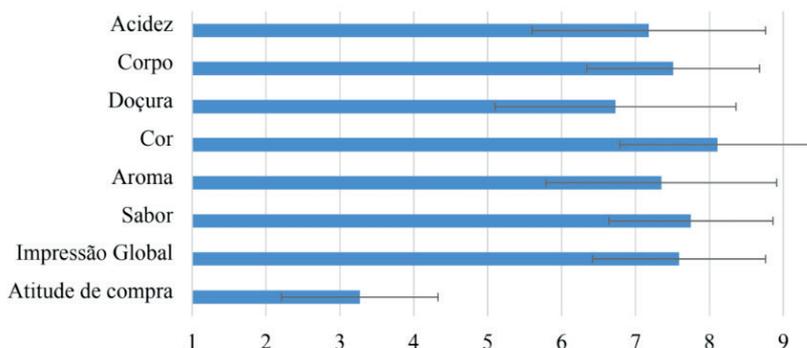


Figura 02. Aceitação sensorial de néctar misto de maracujá, couve de folha e farinha de linhaça

O aroma do néctar não foi alterado pela formulação, nem pelo tratamento térmico de pasteurização, sendo este atributo facilmente alterado pelo calor. Todavia os resultados revelam que o aroma foi bem aceito pelos provadores, isto pode ser devido ao maracujá, que tem seu aroma muito acentuado e apreciado por grande parte dos provadores.

Para doçura e acidez também foram reportados valores na zona de aceitação (acima de 5). O atributo corpo revelou notas acima de 7. Onde pode se observar que a inclusão de couve folha e farinha de linhaça, apesar de deixarem o néctar mais encorpado, não influenciou negativamente neste atributo e em nenhum outro.

Soares *et al.* (2014) ao avaliarem sensorialmente néctares mistos, de uva e tangerina encontraram notas acima de 6 para todos os atributos sensoriais avaliados (aparência, doçura, sabor, impressão global).

Silva *et al* (2015) também encontraram valores na zona de aceitação, acima de 6, para os atributos cor sabor, textura, aroma e impressão global de néctar misto de umbucajá, couve flor e gengibre.

A impressão global do néctar misto de maracujá, couve, e farinha de linhaça obteve nota 7,59 corroborando com todas as notas que foram dadas aos demais atributos. Vale salientar que apesar deste néctar não ser um produto convencional e o mesmo ter sido acrescido de linhaça e couve, de forma geral o produto foi muito bem aceito, o que pode está relacionado ao apelo funcional devido aos ingredientes da formulação. Morzelle (2009) avaliou a aceitação sensorial de néctar misto de maracujá e ata encontrou médias de aceitabilidade dos produtos 8 que corresponde à categoria “gostei muito” na escala hedônica estruturada mista de nove pontos.

Para intenção de compra do néctar ($3,27 \pm 1,06$), observou-se que a nota média foi acima 3, que corresponde à “Provavelmente compraria” na escala de 5 pontos,

demonstrando que a adição de couve e linhaça não influenciou de forma negativa na intenção de compra por este produto (Figura 02).

4 | CONCLUSÕES

É possível a elaboração de néctar misto de maracujá, couve e linhaça, uma vez que para todos os atributos sensoriais avaliados foram observadas médias na zona de aceitação, ou seja, nota acima de 5 na escala hedônica estruturada de nove pontos, demonstrando que o produto foi bem aceito. A adição de couve de folha e farinha de linhaça dourada não influenciou de forma negativa na avaliação sensorial do produto.

A avaliação da atitude de compra revelou que o néctar tem potencial para comercialização e que seria apreciado pelos consumidores.

AGRADECIMENTOS

Universidade Federal do Maranhão

REFERÊNCIAS

Anuário Brasileiro de Fruticultura 2017. Santa Cruz do Sul: Editora Gazeta, 2017.

Barbosa, S. J. *Qualidade de suco em pó de misturas de frutas obtido por spray drying*. 2010. 122f. Dissertação (Mestrado em Produção Vegetal no Semiárido) – Universidade Estadual de Montes Claros, Janaúba, 2010.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento DECRETO Nº 6.871, DE 4 DE JUNHO DE 2009. *EMENTA: Regulamenta a Lei nº 8.918, de 14 de julho de 1994, que dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 2009.

Baccan, N., Aleixo, L. M., Stein, E., & Godinho, O. E. S. (1995). *Introdução à semimicroanálise qualitativa* (6.ed.). Campinas: Edu Camp. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. (2006).

Brasil, Ministério da Educação e Cultura. (2010). *Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências (Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Daun JK, Barthelet VJ, Chornick TL, Duguid S. *Structure, composition, and variety development of flaxseed* in: Thompson LU, Cunnane SC. (Eds.). *Flaxseed in Human Nutrition*. 2. ed. Champaign: AOCS Press; 2003. p. 1-40.

Faraoni, A. S.; Ramos, A. M.; Stringheta, P. C. Caracterização da manga orgânica cultivar Ubá. *Revista Brasileira de Produtos Agroindustriais*, Campina Grande, v.11, n.1, p. 9-14, 2009.

Ferreira, K. A.; Alcântara, R. L. C. Approaches for implementation of the postponement strategy: a multicase study in the food industry. *Gestão & Produção*, v. 20, n. 2, p. 357-372, 2013.

Hunaldo, V, K, L, Freitas, H, V; Sales P, M, Seccádio, L, L; Santos, L, H.; Aceitação sensorial de suco e néctar misto detox. *Congresso Brasileiro de Gastronomia*, Fortaleza, 2017.

Leone, R.S. *Desenvolvimento de suco misto de frutas e hortaliças para melhoria da qualidade nutricional e funcional*. 2009. Dissertação (Pós- Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos). Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2009.

Baccan, N., Aleixo, L. M., Stein, E., & Godinho, O. E. S. (1995). *Introdução à semimicroanálise qualitativa* (6. ed.). Campinas: Edu Camp. Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. (2006).

Brasil, Ministério da Educação e Cultura. (2010). *Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências (Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010)*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

May A; Tivelli SW; Vargas PF; Samra AG; Sacconi LV; Pinheiro MQ. 2007. *A cultura da couve-flor*. Campinas: IAC (Boletim Técnico, 200).

Morzelle, M.C.; Souza, E.C.; Assumpção, C.F.; Flores, J.C.J.; Oliveira, K. A. de M. Agregação de valor a frutos de ata através do desenvolvimento de néctar misto de maracujá (*Passiflora edulis Sims*) e ata (*Annona squamosa L.*). *Alimentos e Nutrição*, Araraquara, v.20, n.3,p.389-393, 2009.

Sidel, J.L., Stone, H. The role of sensory evaluation in the food industry. *Food Quality and Preference*, v.4, p.65-73.1993.

Sandi, D.; Chaves, J. B. P., *et al*. Correlações entre características físico-químicas e sensoriais em suco de maracujá amarelo (*Passiflora edulis f. Flavicarpa*) durante o armazenamento. *Ciência e tecnologia de alimentos*, v. 23, n. 2, pág.355-361. 2003.

Silva, K. M. *et al*. Elaboração de néctar misto de umbu-cajá, couve-flor e gengibre: caracterização físico-química e sensorial. *Revista Brasileira de Agrotecnologia*, v. 5, n. 1, p. 09-17, 2015.

Soares, D. J.; Silva, L. M. R.; Holanda, D. K. R. H.; Maia, G. A.; Figueiredo, E. A. T.; Figueiredo, R. W.; Souza, P. H. M. Desenvolvimento de néctar misto de uva e tangerina. *Revista Brasileira de Produtos Agroindustriais*, Campina Grande, v.16, n.1, p.1-10, 2014.

Thompson, L.U.; Cunnane, S.C. *Flaxseed in human nutrition*. 2.ed. Champaign, Illinois: AOCS, 2003. 458p.

Vegara, S., Martí, N., Mena, P., Saura, D. & Valero, M. (2013). Effect of pasteurization process and storage on color and shelf-life of pomegranate juices. *LWT - Food Science and Technology*, 54(2), 592–596.

CAPÍTULO 12

O PAPEL DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NAS AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 05/05/2020

Ana Carolina Sardo de Oliveira Pinheiro

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/6130233114060161>

Diego Arthur Castro Cabral

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/8761551433055858>

Fernanda Myllena Sousa Campos

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/1260727719448820>

Fernanda Protázio Silva

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/6443104400716530>

Gabriel Hans Reis Braga

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/0164861538757180>

João Paulo do Vale Medeiros

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/9020411569537819>

Leonardo Giovanni Castro Cabral

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/4959038444450407>

Maria Clara Pinheiro da Silva

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/4410890769434762>

Mariana Cristina Santos Andrade

Universidade Federal do Pará, Faculdade de
Medicina
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/2447778703280524>

RESUMO: Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que mais de 16 milhões de brasileiros sofrem de diabetes mellitus (DM), doença endócrina caracterizada pela elevação da glicemia. A ocorrência e o prognóstico da doença estão associados a fatores como a obesidade, a hipertensão e a dislipidemia, quando não controlados ou tratados. Assim, ações de educação em saúde que priorizam o manejo, a prevenção de comorbidades e a mudança no estilo de vida são importantes, para que haja o controle da evolução da doença e o aumento da qualidade de vida. O Projeto de Extensão Amigo do Diabético (PEAD) atua nesse sentido, visando promoção de saúde por meio da proposta à mudança de estilo de vida para os pacientes frequentadores da Casa do Diabético, utilizando ações educativas que buscam a melhoria da qualidade de vida e a diminuição de comorbidades. As ações realizadas obtiveram

resultado satisfatório, haja vista que houve grande adesão e interatividade entre a equipe e os pacientes. Além disso, o trabalho visa avaliar a importância de ações de educação em saúde no prognóstico do diabetes mellitus, bem como reconhecer a relevância da extensão universitária nas ações de prevenção primária.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus, Educação em saúde, Extensão universitária, Prevenção primária.

THE ROLE OF UNIVERSITY EXTENSION IN HEALTH EDUCATION ACTIONS IN THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: According to the World Health Organization, over 16 million Brazilians suffer from diabetes mellitus (DM), endocrine disease characterized by high glucose blood levels. The obesity, the hypercholesterolemia and the hypertension have been associated to diabetes mellitus's onset and the worst clinic prognosis, once not controlled and treated. Thereby, education health actions that highlight symptoms management, comorbidities prevention and lifestyle change are important to control the evolution of the disease and to improve quality of life. In this point of view, the Extension Project Diabetic's Friend act in health promotion by means of lifestyle change proposal to patients attending the Diabetic House, using educative actions that seek quality of life improvement and decrease of comorbidities. The actions performed had a satisfactory result, considering that there was great adherence and interactivity between team and participants. Thus, this work craves to assess the importance of health education actions in diabetes mellitus prognosis, as well as recognize the value of university extension in primary prevention.

KEYWORDS: Diabetes mellitus, Health Education, University extension, Primary Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

Os conceitos de promoção de saúde e educação em saúde são definidos como um conjunto de práticas pedagógicas e participativas que empoderam os indivíduos e as comunidades a desenvolverem suas capacidades individuais, tornando-os autônomos no autocuidado^{1,3,5}.

O papel da educação em saúde para pacientes com diabetes mellitus (DM), que objetiva o ensino de cuidados domiciliares diários, possui grande importância, uma vez que pode significar desaceleração do avanço da doença e, conseqüentemente, redução do comprometimento sistêmico.

O DM afeta, no mundo, mais de 425 milhões de pessoas. A doença, caracterizada por hiperglicemia prolongada em função de defeitos na secreção ou ação da insulina, apresenta um quadro de evolução grave que pode levar à retinopatia, à nefropatia e à polineuropatia diabética (pé diabético)⁴.

Esse conjunto situacional é o que torna a diabetes uma das maiores preocupações dos profissionais na saúde desde a formação acadêmica, sendo necessário, conforme o preconizado pela Política Nacional de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Pessoa Diabética, formação e educação continuada para os profissionais de saúde, a fim

de efetivar a adesão, da comunidade, à práticas preventivas e protetoras da saúde^{5,9,10}.

Um dos focos dos trabalhos realizados está no esclarecimento da população acerca dos principais fatores de risco associados ao surgimento do diabetes ou à piora do prognóstico clínico, quando há controle ineficaz da doença. Tais fatores representam condições geralmente presentes na população, como obesidade, dislipidemia e hipertensão^{2,10}, que frequentemente são derivadas de uma alimentação desregrada e de hábitos sedentários.

O fato de serem elementos que podem ser regulados pelo próprio paciente, a alimentação e a prática de exercícios físicos se tornam temas essenciais nas ações de educação em saúde direcionadas ao público diabético. Diante disso, a conformidade com um programa de exercícios físicos e adequação nutricional é um dos pilares fundamentais do gerenciamento individual de comorbidades.

Nesse sentido, para que ocorra a adesão às orientações e que sejam alcançados os resultados esperados, é primordial a adaptação das recomendações de acordo com a realidade vivenciada pelo paciente, de modo a evitar restrições e penitências individuais que dificultam a prática do tratamento não medicamentoso². Logo, o reconhecimento do impacto das questões psicossociais e ambientais no comportamento dos pacientes é necessário para elaborar técnicas que facilitem a alteração de hábitos prejudiciais à saúde dos pacientes e lhes confirmem autonomia para adaptar o tratamento de modo a obter eficácia e empoderamento⁷.

Por conseguinte, é válido enfatizar que o tratamento do DM é composto por uma terapia não medicamentosa, a qual é relacionada às mudanças de comportamento associadas a adesão a uma alimentação saudável, redução de peso, monitorização dos níveis glicêmicos e realização de atividade física⁹. Dessa forma, a extensão universitária se mostra como mecanismo auxiliar primordial para a implementação dessa terapia, almejando uma boa qualidade de vida para os pacientes diabéticos, de modo que sejam evitadas as comorbidades comuns nos graus mais avançados.

Além disso, dentre os componentes basilares das universidades que formam o tripé ensino, pesquisa e extensão, a extensão universitária é o elemento que insere os acadêmicos na prática realizada no espaço social e que aproxima a produção e a transmissão de conhecimento entre o eixo universidade-comunidade, fator que garante importante papel da instituição acadêmica na transformação da sociedade⁸.

Dessa maneira, o Projeto de Extensão Amigo do Diabético (PEAD), realizado por acadêmicos de medicina da Universidade Federal do Pará, atua na promoção da saúde por meio da proposta de mudança de estilo de vida aos pacientes frequentadores da Casa do Diabético, localizada em Belém, utilizando ações educativas que almejam proporcionar a melhora na qualidade de vida, a redução das comorbidades nesses pacientes e a inserção acadêmica na sociedade.

2 | OBJETIVOS

Avaliar a importância de ações de educação em saúde no prognóstico do diabetes mellitus, bem como reconhecer a importância do Projeto de Extensão Amigo do Diabético nas ações de prevenção primária e no esclarecimento de informações sobre a DM para a população que frequenta a Casa do Diabético por meio de ações educativas.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

O PEAD realiza ações mensais na Casa do Diabético, localizada em Belém do Pará, cujas ações são sempre pautadas no viés educativo e atendem à demanda dos pacientes com temas específicos. Para as ações foram utilizados materiais explicativos que variavam de acordo com a escolha do grupo que iria palestrar, sendo os mais utilizados folders, cartazes e vídeos. O espaço escolhido para a realização das atividades foi a sala de espera, onde estavam presentes os pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde. Essas ações se dividiam em dois momentos: palestra sobre um assunto pré-determinado e espaço para debate. O primeiro momento era centrado no esclarecimento do tema e na promoção de hábitos que contribuam para a minimização dos problemas, sendo pautado segundo as Diretrizes de 2017-2018, da Sociedade Brasileira de Diabetes, e dos Padrões de Assistência Médica em Diabetes (2019), da Associação Americana de Diabetes. O segundo momento correspondeu a um espaço aberto para a interatividade entre os acadêmicos e os pacientes, com relato de experiências, exposição de dúvidas e troca de conhecimentos.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas ações mensais por grupos de estudantes de medicina, compostos por 4 integrantes. As ações se iniciavam antes das consultas efetuadas na Casa do Diabético, e eram realizadas na sala de espera para um grupo de 20 pessoas, em média, em proporção igualitária de homens e mulheres e maioria idosos. É válido acrescentar que a quase totalidade das pessoas que eram atendidas nesse local já tinha o diagnóstico de diabetes.

Cada grupo de estudantes optava pela sua forma de abordagem, sendo folders, cartazes e vídeos ilustrativos as mais usadas. A cada mês era realizada uma ação com um tema pré-determinado pela equipe, e que fazia parte do conteúdo instrutivo das Diretrizes de 2017-2018, publicado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, e dos Padrões de Assistência Médica em Diabetes (2019), da Associação Americana de Diabetes, onde destacavam-se os pontos mais relevantes.

Além disso, o espaço escolhido para as ações foi a sala de espera, devido a seu caráter dinâmico e propício para a troca de informações e experiências³, onde as palestras realizadas pelos discentes atingiam não só os pacientes, mas também os profissionais de saúde e os acompanhantes dos pacientes, o que permitia a troca de conhecimentos

entre as pessoas que convivem com o diabetes, os profissionais que já atuam na área e os estudantes universitários.

Inicialmente, os estudantes começavam abordando as comorbidades no geral e explicando, de forma objetiva, a respeito do tema específico. Durante a fala dos grupos, era livre qualquer tipo de pergunta e contribuição, tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos profissionais que estavam presentes. Após a fala dos discentes, havia um momento de debate e esclarecimento de dúvidas, onde os pacientes compartilhavam suas experiências e vivências com a diabetes.

As palestras eram centradas no esclarecimento e na orientação aos cuidados necessários para evitar comorbidades, sendo que os temas mais prevalentes foram a manutenção de uma dieta adequada, o incentivo à prática de atividade física, os cuidados com os pés e esclarecimento sobre as principais complicações derivadas do diabetes sobre os diversos sistemas.

Após a exposição inicial, vários pacientes relataram o que estavam fazendo de errado quanto ao tratamento e/ou alimentação após as ações, recebendo orientações de modo mais individual. Além da educação em saúde a respeito do tema proposto, os estudantes puderam também auxiliar algumas vezes os procedimentos de triagem dos pacientes que aguardavam atendimento, por meio da aferição da pressão arterial.

As ações realizadas obtiveram um resultado satisfatório, haja vista que houve grande adesão e interatividade entre os discentes e os pacientes, os quais expuseram seus relatos, dúvidas e se mostraram atentos quanto às mudanças de hábito propostas. Houve também demandas novas dos pacientes quanto à continuidade dessas ações.

Ademais, no contexto atual, sabe-se que a frequência do comportamento e a mudança em rotina requer inúmeros quesitos, entre os quais: incentivo para a sua execução, entendimento das vantagens, adaptação às necessidades pessoais e que o processo de aceitação de uma doença crônica como o diabetes mellitus é um enorme desafio, tendo em vista que os sintomas e as complicações interferem de forma significativa sobre a saúde e a rotina diária ^{2,6,10}.

Assim, o PEAD, ao realizar o trabalho mensal de auxiliar a capacitação do paciente, oferece um ambiente transformador e enriquecedor, uma vez que contribui de maneira incisiva não só para que ele se sinta empoderado diante da sua mudança de estilo de vida, mas também para que o portador de DM adquira autonomia diante do seu processo saúde-doença, o que acarreta, segundo diversos estudos, a melhoria na qualidade de vida com redução dos níveis de glicemia ⁷.

Outrossim, o Projeto de Extensão Amigo do Diabético possibilita, ainda, uma vivência única na prática acadêmica, a julgar pela aproximação proporcionada entre os discentes e a comunidade, e o desenvolvimento de habilidades interpessoais. É importante salientar também que estas atividades extensionistas almejam à criação de um cenário de interações multidisciplinares de diversos meios socioculturais e uma troca de conhecimentos, que

estabelece forte conexão entre acadêmicos, pacientes, familiares, profissionais da Casa do Diabético e profissionais envolvidos no projeto gerando, por conseguinte, um quadro de interação e inclusão social que favorece a melhoria do quadro clínico e do estilo de vida do diabético.

Assim, tornou-se evidente que o Projeto Amigo do Diabético ressignificou as ações de educação em saúde estabelecidas na Casa do diabético, possibilitando a aproximação entre a universidade e a comunidade a partir do contato direto dos acadêmicos com os profissionais e pacientes envolvidos, permitindo, desse modo, a troca de conhecimento que proporcionou não apenas a transformação do paciente em agente ativo no processo terapêutico como também a inserção dos futuros profissionais de saúde no espaço social como agentes modificadores da realidade.

5 | CONCLUSÃO

Tendo em vista que a diabetes mellitus é uma das doenças mais predominantes na atualidade e, se tratada de forma ineficiente, pode evoluir para complicações fatais, ações de educação em saúde que priorizam o manejo, a prevenção de comorbidades e a mudança no estilo de vida de pacientes portadores são essenciais para que haja o controle da evolução da doença e o aumento da qualidade de vida, minimizando os prejuízos funcionais sistêmicos advindos da diabetes.

Além, devido ao caráter crônico da doença, a mudança do estilo de vida é de responsabilidade do próprio portador, o que justifica a importância de projetos de extensão como o PEAD, que almejam esclarecer sobre a doença e recomendar novos hábitos além de se dispor como uma importante e eficaz ferramenta na tentativa de proporcionar o estímulo a autonomia do paciente diante do processo saúde-doença. Aliado a isso, o projeto também acarreta benefícios para a vida acadêmica, mediante a associação dos conhecimentos teóricos com os obtidos durante a prática, promovendo a formação de profissionais mais eficientes e habituados com a realidade local.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. –Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
2. BRITO, Andrea Nunes Mendes de; MACEDO, Joyce Lopes; CARVALHO, Stefani de Lima; OLIVEIRA, João Victor Farias de; BRITO, Francisca Nayane Medeiros; PINHEIRO, Andreia Oliveira; COSTA, Patrícia Valéria de Carvalho; SILVA, Daisy Jacqueline Sousa. **Eficácia do tratamento dietoterápico para pacientes com diabetes mellitus**. Research, Society And Development, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 1-9, 1 jan. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1728>.
3. FEITOSA, Antonio Lucas Ferreira; SILVA, Raquel Lima da; SANTOS, Karla Sunamita de Oliveira; SILVA, Luana Karolynny Gomes da; ROCHA, Michelle Carolina Garcia da; ANDRADE, Magda Fernanda Lopes de Oliveira. **Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica**. Revista Brasileira de Educação e Saúde, Pompal, Pb, v. 9, n. 2, p. 67-70, jun. 2019.

4. GARDNER, David G.; SHOBACK, Dolores M.. **Endocrinologia Básica e Clínica de Greenspan**. 9. ed. São Paulo: Amgh Editora, 2013.
5. LIMA, Geisa Carla de Brito Bezerra; GUIMARÃES, Alzira Maria D'avila Nery; SILVA, José Rodrigo Santos; OTERO, Liudmila Miyar; GOIS, Cristiane Franca Lisboa. **Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 43, n. 120, p. 150-158, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912011>.
6. MACHADO, Ana Paula Morais Corrêa; SANTOS, Ana Carine Gomes; CARVALHO, Karine Kerolly Almeida; GONDIM, Manuela Pierotte Luz; BASTOS, Naiara Pinto; ROCHA, João Vítor Souza; VERSIANI, Olívia Abreu; ARAUJO, Maria Thereza Meira; BRASIL FILHO, Fernando Gonçalves; MOREIRA, Júlia Colares. **Avaliação da adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus e seus fatores associados**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [s.l.], n. 19, p. 1-10, 12 mar. 2019. Revista Eletronica Acervo Saude. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e565.2019>
7. MADMOLI, Mostafa. A systematic Review Study on the Results of Empowerment-Based Interventions in Diabetic Patients. **International Research In Medical And Health Science**, [s.l.], p. 1-7, 28 fev. 2019. Academic and Scholar Publications. <http://dx.doi.org/10.36437/irmhs.2019.2.1.i>.
8. PAULA, João Antônio de. **A extensão universitária: história, conceito e propostas**. Interfaces, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 5-23, nov. 2013.
9. SANTOS, Wallison Pereira dos. **Abordagens metodológicas utilizadas em intervenções educativas voltadas a indivíduos com diabetes mellitus**. Enfermería Actual En Costa Rica, [s.l.], v. 1, n. 38, p. 1-13, 14 jan. 2020. Universidad de Costa Rica. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38538>.
10. VICENTE, Mateus Carneiro; SILVA, Cleane Rosa Ribeiro da; PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes; FRAZÃO, Maria Cristina Lins Oliveira; COSTA, Tatiana Ferreira da; COSTA, Kátia Neyla de Freitas Macedo. **Resilience and self-care of elderly people with diabetes mellitus**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 20, p. 1-7, 21 fev. 2019. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033947>.

CAPÍTULO 13

O SIGNIFICADO DO PROTAGONISMO SOCIAL NA VIDA DE JOVENS MULHERES: UM OLHAR A PARTIR DAS REDES SOCIAIS

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 25/05/2020

Bruna Maiara Giraldi

Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.
<http://lattes.cnpq.br/1450546057574661>

Gabrielly Bos de Oliveira

Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.
<http://lattes.cnpq.br/1937777637013780>

RESUMO: O presente escrito trata-se em analisarr o significado do protagonismo social na vida de jovens mulheres. Levantando discussões sobre os fatores que corroboram para o desenvolvimento humano, respeitando a subjetividade de cada um e o poder que cada indivíduo tem de transformar sua realidade por meio das suas potencialidades dentro de um dado contexto. Esta pesquisa se caracteriza como uma pesquisa qualitativa, descritiva e documental, sendo realizada a partir de postagens das redes sociais (*Instagram e Facebook*). Os dados foram filtrados através de tags (*protagonismo social, protagonismo juvenil e empoderamento feminino*) e foram analisados e discutidos através da análise de discurso, dialogando com processos históricos e culturais, averiguando como estes estão interligados no desenvolvimento humano e efetivamente seus impactos, adentrando-se assim ao protagonismo social. Em suma, pode-se perceber que ao pesquisar sobre protagonismo social, não encontramos postagens referidas a participação social de jovens mulheres. Assim,

deu-se continuidade e pesquisou-se sobre protagonismo juvenil, encontrando questões que denotam a invisibilidade do jovem no meio social, por fim, ao ler e analisar sobre empoderamento feminino pode-se perceber como o protagonismo no contexto da mulher vem sendo atrelado a vários tipos de padrões e níveis de poder, gerando questionamentos acerca dos modos como vem sendo significado. Como conclusão, não limitamos o estudo em um único caminho para a compreensão da temática, visto que mesmo perpassando pelas três tags, não encontramos um olhar voltado diretamente para a compreensão do significado do protagonismo social na vida das jovens mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Protagonismo social. Jovens Mulheres. Significado.

THE MEANING OF THE SOCIAL ROLE OF YOUNG WOMEN: A VISION WHEN IT COMES TO SOCIAL MIDIA

ABSTRACT: The topic is about analyses of the social role of young women. Bringing discussion about the facts that contribute to the human development respecting each one and the power that each one has to transform their reality according to their potential in a specific situation. This research is qualified as a qualitative one, descriptive and documentative, being possible mainly because of the social midia (*facebook, instagram*). The data was filtered through the tags (*social roll, youth roll, female power*) and they were analysed and debated through the discursive analyses, changing ideas with historical and cultural processes, checking how they are

interconnected in the human development and for sure their impact, being so connected to the social role. Summing up, it can be observed that researching about social roll we haven't found posts related to the taking part of women. So, it was carried out and a research was done about youth role, finding topics related to the invisibility of the young person in the social world, ending up, reading and explaining about the female power it was possible to observe how the roles, when it comes to females, has been connected to several kinds of standards and levels of power, creating requests about the ways it has been meant. As a conclusion, we haven't limited the study to just one way as to be well understood, because although it has come through the three tags, we haven't found any approach directly connected to the comprehension of the meaning of the social role of the young women.

KEYWORDS: Role Social. Young Women. Meaning.

1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um Trabalho de Iniciação Científica - TIC, que procurou analisar o significado do protagonismo social de jovens mulheres, partindo do entendimento de que vários são os fatores que corroboram para o desenvolvimento humano, com a compreensão de cada singularidade e da potência que cada sujeito tem de transformar sua realidade por meio das suas ações dentro de um contexto. Compreender como estes diferentes fatores estão interligados no processo de desenvolvimento humano e efetivamente seus impactos faz-se necessário para analisar as questões contemporâneas relativas as discussões sobre o protagonismo social.

Para a construção deste trabalho foi necessário abordar o que é juventude e como é vista num âmbito geral, como se dá a constituição do sujeito e construção de identidade, bem como a educação e seu significado para o aprendizado do ser humano numa perspectiva de desenvolvimento reflexivo em relação a participação social. A pretensão é averiguar como as jovens mulheres são percebidas como sujeitos potentes dentro das suas realidades.

Referente essa menção que se faz do jovem como sujeito social crítico e participativo-transformador, muitas vezes acarreta a estes olhares não muito positivos. Desta maneira, quando delimitamos um pouco mais esse olhar para jovens mulheres essa temática torna-se ainda mais problematizadora, uma vez que dentro destas condições culturais, este fenômeno ainda se apresenta de maneira mais rechaçada pela sociedade tendo em vista a sobreposição de visões preconceituosas e estigmatizantes sobre ser jovem e ser mulher.

Nesse sentido, cabe a consideração de Groppo (2010) quando o autor afirma que os paradigmas referenciados à juventude, muitas vezes qualificam estes sujeitos como rebeldes e delinquentes, sendo que a falta de uma posição clara no contexto o qual está inserido leva a falta de referencial, afetando significadamente como percebem o mundo e sua interação com o meio.

Contudo, Groppo (2010) também considera que felizmente essa denotação da juventude vem avançando e ganhando novas perspectivas positivas, de modo que numa

interpretação sócio-histórica, passa-se a enxergar a juventude não só apenas como uma fase da vida, como transição para ser um adulto, mas sim como possibilidade de transformação. Pois juventude, ainda segundo o autor, é vivência real, símbolo carregado de possibilidades, a identidade sociocultural em transição. Imagina-se que nesta fase da vida há muitos sonhos a serem alcançados, a vontade e energia emanada para que os objetivos sejam alcançados são inesgotáveis desde que lhe sejam ofertadas as oportunidades (GROPPO, 2010).

Diante dessa realidade, compreendemos que para refletirmos sobre a juventude como lugar de depósito-imaturidade ou de possibilidades-transformação perpassa, necessariamente, entendermos os modos como nos constituímos. Nesta perspectiva levantam-se alguns questionamentos válidos para compreender o desenvolvimento humano: qual peso da hereditariedade? Qual a marca do contexto? E as pessoas são passivas ou ativas em seu desenvolvimento?

Partimos, neste trabalho, da compreensão de que nada é determinante nesse processo de desenvolvimento. Como apresenta Freire (2011) o ser humano pode até ser condicionado, mas não determinado pelo meio que o abriga. Muitas mudanças ocorrem ao longo de toda uma trajetória, sendo que em decorrência disso comportamentos se modificam conforme as necessidades e as experiências adquiridas, além das aprendizagens e dos conhecimentos construídos.

Desta forma, compreender os modos como socialmente nos organizamos se torna relevante, a medida em que as aprendizagens e conhecimentos construídos se fazem conforme as necessidades e as experiências ofertadas. Sabemos que nos tempos atuais a sociedade vem passando por diversas mudanças e transformações velozes que influenciam direta e indiretamente o comportamento humano, desde aspectos culturais, socioeconômicos, políticos, religião, saúde, educação, e entre outros que impactam diretamente e indiretamente na formação de seres humanos, tendo em vista que, como lembra Maheire (2002) o ser se constrói como sujeito na dialética social-individual (singular) sendo que é o convívio com outros sujeitos humanos o fato este que lhe proporciona a consciência de si para que possa se individualizar na medida em que se diferencia dos demais.

Sendo assim, compreendemos que o ser humano por si só não se desenvolve, e todos esses aspectos mencionados estão fortemente interligados no processo de desenvolvimento, e com certeza isso explica os diferentes comportamentos e maneiras de se desenvolver em todo o mundo. Contudo, essa compreensão não coloca o ser humano na condição de uma massa moldada pela experiência, tendo em vista que "só há sujeito porque é constituído em contextos sociais, os quais, por sua vez, resultam da ação concreta de homens que coletivamente organizam o seu próprio viver" (ZANELLA, 2004, p.127), de modo que, nas nossas ações, construímos e transformamos a nossa realidade.

É válido ressaltar que muitos estudiosos e pesquisadores se indagavam sobre

as relações humanas, e o modo como essas relações impactam. Traz-se que, "desde o nascimento, as crianças estão em constante interação com os adultos, que ativamente procuram incorporá-las à sua cultura e à reserva de significados e de modos de fazer as coisas que se acumulam historicamente" (VYGOTSKY, LURIA e LEONTIEV 1998, p. 27). Ainda de acordo com os autores, em termos psicológicos, significa que nascemos minimamente prontos, que vamos aprendendo de acordo com as experiências vividas e assim são construídas uma história social.

Demarca-se a força das relações na constituição do sujeito, porém, retomando a ideia de que o sujeito tem condições de ser ator produzindo sua própria história, e transformar realidades, sendo autor de si, a partir daquilo que a experiência lhe dá como material de criação (ZANELLA, 2004). Desse modo,

a possibilidade de o sujeito atribuir sentidos diversos ao socialmente estabelecido demarca a sua condição de autor, pois, embora essa possibilidade seja circunscrita às condições sócio históricas do contexto em que se insere, que o caracteriza como ator, a relação estabelecida com a cultura é ativa, marcada por movimentos de aceitação, oposição, confronto, indiferença. (ZANELLA, 2004, p. 132)

Adentramos assim, a constituição de sujeito, como capaz de produzir cultura. Desta forma, passamos a entender que a própria construção da subjetividade é o alicerce valioso para o significado do protagonismo social, tendo em vista que o sujeito é considerado como participante dessa produção cultural e não como assujeitado a esta. A autora Maheire (2002) entende este conceito como facilitador para desvelar os indivíduos, grupos ou coletividades, localizá-los no tempo e no espaço, identificando-os como estes e não outros, mesmo em metamorfose. Mostra-se então, a importância de compreender o processo de construção e transformação das subjetividades por meio da alteridade, para que se torne possível adentrar com devida propriedade na compreensão do protagonismo social de jovens mulheres, tendo em vista a necessidade de compreendermos os modos como a cultura oferece experiências de ser mulher, experiências de ser jovem e experiências de participação social, isto é, de modos do sujeito agir sobre si e sobre os outros (a realidade de maneira geral) como alguém ciente das transformações que pode gerar.

Nesse sentido, consideramos importante a contribuição de Guareschi (2009, p.91) ao afirmar que

[...] todos nós temos poderes. Esse poder está ligado ao desejo e ao saber. [...] Outra consequência desse fato: se todos temos 'poderes', potências, na medida em que começarmos a somar esses 'poderes', esses recursos, tanto nós, como os diversos grupos, os 'infames', como diria Foucault, teríamos muito mais possibilidades [...] de nos organizarmos e de resistirmos.

Desse modo, entender que cada pessoa é capaz de transformar a realidade em que vive, deriva do entendimento que cada um tem poderes (relacionados aos desejos e

saberes que possuímos), sendo que pensar em protagonismo exige, necessariamente em pensar modos de agir a partir daquilo que cada qual pode de maneira singular e coletiva concomitantemente.

Foucault (1977) recorda-nos que os modos de subjetivação - que nada mais é do que enxergar o indivíduo como ser mutante em sua trajetória -, capaz de ser reconhecido várias vezes ao longo da história na sociedade em que vive como objeto de relações, conhecimento e poder, podendo transformar sua própria identidade e operar discursos transformando a realidade que o cerca.

Segundo Ferreira (2010) na perspectiva foucaultiana existe a possibilidade de lutar contra padrões de pensamentos e comportamentos, mesmo que impossível se livrar das relações de poder, isto é, existem formas de instituir resistências ao domínio.

Ao entender a importância de tantos fatores, aspectos e seus impactos no desenvolvimento das pessoas, que podem direcionar ou não para o protagonismo social e dar possibilidades aos mais jovens de se posicionarem no âmbito social, encontra-se a necessidade de ir em busca de mais significantes que expliquem a relevância que ali existe para os mesmos não passarem despercebidos.

A caminhada para os jovens e principalmente para jovens mulheres no qual aqui se desdobra o assunto, ainda é árdua e longa para se conquistar um espaço social. As práticas juvenis contemporâneas causam estranhamento a sua maneira de agir e sentir. E o enfrentamento para a busca dos direitos para sair de um cenário invisível dado as mulheres na realidade social em que vivemos e a luta pela visibilidade nas esferas política e da sociedade é grande.

Sabe-se que em tempos passados a mulher era totalmente constituída em uma cultura conservadora, destituindo-a de direitos que acabava por limitar suas ações. Moraes (2012) coloca em sua pesquisa bibliográfica que antigamente era incabível dar direitos as mulheres, coisas simples e que hoje fazem parte da nossa realidade contemporânea, como por exemplo, estudar, trabalhar e não ser apenas do lar, mas que não eram vistas com esse olhar um pouco mais naturalista.

Ainda nesta perspectiva, a autora denota a evolução do ser feminino devido à necessidade sentida de oferecer sua contribuição social, seriam conjunturas históricas específicas que explicam sua inserção juntamente com os movimentos feministas que começaram a surgir (MORAES, 2012). Uma conjuntura bem conhecida é a mulher conquistando seu espaço em diversos contextos de trabalho, por sua vontade de ser reconhecida, mas também por sua necessidade de contribuir com a renda familiar. O papel cultural exercido por ela e sua contextualização histórica.

E apesar dessa busca incessante pelo comportamento ético e politicamente correto de inserção igualitária para os gêneros na sociedade, percebe-se em realidades menos favorecidas, como o público que este projeto pretende avaliar, uma grande dificuldade que as jovens mulheres tem de empoderar-se de seus direitos, terem uma visão de donas de

suas próprias vidas e construtoras de suas próprias histórias. Silva e Amazonas (2009) trazem esse olhar em uma perspectiva de unidade-identidade, o qual não compreende o sujeito como único, mas sim dentro do contexto em que ele se articula.

Segundo Mariano (2005) o ser humano se constrói em um contexto de significados e representações culturais, e que estas se encontram marcadas por relações de poder. Sabendo então que este conceito de identidade e empoderamento é construído num processo histórico e cultural, seria contraditório acreditar que é simples constituir ou modificar uma cultura e preocupante aceitar que a sociedade tenha mudado por alguns novos pensamentos ou pela implantação de novas leis. É preciso entender o universo existente no íntimo de cada um.

Mas a luta não pode parar, e é necessário fazer-se uso de todas as ferramentas para alcançar os objetivos, como por exemplo, e indispensável a busca de conhecimento, nutrir-se de informações e todas as possibilidades cabíveis para seu desenvolvimento. Utilizar a educação como constituidora do protagonismo como um forte aliado.

Assim é imprescindível falar de tantos conceitos que hoje escrevem o jovem na sociedade é preciso exaltar a importância da educação como papel primordial da construção do protagonismo em jovens e jovens mulheres. Pode até ser que a educação não produza o significado do protagonismo para alguns desses sujeitos, porém, os que forem afetados sem dúvida, houve a prevalência da bagagem do conhecimento. Freire (2011) traz "quanto mais me assumo como estou sendo e percebo a razão de ser como estou sendo, mais me torno capaz de mudar, de promover-me do estado da curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica. Decido, rompo, opto e me assumo".

Assim, de fato há inúmeras maneiras de aprender, de se desenvolver, e se tornar um sujeito social, protagonista da sua trajetória como ser humano, que vai de cada pessoa, sendo que depende da realidade e experiência das mesmas, do aprimoramento dos conhecimentos, contexto e cultura que são inseridas. Porém, podendo estes indivíduos fazer parte deste mesmo contexto, dotados de flexibilidade (que é positivo), ou se mostrarem rígidas, esquivas as situações diversas (que afetam negativamente as diversas dimensões de suas vidas), com isso se dá a compreensão de ser único, subjetivo.

Devido a este cenário de especulações e questionamentos sobre o ser humano no âmbito do seu desenvolvimento individual e social, partimos em busca de resposta. Com foco no desenvolvimento como um processo histórico e cultural, o tema Protagonismo Social direcionado a jovens mulheres se fez altamente relevante na tentativa de entender os diferentes comportamentos humanos, muitas vezes sob o mesmo contexto.

Consideramos assim que ao realizar essa pesquisa poderíamos contribuir para pensar a relevância principalmente das redes sociais nas discussões contemporâneas sobre o protagonismo juvenil de mulheres, tendo em vista o impacto que esse caminho de comunicação tem no contemporâneo, como constituidor de verdades (BAUMAN, 2003).

Deste modo, o objetivo geral deste trabalho foi de analisar os discursos sociais

produzido nas redes sociais sobre protagonismo social de jovens mulheres, sendo que como objetivos específicos pretendíamos: a) compreender o significado produzido nas redes sociais para protagonismo social de jovens; b) identificar a participação das mulheres nos significados construídos nas redes sociais para protagonismo social de jovens; c) levantar os entrelaçamentos dos discursos sociais construídos nas redes sociais para protagonismo social de jovens mulheres com os discursos sociais que circulam em relação a protagonismo social e a participação das mulheres na sociedade.

Estes objetivos foram respondidos a partir da análise de postagens em duas redes sociais (*Instagram* e *Facebook*) a partir do levantamento de algumas tags de busca (conhecidas como *hashtags*), as quais foram analisadas e discutidas em seus aspectos relativos a compreensão em relação ao protagonismo social e a carência de publicações a certa do protagonismo social de jovens mulheres; bem como a relação entre participação social de mulheres e o conceito de empoderamento.

Acreditamos que a partir desse trabalho podemos colocar alguns questionamentos em relação a nossa realidade e ao impacto das redes sociais na ideia de protagonismo, bem como nos modos de construir realidade contemporaneamente.

2 | METODOLOGIA

2.1 Natureza da pesquisa

A pesquisa realizada se caracterizou como qualitativa, descritiva e documental. De acordo com Bauer e Gaskell (2012), a pesquisa qualitativa tem como objetivo investigar o leque das diferentes opiniões e representações existentes referente ao tema em debate. Portanto, esta metodologia visa aprofundar a compreensão sobre determinado fenômeno ou grupo social, interessando-se pelos aspectos da realidade, na compreensão da dinâmica das relações sociais (GERHARDT, 2009). A pesquisa qualitativa se caracteriza por ser interpretativa, focalizando nos significados das relações humanas a partir de diferentes perspectivas e pontos de vista (STAKE, 2011).

Por pesquisa descritiva entende-se aquelas que se “[...] pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade” (GERHARDT, 2009, p.35). Deste modo, esta pesquisa pretende familiarizar-se com o tema protagonismo social de jovens mulheres nas redes sociais, descrevendo o modo como ocorre, a fim de levantar hipóteses sobre os modos de realização deste fenômeno.

Já a pesquisa documental “[...] recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc”, sendo que atualmente as redes sociais também se colocam como documentos a serem analisados, tendo em vista a produção discursiva que se apresenta nelas.

2.2 Procedimentos para a coleta das informações

Visando a realização dessa pesquisa para atender os objetivos propostos realizamos uma busca na ferramenta de busca do *Facebook* e do *Instagram* no período entre 20 de agosto e 30 de setembro de 2018 utilizando as hashtags protagonismo social, protagonismo juvenil e empoderamento feminino. A partir desse primeiro levantamento as postagens foram lidas pela acadêmica-pesquisadora, levando-se em consideração: a) temática abordada nas postagens, b) número de curtidas, visualizações (no caso de vídeos) e de compartilhamentos, c) publicações postadas como públicas, d) período de postagem inferior a 06 meses (tendo em vista a pulverização das informações compartilhadas nas redes sociais)

Desse modo, foram selecionadas 09 postagens que tinham sido publicadas nos últimos meses, com temática relacionada ao protagonismo social de jovens e ao empoderamento feminino. A escolha por estas se deu por encontrarmos poucas referências ao protagonismo social de jovens mulheres, sendo este o motivo de termos utilizado a hashtag empoderamento feminino. Selecionamos as postagens que possuíam maior número de curtidas, visualizações ou compartilhamento, desde que fossem compartilhadas como “público”, ou seja, abertas para qualquer pessoa que acesse a rede social.

Depois desta seleção, as publicações foram lidas em sua integridade, envolvendo, inclusive a leitura de todos os comentários. Porém para a análise foi utilizada a imagem (fotografia) entendida como linguagem e o enunciado escrito pelo autor da postagem.

2.3 Procedimentos para análise das informações

A análise das informações nesta pesquisa foi realizada pautada no processo de análise de discurso que, conforme apontam Caregnato e Mutti (2006) consiste num processo de análise discursiva que tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação.

Desse modo, então, procederemos, para a análise das informações coletadas, a partir da Análise de Discurso proposta pelo círculo de Bakhtin (2006) que se configura por: 1) entender e identificar quais são as outras vozes contidas nos discursos dos sujeitos da pesquisa identificando a articulação dos discursos dos sujeitos com os discursos sociais relativos ao tema; 2) identificar os entrelaçamentos entre os discursos de cada um dos sujeitos, pois se os sujeitos se constituem na alteridade e mediados semioticamente, observando os pontos de encontros e desencontros desses discursos; 3) posicionar socialmente os sujeitos, a partir dos diferentes lugares sociais ocupados; 4) relacionar o texto produzido pelos sujeitos (discursos) nas redes sociais com o contexto no qual este trabalho foi realizado, seu momento histórico e lugar social e 5) constituir unidades de sentidos as quais serão organizadas *a posteriori* a partir das fases 1, 2, 3 e 4 e analisadas

no texto da pesquisa.

3 I APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Primeiramente, para responder aos objetivos da pesquisa realizamos a busca com a hashtag “protagonismo social”, tendo em vista poder compreender o que as postagens trariam em relação a essa temática e esperando encontrar algo que se relacionasse ao protagonismo social de jovens mulheres.

Após realizar o levantamento destas postagens e não encontrarmos nada diretamente associado ao protagonismo social de jovens mulheres, selecionamos as postagens conforme os critérios apresentados na metodologia. Dentre elas escolhemos três que consideramos serem sintéticas das temáticas relativas ao tema protagonismo social, conforme seguem:



Com estas postagens podemos perceber como o protagonismo social acaba, num primeiro momento, relacionando-se com escolhas individuais, categorizando o protagonismo social como uma responsabilidade de cada sujeito frente aos acontecimentos de sua vida. Tornando o ser humano como único e exclusivo capaz de transformar sua realidade através daquilo que decide para si, porém com pouco (ou quase nenhuma referência) a participação política, ao vínculo com os outros. Assim, entende-se pelo olhar destas postagens a relevância da atuação na vida como um protagonista e não como plateia da vida alheia, conforme podemos perceber nas postagens da Imagem 1, 2 e 3.

Também surgiram publicações de empresas frente às responsabilidades sociais que devem ser adotadas por cada colaborador ali presente. Viabilizando um senso responsável de saber responder pelas próprias ações e de se posicionar frente às ações dos outros. Evidenciando, assim, o seu caráter e refletindo sobre a importância do autoconhecimento para eficácia no âmbito de trabalho.

O olhar do protagonismo social também fica explícito no produto ofertado por aquele que se reconhece, colocando ali todas as suas decisões e particularidades de sua identidade. Vale recordar que nas redes sociais existe uma tendência de realizarmos “propagandas” de si mesmo, pois estas, em certa medida servem de “vitrine” de nossas identidades.

Dessa maneira, consideramos ser viável dialogar com Bauman (2008, p. 20) quando o mesmo aponta que nos tempos atuais, “ninguém pode manter segura sua subjetividade sem reanimar, ressuscitar e recarregar de maneira perpetua as capacidades esperadas e exigidas de uma mercadoria vendável”, ou seja, o ato de concentrar a subjetividade do sujeito em esforços para produzir mercadoria vendável, é uma característica da sociedade dos consumidores e assimila-se sobre o que aqui se discute em relação à busca de sentido diante daquilo que se produz para a sociedade.

Outro tópico levantado durante esta pesquisa foi o protagonismo diante da periferia das cidades e a etnia das pessoas, ponderando discussões acerca das questões influenciadoras estas questões são na vida de um ser humano que busca ser protagonista de sua própria história. Ainda dentro das distinções apresentadas, surgiu a presença da figura feminina, adentrando questões de beleza, cor e status social.

Desta forma, parece-nos que o que corre nas redes sociais (sendo mais compartilhado, visualizado ou curtido) é a ideia de que o protagonismo social seria a capacidade de planejar o caminho a ser percorrido ao longo da vida individual e buscar sempre a qualificação de si para defrontar os desafios inesperados, pois só assim se alcançaria os objetivos próprios e a realização pessoal de cada indivíduo.

Como a imagem feminina pouco apareceu na busca com essa hashtag, adentramos a procura com a hashtag “protagonismo juvenil”, sendo que sobre esta tag trouxemos também 03 imagens que sintetizam aqueles temas mais postados/compartilhados sobre essa temática, conforme segue:

Imagem 4**Imagem 5****Imagem 6**

Muitas das publicações eram realizadas por ONG's e divulgavam uma ideia de escolha da mesma maneira como as postagens sobre protagonismo social, porém, sem aclarar em quais sentidos essas escolhas eram propostas. As postagens também traziam consigo um ar de “liberdade”, como em uma delas que dizia o seguinte: “Eu acredito em uma escola que é ESCOLHA e não algemas... Jogando meu corpo no mundo, andando por todos os cantos e pela lei natural dos encontros, eu deixo e recebo um tanto” (Imagem 5).

Segundo Abramo (1997) as maiores reflexões acerca da juventude no meio acadêmico são voltadas para a discussão das estruturas e das instituições presentes na vida dos jovens como a escola, a família ou sistemas jurídicos e penais, como enfrentamento de situações problemáticas para os jovens. Visto isso, percebe-se que poucas destas situações denotam o modo como estes jovens vivem e estabelecem estes acontecimentos em suas vidas, pois se entende que estudos voltados para a compreensão, percepção e formas de sociabilidade frente às experiências da atuação dos jovens ainda é deficiente.

Os comentários das publicações são voltados para confirmação do que foi descrito na legenda e os sujeitos apoiam a promoção do protagonismo juvenil como promovido pela instituição escolar, numa perspectiva de que a educação possibilita a escolha. Assimilando-os aos sonhos dos jovens, sua coragem, iniciativa e capacidade de arriscar novas coisas, aproximando os objetivos através de cada passo dado.

Também se adentra ao termo protagonismo juvenil, um posicionamento político sobre a participação dos jovens na sociedade, com seus direitos e deveres, como membros ativos e alvos de um futuro próximo, visto por vezes como agentes transformadores da realidade, conforme apresentado na imagem 6.

Voltando esta visão para o âmbito da política, Woodhead (1990) citado por Castro

(2008) afirma que é através da representatividade da fala e das vontades que o jovem organiza o seu lugar no espaço público. Sua posição de minoridade jurídica os tornam seres humanos sem uma própria voz, deixando-os impossibilitados de se expressarem politicamente e como consequência não ter seus interesses organizados e representados. Nesse sentido, na referida postagem (Imagem 6) vemos a possibilidade de participação social do jovem vinculado a procura por ser ouvido em seus direitos e necessidades.

Neste momento percebe-se o jovem em uma categoria minoritária também na esfera da política, como aqueles que vivem a invisibilidade por serem todos os dias representados por pessoas que nem sempre conhecem sua realidade e defendem os seus interesses. Nesta afluência de representações, entende-se que o jovem acaba ficando sem recursos para se posicionar, caso elas não coincidam com suas vontades.

Castro (2008, p. 15) denota o seu parecer sobre a relevância da exposição das opiniões de crianças e jovens no processo de constituição de sujeito expressando que

quando pensamos em direitos das crianças e jovens, devemos questionar para onde essa concepção nos conduz. Seria ela favorecedora de que crianças e jovens se tornem sujeitos da própria história? Pois, o processo de se constituir como sujeito da história deveria conduzir a que crianças e jovens pudessem lutar para encontrar seu próprio lugar no cenário público, e fazer valer sua própria voz – e não aquela suplementada pela voz dos adultos.

Desta forma, novamente se confirma que não é possível torna-se satisfeito diante de um resultado, sendo que o caminho percorrido para chegar até lá não foi feito por quem o que queria almejar. Sabe-se que o fato de dar o direito para jovens e crianças potencializa seus lugares de fala e de visibilidade no meio social, agregando maiores níveis de satisfação para seus contextos de vida.

Porém, tem-se tornado notório que está é uma realidade utópica, no qual pouco se discute atualmente, e adentrando a temática em questão, quando dado a condição de ser jovem e mulher, coloca-se aí uma dupla invisibilidade, ou seja, se as crianças e jovens se é dado “pouca voz” as crianças e jovens mulheres esse espaço se restringe ainda mais. Se levarmos em conta a condição de vulnerabilidade social triplicamos esse silêncio, bem observado pela carência de imagens de jovens mulheres associada ao protagonismo social e ao empoderamento.

Ao falar um pouco sobre transformação de realidade, apareceram questões de mérito através dos estudos (Imagem 4) e novamente chama-se a atenção para o fato de que esta era a única postagem de uma menina. Isso nos gera a reflexão do quanto o próprio ato de estudar é considerado uma forma de a jovem mulher ser protagonista de sua própria história.

Para Teixeira (2005) a escolaridade na realidade dos jovens é sinônimo de partida para ir à busca de seus objetivos e conquistas, este fenômeno torna-se um marco significativo na história do jovem frente ao seu protagonismo social, pois, é a partir de

então que se considera ter algum valor ou instrumentalização como sujeito para seguir no processo de busca.

Apesar disso, nota-se uma situação contraditória neste percurso, pois se sabe que de forma geral para aderir às práticas de estudos no Brasil o jovem não encontra subsídios facilitadores, muito pelo contrário, ele se depara com inúmeras desvantagens que acabam o colocando em um local de um não aproveitamento do estudo em si, e por consequência, não consegue atingir seus objetivos e metas.

Visto isso, cabe ressaltar a questão da desigualdade social gerada em nossa realidade, no qual não se classifica o jovem como protagonista de sua própria história, mas sim o impõem padrões de sucesso para que ele opere conforme o movimento social, impedindo que ele seja capaz de ditar seus próprios princípios e desejos, ou ainda pior, fazendo com que ele se veja como incapaz diante da não conformidade com o que está sendo imposto.

Todas estas questões aqui discutidas geram invisibilidade na vida de um jovem, sejam elas o gênero, a desigualdade social, a cor a idade ou qualquer outro padrão limitante, é de grande relevância reconhecer que são situações que o impedem de pôr em pratica suas cenas protagônicas e agir com autoridade diante daquilo que lhes é proposto, tornando-se seres por vezes seres sem autonomia, sem voz, despotencializados diante da vida.

Tendo em vista a dificuldade em encontrar temas que relacionassem a temática protagonismo social e protagonismo juvenil a condição de jovens mulheres, passamos a procurar a hashtag “empoderamento feminino”. Ao pesquisar por publicações e tags sobre empoderamento feminino, encontrou-se uma grande relação deste termo com o corpo da mulher. Afluíram questões relativas a beleza e sensualidade, afirmando a aceitação de si, bem como, a beleza e seus padrões, representando a autoestima e a autoafirmação através dos diferentes tamanhos e formas de corpos, conforme podemos observar nas postagens que seguem.

Imagem 7



Imagem 8



Imagem 9



Vale ressaltar que a discussão sobre empoderamento feminino a partir do próprio corpo da mulher, pode nos conduzir a caminhos diversos e controversos. Se, por um lado, há toda uma aderência a discursos sociais divulgados na grande mídia do empoderamento feminino, como discurso operador de nicho de mercado por meio da beleza e da reorganização dos padrões sobre o corpo; por outro lado cabe considerar pelo menos dois aspectos: um deles seria o quanto a associação de discursos de empoderamento feminino ao discurso da mulher sensual ainda serve e determina a forma de submissão da mulher e, o outro, o quanto no processo histórico ainda para a mulher apropriar-se do próprio corpo é condição de possibilidade para ser ouvida e reconhecida.

Parece-nos, num primeiro momento, que a participação social da mulher ainda está atrelada ao domínio de seu próprio corpo ou a submissão deste a um determinado padrão discursivo, onde para “aparecer” em público e participar da vida social, a mulher precisa ser bonita.

Consideramos, assim, ser essencial discutir essas questões. Para Del Priore (2011) o que se categoriza neste discurso da aparência é a transformação do corpo feminino em objeto de desejo fetichista, a autora explica a imagem sensual gerada pela estética cinematográfica e a perspectiva transmitida ao público, fazendo com que as mulheres pensem que seja através de sua imagem que obterão poder.

As mulheres que divulgaram os seus entendimentos do que seja empoderamento feminino, também por meio de posicionamentos frente a termos políticos, sendo esta política como um estado de direito, conforme observado nas postagens, ainda observamos o quanto essa condição implica no domínio do próprio corpo, usado como suporte sígnico para a constituição dessa cidadania e a igualdade de direitos que deveria existir em uma sociedade entre homens e mulheres.

Neste sentido, cabe nessa discussão considerar os caminhos de busca das mulheres

por essa igualdade cidadã. Nesse trajeto, nos lembra todos os movimentos considerados feministas que colocam, de maneira diversa, a relevância das questões políticas de gênero, ou seja, o modo como esta conceituação serve a uma hierarquização das relações entre homens e mulheres, colocando os homens como aqueles que devem “comandar” e, por isso, a eles pertencem o espaço público. E as mulheres aquelas que devem cuidar e serem cuidadas e, por isso a elas cabem o espaço privado.

Foucault (1988) manifesta-se a respeito deste assunto ao abordar sobre a história da sexualidade, afirmando que a valorização dos corpos apresenta uma forte ligação com o processo de instauração da hegemonia burguesa, fomentando uma questão física de poder na apropriação de um corpo e uma sexualidade, no qual padrões eram estabelecidos para que uma pessoa pudesse ter sua beleza e seu estado saudável reconhecido por todos. Deste modo, passamos a compreender que, em certa medida, à mulher a condição de apresentar seu corpo, ter domínio sobre este, implicaria em um ato de resistência contra uma ordem discursiva que opera verdades em relação ao corpo da mulher, seus modos de ser e agir e como esse corpo (“biológico”) a impediria de pensar ou de ser capaz e autônoma.

Um aspecto relevante observado durante esta pesquisa foi o fato de não encontrar nenhuma publicação ou foto fomentando o empoderamento em jovens mulheres. As imagens e publicações encontradas demonstravam mulheres que aparentemente já não se enquadravam mais na idade que costumamos chamar de adolescência (de 12 a 18 anos). Esta questão provoca uma indagação sobre como se dá esta temática atualmente em nossa sociedade e qual o olhar que se lança sobre o desenvolvimento da mulher em seus diversos momentos de vida.

Sem encontrar nenhuma relação entre o tema empoderamento feminino trazendo mulheres mais jovens entendemos que este apagamento pode se dar pela omissão, isto é, por passarmos a entender socialmente que, se a mulher empoderar-se é um fenômeno de domínio de si, de seu corpo e de sua sexualidade, esse empoderamento se daria apenas na condição de mulher adulta, dividindo, assim, a vida em fases e ditando o que é possível de ser vivido em cada fase. Como se, quando criança e jovem, a mulher fosse incapaz, impotente e assexuada, sem se mostrar autônoma em sua própria vida.

Esta observação nos faz retomar o modo como crianças, jovens e mulheres vem sendo posicionadas em nossa sociedade. Del Priore *et al* (2001) ao falar da história da criança no Brasil, relata o fato de como os mais jovens eram excluídos da sociedade e vistos apenas como um simples reflexo de um adulto, devendo, assim, serem de propriedade do homem adulto, como aquele capaz de decidir pela esposa e pelos filhos (homens ou mulheres).

Cabe a compreensão de que este fenômeno ainda é comum hoje em nossa realidade, quando partilhamos da ideia de que a mulher seria o sexo frágil aquela que precisa ser cuidada e que não teria capacidade (poder) de agir sobre si e, menos ainda,

capacidade mental de participar das decisões da vida pública (sociais e políticas).

Se, a este fato unirmos a perspectiva contemporânea de que crianças e jovens também são socialmente impotentes (e por isso precisam de cuidado e devem calar-se diante do adulto, o qual deve decidir a vida das crianças) e juridicamente incapazes, temos multiplicada a condição de que à mulher jovem pouco se dá espaço de participação social, a menos que sirva ao fetiche sobre o corpo desta ou a sua colocação como “bibelô” ao lado de algum produto ou homem.

Deste modo, passamos a nos interrogar a complexidade ainda presente na condição de ser mulher jovem e pobre no Brasil, a medida em que essa condição coloca sobre esse sujeito vários vieses de silenciamento e apagamento de sua participação social e condições de protagonismo sobre sua vida e de transformação das realidades existentes.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De antemão, é válido ressaltar nas considerações desta pequena análise, que ela representa uma porcentagem muito singela diante de todo o conteúdo vivo existente em nosso meio social, entretanto prediz através da mesma, um desembrulho de profundas estruturas culturais que perduram pela história até o nosso presente e neste movimento continuo nos contam um pouco o que significa o protagonismo social na vida de uma jovem mulher.

Na condição de ouvinte, mas também de relator desta história, surgiram questionamentos acerca do posicionamento dos sujeitos frente ao protagonismo social juvenil e feminino. Uma vez que esta temática é vista pelos olhos de uma sociedade estruturada em valores, crenças e práticas paradigmática, preocupa-se com a relevância que se dá ao protagonismo.

As análises deram-se através de plataformas digitais, mas sabe-se que o conhecimento construído nestas áreas representa um reflexo do universo construído fora da realidade virtual. Assim, chama-se a atenção pelo fato de ter encontrado pouquíssimos conteúdos sobre protagonismo social e juvenil e menos ainda ter encontrado postagens que relacionassem essa temática a condição das mulheres jovens.

Ou seja, o processo de reconhecimento do significado dado pelas jovens mulheres ao protagonismo, não chegou a uma única conclusão, mas caminhou por pareceres que denotam a inexistência de produção de sentidos nesta área. Notavelmente, estes relatos estão espelhados na falta de conhecimento e no desinteresse social de sujeitos não autônomos e que simbolizam vivências paradoxais daquilo que o protagonismo propõe.

Surge através desta observação questionamentos a respeito da atuação do profissional de psicologia neste contexto, encontrando-se em uma complexa situação de versatilidade dos diferentes fenômenos humanos e o que cada qual apresenta como simbólico para que se possa entender seus significados e desdobrar estruturas sócio

culturais para ressignificar algumas vivências.

Reconhece-se que um caminho possível para a execução deste trabalho é ampliar as discussões que perpassam o termo protagonismo social, neste caso direcionado a vida de jovens mulheres e fomentar espaços de produção de sentidos, a fim de gerar novos significados na vida dos sujeitos que buscam por esta compreensão, pois, acredita-se que faz parte da profissão do psicólogo explorar os comportamentos e sentidos humanos produzidos.

Desta forma, salienta-se a importância de pesquisas e estudos neste âmbito para a ciência psicológica, visto se tratar de uma realidade tão comum e ao mesmo tempo ainda obsoleta de bases científica. A proposta é relevante para os dias atuais, já que cada vez mais o espaço protagônico encontra-se desconhecido como ferramenta cultural para a construção de sujeitos pautados em significados concretos.

REFERENCIAS

ABRAMO, H.W. **Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil**. São Paulo. Juventude e Contemporaneidade, 1997.

BAKHTIN, M.. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Editora 34, 2006.

BAUER, M.W.; GASKELL, G.. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2012.

BAUMAN, Z.. **Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BAUMAN, Z.. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R.. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.679-684, out. 2006.

CASTRO, L.. **A politização (necessária) do campo da infância e da adolescência**. Rio de Janeiro. Revista Psicologia Política, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~psicopol/seer/ojs/viewarticle.php?id=32&layout=html>> Acessado em: 10/10/18.

DEL PRIORE, M. **História das crianças no Brasil**. São Paulo. Editora Contexto, 2001.

DEL PRIORE, M. **Histórias íntimas**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2011.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R.R.. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. In: **Revista RAP**, 44(2), p.367-83, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n2/08.pdf>> Acessado em: 11/11/17.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed.. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FOUCAULT, M. A vontade de saber. **História da sexualidade**, v. 1, 1977.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T.. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GROPPO, L.A.. **Condição Juvenil e Modelos Contemporâneos de Análise Sociológica das Juventudes**. CIDPA VALPARAÍSO, 2010, p. 11-26. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v18n33/art02.pdf>>. Acessado em: 10/11/17.

GUARESCHI, P.. **Psicologia social crítica como prática de libertação**. 4.ed..Porto Alegre: EdiPUCRS, 2009.

MAHEIRIE, K.. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. In: **Revista Interações**, v. 7, n. 13, 2002.

MARIANO, S.A. **O sujeito do feminismo no pós-estruturalismo**. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 3 n. 13, p. 483-505, set./dez. 2005.

MORAES, E.. Ser mulher na atualidade: a representação discursiva da identidade feminina em quadros humorísticos de maitena. In: TASSO, I.; NAVARRO, P. (orgs.). **Produção de identidades e processos de subjetivação em práticas discursivas** [online]. Maringá: Eduem, 2012.

SILVA, T.C.M.; AMAZONAS, M.C.L.A.. Identidade feminina: engendrando espaços e papéis de mulher. In: **Revista de Psicologia da IMED**, v. 1, n. 2, p. 192-200, 2009.

STAKE, R.E.. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011.

TEIXEIRA, E.J.. **Juventude pobre, participação e redes de sociabilidade na construção do projeto de vida**. Tese de Doutorado. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.R.. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo. Ícone Editora , 1998.

ZANELLA, A.V.. Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da Psicologia Histórico-Cultural. In: **Psicol. estud.**, v.9, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000100016>. Acessado em: 01/11/17.

CAPÍTULO 14

OS FATORES BIOPSSICOSOCIAIS DE UM TRABALHADOR: ESTUDO DE CASO DE UM PROFISSIONAL CAMINHONEIRO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 04/05/2020

Dorisleine dos Santos Souza Vieira

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/6166260489820088>

Fasila Nazaré Lobato Pinheiro

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/8723674680528927>

Thaís Alves Barbosa

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande – MS
<http://lattes.cnpq.br/4756345361507851>

Nelson Kian

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB
Campo Grande – MS
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6245-2326>

RESUMO: Motorista de caminhão é uma profissão que, apesar de pouco valorizada é muito importante para a economia do país. Por meio desses trabalhadores é que ocorre o abastecimento de diversas mercadorias essenciais para o consumo da população, como: alimentos e combustível. No entanto, essa profissão está na lista das que mais causam patologias como: LER/DORT, hipertensão arterial sistêmica (HAS), lombalgia, entre outras. Isso ocorre porque esse trabalhador fica exposto a riscos, físicos, ambientais e químicos e também está sujeito a uma excessiva jornada de trabalho. Além disso, essa profissão contribui para a

adoção de estilos de vidas não muito saudáveis, como: alimentação a base de muitos carboidratos e poucos vegetais e poucas horas de sono. Este estudo tem como objetivo verificar os fatores biopsicossociais envolvidos na saúde do profissional caminhoneiro por meio de um estudo de caso. A coleta dos dados fora feita por meio de um check-list que abordava temas relacionados a vida pessoal, social, profissional e econômica. Os resultados foram analisados e comparados com as normas regulamentadoras da profissão, com a Constituição Federal de 1988, a CLT e outras bibliografias e artigos pertinentes aos assuntos. Os resultados demonstraram que a empresa apresentou alguns aspectos positivos em relação à influência exercida sobre os riscos à saúde do trabalhador como, por exemplo, a execução de palestras educacionais sobre cuidados com os riscos que a profissão oferece, cursos de capacitação ao uso de EPI e também fornece auxílio saúde ao seu empregado e dependentes. Porém, a empresa cometeu uma falha, ao conceder férias ao empregado no momento em que ele deveria ser afastado, devido a uma lesão na região distal do antebraço direito, que foi ocasionada quando o mesmo estava em função da empresa.

PALAVRAS-CHAVE: Caminhoneiro, Economia, LER/DORT, Hipertensão, EPI.

THE BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS OF A WORKER: A CASE STUDY OF A PROFESSIONAL TRUCK DRIVER

ABSTRACT: Truck driver is a profession that, although little valued is very important for

the economy of the country. Through these workers is that occurs the supply of various commodities essential for the consumption of the population, such as: food and fuel. However, this profession is on the list of those that cause the most pathologies such as: LER / DORT, systemic arterial hypertension (SAH), low back pain among others. This is because this worker is exposed to risks, physical, environmental and chemical and is also subject to an excessive working day. In addition, this profession contributes to the adoption of non-healthy lifestyles, such as: carbohydrate-based diet and few vegetables and few hours of sleep. This study aims to verify the biopsychosocial factors involved in the truck driver's health through a case study, the data collection was done through a checklist that addressed issues related to personal, social, professional and economic life. The results were analyzed and compared with the norms regulating the profession, with the Federal Constitution of 1988, the CLT and other bibliographies and articles pertinent to the subjects. The results showed that the company presented some positive aspects regarding the influence exerted on the risks to the health of the worker, such as the execution of educational lectures on care with the risks that the profession offers, training courses for the use of PPE and it also provides health assistance to its employee and dependents. But the company made a mistake by giving the employee a vacation at the time he was due to be removed because of an injury to the distal region of his right forearm that was caused when the company was in the company.

KEYWORDS: Truck drive, Economy, LER/DORT, Hypertension, EPI.

1 | INTRODUÇÃO

O conceito de trabalho é geralmente entendido como uma atividade humana realizada com o objetivo de produzir uma forma de obtenção de subsistência. O trabalho é definido por Karl Marx (1863), como a atividade sobre a qual o ser humano emprega sua força para produzir os meios para o seu sustento.

Segundo os dados da Agência Nacional de Transportes Terrestres, o Transporte Rodoviário de Cargas (TRC) tem uma presença expressiva de motoristas autônomos no mercado de trabalho brasileiro, representando 83%, e uma menor proporção de trabalhadores contratados por empresas transportadoras (16%) e por cooperativas (1%) (SILVA, 2016). Nessa situação, analisar os vínculos empregatícios para compreender os modos de trabalhar dos motoristas de caminhão tornou-se essencial, permitindo observar as relações de trabalho, sendo marcadas pela terceirização e flexibilização no mercado de trabalho, podendo causar impactos importantes na vida e na saúde desses trabalhadores (SILVA, 2016).

A Revolução Industrial e a 2ª Guerra Mundial trouxeram recursos e novas tecnologias que aprimoraram a qualidade de vida em diversos aspectos, todavia, fizeram com que a presença dos produtos industrializados e perigosos se tornasse indispensáveis no cotidiano. Com o aumento da população veio uma necessidade maior de transportar, devido aos acréscimos dos produtos, crescendo as frotas de veículos transportadores e, conseqüentemente o número de acidentes, colocando em risco a natureza, a saúde humana e o patrimônio de modo geral, gerando contaminação e, prejudicando o meio.

(LAROCA, 2014). Conseqüentemente, com os riscos que muitos trabalhadores correm a todo momento, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), com treinamento individual e coletivo é extremamente importante para esse tipo de transporte, para que assim seja provável uma eficácia na prevenção, envolvida por certos produtos que são transportados nas rodovias.

E, por mais que o trabalho seja de suma importância em vários aspectos da vida, sendo que, a capacidade de trabalhar é vista como um dos principais itens utilizados para definir um indivíduo que possui vida saudável e ativa, o trabalho pode causar danos à saúde do trabalhador. Sejam danos psicológicos por conta da alta cobrança por produtividade da empresa, ou até físicos, em razão de locais de trabalho inadequados que ofereçam perigo a saúde, e equipamentos que não foram feitos pensando no bem-estar do trabalhador (AGOSTINI, 1999).

A profissão de caminhoneiro é uma das que mais se encontram pessoas com problemas de saúde. Pois, além de lidar com uma carga horária de trabalho exorbitante, os profissionais ainda precisam lidar com estradas ruins, violência, e distanciamento da família e do convívio social, o que gera um grande estresse psicológico. Ademais, a profissão favorece a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e excesso de peso. Fatores de risco agravantes para a incidência de patologias crônicas como Acidente Vascular Cerebral (AVC), e doenças cardiovasculares (MASSON, 2010)

Por conseguinte, outro problema muito comum são dores crônicas de origem osteomusculares, em razão da permanência prolongada na mesma posição. A lombalgia é um exemplo bem desagradável que se tornou comum entre os caminhoneiros, pela exposição constantemente à vibração, e por frequentemente realizarem movimentos repetitivos e manipular objetos pesados (MYAMOTO, 2000).

Além de longas jornadas de trabalho, ausência de pausas para descanso, má alimentação, risco de assaltos e acidentes de trabalho prejudicam a saúde dos trabalhadores. Os curtos prazos de entrega não apenas dificultam a realização de pausas de descanso, como empurram muitos trabalhadores para o consumo de substâncias químicas, como anfetaminas e álcool, uma vez que precisam se manter acordados para atender as urgências dos prazos delimitados pelas empresas (SILVA, et al 2016).

Assim, o objetivo deste trabalho foi verificar os fatores biopsicossociais de um trabalhador que exerce a função de caminhoneiro, com o propósito de verificar a relação destes fatores com sua saúde.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso construído no mês de abril e maio de 2018 na disciplina de Saúde do Trabalhador I, pelas acadêmicas do quinto semestre do curso de

Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. Me. Nelson Kian.

O trabalhador que exercer a função de caminhoneiro foi escolhido devido a experiência prévia de uma das pesquisadoras ter trabalhado em uma Empresa de Transportes. O contato com o trabalhador foi feito por meio do telefone, no qual, foi feito esclarecimentos e o convite para participar deste estudo

Sucessivamente, foi elaborado um check-list semiestruturado, contendo vinte e cinco questões abordando assuntos sobre a vida pessoal, social, profissional e econômica. A entrevista foi feita na residência do trabalhador após um agendamento prévio.

Após a coleta, os dados foram analisados e discutidos baseado com as normas regulamentadoras da profissão, a Constituição Federal de 1988 (CF/88), com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e outros estudos pertinente com os assuntos abordados ao tema.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta pesquisa participou um trabalhador cuja profissão é motorista de caminhão (carreta), trabalha numa filial de transportadora de produtos químicos, localizada em Campo Grande - MS. A empresa tem como objetivo, realizar transportes de diversos produtos como gasolina, benzeno, soda caustica, porém, atualmente, ele transporta querosene de aviação - GAV – B4 combustível de avião (número de risco apresentado pela ONU – 301863), visando sempre a entrega com total integridade do produto transportado.

O trabalhador tem 65 anos, natural de Santos - SP, mas atualmente reside em Campo Grande - MS, estado civil divorciado e tem 4 filhos. Possui renda variável já que o pagamento é realizado por meio de salário fixo mais diária. Segundo a Associação Brasileira dos Caminhoneiros – ABBCAM em relação a nova reforma trabalhista, o plano de carreira pode ser negociado entre patrões e trabalhadores sem necessidade de homologação nem registro em contrato, podendo ser mudado constantemente. A progressão pode ser exclusivamente por antiguidade, por merecimento ou de forma mista.

Segundo o Inciso V, "C" do Artigo 2 da Lei do Caminhoneiro nº 13.103 de 02 de março de 2015, relata que:

São direitos dos motoristas profissionais de que trata esta Lei, sem prejuízo de outros previstos em leis específicas:

c) ter benefício de seguro de contratação obrigatória assegurado e custeado pelo empregador, destinado à cobertura de morte natural, morte por acidente, invalidez total ou parcial decorrente de acidente, traslado e auxílio para funerais referentes às suas atividades, no valor mínimo correspondente a 10 (dez) vezes o piso salarial de sua categoria ou valor superior fixado em convenção ou acordo coletivo de trabalho.

Conforme determina a Lei nº 13.103/2015 que controla a jornada de trabalho dos motoristas, o tempo de duração da jornada diária do motorista deve ser de 8 horas; e da jornada semanal, de 44 horas. Ainda com relação à duração da jornada de trabalho, é preciso considerar:

Intervalo mínimo de 1 hora para refeição, podendo coincidir com o tempo de parada obrigatória (esse intervalo mínimo corresponde ao intervalo intrajornada);

Intervalo Inter jornada, ou seja, repouso diário obrigatório de 11 horas a cada 24 horas, com o veículo estacionado, sendo permitidos o fracionamento e a coincidência com o tempo de parada obrigatória (mínimo de 8 horas ininterruptas no primeiro período e usufruto do restante dentro das 16 horas seguintes ao fim do primeiro período); Nas viagens de longa distância com duração superior a 7 dias, o repouso semanal será de 24 horas por semana ou fração trabalhada, sem prejuízo do intervalo de repouso diário de 11 horas, totalizando 35 horas, usufruído no retorno do motorista à base (matriz ou filial) ou ao seu domicílio, salvo se a empresa oferecer condições adequadas para o efetivo gozo do referido repouso.

O trabalhador exercer a função de caminhoneiro há 42 anos, apresenta uma carga horária definida de 15 horas por dia, em razão dos acidentes químicos ampliados no transporte rodoviário de cargas perigosas (AQATRC) serem hoje um dos temas de preocupação da vigilância ambiental em saúde (VAS) que vem se desenvolvendo no âmbito do Ministério da Saúde, dentro da Fundação Nacional de Saúde, com reflexo também em algumas Secretarias Estaduais de Saúde (FREITAS, 2001). Portanto, o cuidado com os trabalhadores de produtos químicos requer grande atenção, para diminuir os riscos de acidentes nas rodovias, não só acasos no meio ambiente, mas também com a própria segurança dos trabalhadores.

Por conta desse fator de risco é indispensável o treinamento e o uso de EPI's de uso exclusivo do motorista, conforme cita a norma ABNT NBR 9735/2016 que estabelece, o conjunto mínimo de equipamentos para emergências no transporte terrestre de produtos perigosos, composto pelo equipamento de proteção individual, a ser utilizado pelo condutor e auxiliares envolvidos no transporte, equipamentos para sinalização da área da ocorrência e extintor de incêndio portátil para a carga - luva de PVC, capacete, bota de borracha, óculos de ampla visão com proteção lateral, máscara respiratória semifacial com filtro químico para vapores orgânicos.

Como o caminhão é rastreado via satélite e a carga se trata de combustível de avião, tem um alto risco de roubo e principalmente no período noturno. Desse modo, seu horário de descanso é de 8 horas, começando sua jornada de trabalho às 07h e finalizando às 22h, sendo este, o horário máximo que os caminhões rastreados podem funcionar, evitando assim, o risco de roubos e um possível acidente que geralmente é causado por uma carga horária excessiva de trabalho, que leva à exaustão/cansaço.

A mercadoria além de ter um alto valor financeiro é altamente inflamável por isso, detém um elevado grau de periculosidade, dando direito ao trabalhador receber um benefício conforme a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta remuneração adicional de certas atividades de riscos concedidos aos trabalhadores está estabelecida no inciso XXIII do artigo 7º da CF/88 que assim dispõe:

Art. 7º. São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...] XXIII – adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;

O trabalho de motorista de caminhão é uma profissão que, apesar de não ser muito valorizada é de suma importância para a economia brasileira. Por meio desses trabalhadores é que ocorre o abastecimento de diversos itens essenciais para o consumo da população, porém a constante exposição à fatores de riscos pode causar prejuízos à sua saúde, pois, a profissão favorece a adoção de estilos de vida pouco saudáveis além de práticas que deixam tais trabalhadores desprotegidos a certas doenças, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso entre outros (ALESSI, 2015).

O próprio trabalhador entrevistado considera sua alimentação muito ruim, com excesso de carboidratos, proteínas e pouco consumo vegetais. Segundo a ABCAM (Associação Brasileira dos Caminhoneiros) por conta desses fatores, esses trabalhadores são fortes candidatos a desenvolverem doenças que, na maioria das vezes, agem de maneira silenciosa e podem até levar o trabalhador a óbito se não forem tratadas corretamente.

A ABCAM cita sete principais doenças relacionadas a essa classe de trabalhadores, dentre elas destacamos duas patologias que foram adquiridas pelo trabalhador devido a sua função, são elas:

A primeira sendo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Tendo alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo então considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Sendo a causa diretamente ligada ao alcoolismo, tabagismo, consumo de bebidas, obesidade, sedentarismo, estresse, consumo elevado de sal, níveis altos de colesterol, diabetes e o sono inadequado (ABCAM, 2018).

E, a segunda sendo LER – Lesões por esforço repetitivo – refere-se a um problema de saúde muito prevalente na atualidade mundial, acometendo diversas categorias de trabalhadores. Doença resultante da inserção de tecnologias modernas como a mecanização e automação dos processos de trabalho, ignorando a falta de adaptação e capacitação dos trabalhadores para a inserção nessa nova realidade. São trabalhadores

que fazem pouco esforço ao desempenharem suas tarefas, todavia os movimentos são repetidos e muitas vezes estáticos, sobrecarregando sempre o mesmo grupo muscular, pela manutenção de uma postura por vezes inadequada e durante longos períodos por dia. Este comportamento, associado a outros fatores predisponentes pode levar ao desenvolvimento de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (MEDEIROS, 2012).

O trabalhador além de não ser adepto a uma alimentação balanceada, é tabagista e sedentário. Esse conjunto de fatores de risco somados às condições impostas pela função de motorista são responsáveis pelo fato do mesmo ser portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Na jornada de trabalho do motorista, há uma predominância na posição sentada, utilizando a mão direita para a troca de marcha, os pés na embreagem, acelerador e freio. O caminhão disponibilizado ao trabalhador, não possuía tecnologia capaz de auxiliar no seu dia-a-dia, necessitando realizar o desengate da carreta manualmente, e isso exigia muito esforço. Por esse motivo, acredita ser a causa de sua tendinite no ombro e em razão disso ficou afastado da sua atividade laboral por um ano e oito meses.

Diferentemente do que ocorre no acidente do trabalho, segundo o caderno de atenção básica de saúde do trabalhador (2002), a doença adquirida no trabalho ocorre da atividade profissional desenvolvida pelo empregado ou em razão dela, mesmo que não seja o trabalho a única causa da doença.

Importante ressaltar que a Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, do art. 118, considera a doença adquirida no trabalho os mesmos direitos do que é vítima de acidente de trabalho. Na qual, o segurado fará jus ao benefício de auxílio doença acidentário, enquanto estiver em tratamento e não puder exercer a sua atividade laborativa cujo benefício é pago pelo INSS. Entretanto, após o tratamento e ficar constatado que sua recuperação não foi total, deixando inclusive sequelas, o segurado terá direito ao benefício auxílio-acidente.

Os acidentes de trabalho, são todos aqueles exercícios acarretados durante a atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal como no informal de trabalho. Ocorrências agudas, sendo capaz de causar lesões ou até mesmo morte, podendo levar à redução temporária ou permanente da aptidão do trabalhador (MALTA, 2013).

Segundo o caderno de Atenção Básica Nº 5 (2001), ainda orienta que em casos de acidentes de trabalho os seguintes procedimentos devem ser adotados: acompanhar e articular a assistência na rede de referência para a prevenção das sequelas - acompanhar a emissão da CAT pelo empregador - Preencher o Laudo de Exame Médico (LEM) - Notificar o caso nos instrumentos do SUS - Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre o acidente ocorrido e situações de risco presentes no local de trabalho - Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho. Orientar sobre os direitos trabalhistas e previdenciários. Após a alta hospitalar,

realizar acompanhamento domiciliar registrando as avaliações em ficha a ser definida pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Dos acidentes sofridos pelo trabalhador, ele diz que recebeu total apoio da empresa no caso da LER (Tendinite), o empregador tomou todas as medidas cabíveis colaborando para o afastamento por meio da Previdência social durante o período de 1 ano e 8 meses.

Já na queda que acarretou a fratura distal do rádio no antebraço direito, o trabalhador foi socorrido imediatamente pelo convenio fornecido pela empresa, porém o médico não detectou a fratura de imediato, assim o trabalhador foi orientado a ficar de repouso e a empresa achou por bem liberar as férias do empregado, deixando de agir conforme o protocolo citado no Caderno de Atenção Básica N° 5 (2002).

A Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, diz que Artigo 22 que:

Art. 22. A empresa ou o empregador doméstico deverão comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social. (Redação dada pela Lei Complementar nº 150, de 2015)

Dessa forma, entendemos que o trabalhador foi prejudicado, pois ele poderia ter sido afastado pelo INSS nesse período de recuperação da lesão e em outro momento em que estivesse com a integridade de sua saúde gozar do seu direito de férias.

Além do mais, sabemos que a não emissão da CAT faz com que o trabalhador, ao entrar com pedido de benefício junto ao INSS, receba o auxílio-doença, e não o auxílio-doença acidentário, o que, por consequência, faz com que o empregado não tenha direito ao recolhimento do FGTS durante a vigência do benefício, e, recebendo alta, também não tenha direito à estabilidade provisória.

Ao questionar o trabalhador se recebe por parte da empresa treinamento para uso de EPI's, orientação sobre ergonomia no trabalho e promoção de saúde visando qualidade de vida, o mesmo respondeu que sim, sabemos que essa medida é de suma importância para manter saúde e segurança dos trabalhadores. Segundo Carvalho (1984), a ergonomia propõe preservar o homem, do desgaste físico e mental, colocando-o apto ao trabalho produtivo. Com isso, a ergonomia vem sendo estudada cada vez mais para ser aplicada em diversas áreas de trabalho, estabelecendo as capacidades e limitações dos seres humanos, através da análise de tarefas, postura e dos movimentos do trabalho.

O trabalhador ainda comentou que realiza exames toxicológicos periodicamente conforme o Art. 235-B na LEI N° 13.103, de 2 de março de 2015. da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). diz que:

Art. 235-B São deveres do motorista profissional empregado:VII - submeter-se

a exames toxicológicos com janela de detecção mínima de 90 (noventa) dias e a programa de controle de uso de droga e de bebida alcoólica, instituído pelo empregador, com sua ampla ciência, pelo menos uma vez a cada 2 (dois) anos e 6 (seis) meses, podendo ser utilizado para esse fim o exame obrigatório previsto na Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, desde que realizado nos últimos 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. A recusa do empregado em submeter-se ao teste ou ao programa de controle de uso de droga e de bebida alcoólica previstos no inciso VII será considerada infração disciplinar, passível de penalização nos termos da lei (NR).

Em relação às demais questões relacionadas à vida pessoal, o trabalhador relata ter uma convivência familiar tranquila, sabemos que esse fato pode ter grande influência na qualidade e produtividade do trabalho seja positivamente ou de uma forma negativa, pois estudos dizem que ter uma boa relação familiar e um ambiente saudável dentro de casa reduz consideravelmente os níveis de estresse, contribuindo para aumentar o foco nas atividades do dia a dia sem prejudicar a saúde (GOULART 2013).

No decorrer desse estudo verificamos que o trabalhador está sempre expostos a fatores de riscos químicos, físicos, ambientais e também biológicos, uma prova disso foram os problemas citados no decorrer desse artigo, porém o motorista declara gostar de sua profissão, diz que já trabalhou em outros cargos e não se adaptou tão bem quanto ao cargo atual e também o caminhão que encontra-se em sua disposição hoje, é bem confortável e atende suas necessidades durante a jornada de trabalho.

Quando questionado se propunha algo para melhora de seu trabalho, o mesmo relatou diminuição no preço de pedágios, melhoras nas rodovias, aumento de salário e horas extras. Por fim, ao indagar sobre querer ter escolhido uma outra profissão, o trabalhador disse que não mudaria de cargo, pois já trabalhou em outras funções e não me adaptou, gosta do que faz e se sente tranquilo quando está dirigindo, não tem nenhuma pressão da empresa e faz o seu trabalho despreocupado, todos os dias.

4 | CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que o profissional caminhoneiro sofre com diversos fatores que podem repercutir negativamente à sua saúde, no âmbito físico, emocional e social. Fatores como: acidentes de trânsito, hábitos de vida não saudáveis, duração e qualidade do sono, alimentação não equilibrada e a falta de exercícios físicos regulares.

Por conseguinte, mesmo com todas as orientações ergométricas ministradas pelas empresas aos trabalhadores motoristas de caminhão, possuem grande risco de adquirir lesão por esforço repetitivo. Pois, ficam o dia todo na mesma posição realizando os mesmos movimentos e sob vibração constante e que acentuam com a falta de rodovias devidamente pavimentadas e inclusive o acidente.

Portanto, é inquestionável que esta profissão é muito importante para a economia do país. Esses profissionais são os braços que movem a economia, a falta desses trabalhadores, geraria um caos total. Diante disso, é de suma importância que a saúde desses trabalhadores seja preservada, e que os todos os envolvidos possam contribuir para isso.

REFERÊNCIA

ABCAM – Associação Brasileira dos Caminhoneiros. Disponível em: <abcam.org.br/index.php/pt/noticias/254-sete-doencas-que-perseguem-os-motoristas-de-caminhao>. Acesso em: 25 de maio de 2018

ALESSI, Angélica; ALVES, Márcia. **Hábitos de vida e condições de saúde dos caminhoneiros do Brasil: uma revisão da literatura.** *Revista eletrônica Ciência e Saúde*, Vol. 8, n.3, Bento Gonçalves – RS, 2015.

AGOSTINI, M. et al. **As múltiplas aproximações da relação “saúde, gênero e trabalho”.** *Revista do II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde*, 1999.

FREITAS, Carlos; AMORIM, Andréa. **FIOCRUZ - Vigilância Ambiental em Saúde de Acidentes Químicos Ampliados no Transporte Rodoviário de Cargas Perigosas.** IESUS, Rio de Janeiro; pp 31 – 42; janeiro/março 2001.

GOULART, Edward et al. **Exigências familiares e do trabalho: um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações.** *Pensando famílias*, 17(1), 110-122. Bauru – SP. Recuperado em 29 de maio de 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100011&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 27 de maio de 2018

KARL MARX. **Livro 4 - Teorias da Mais Valia.** Volume 1. São Paulo: Bertrand Brasil, pp. 384-406, 1987.

LAROCA, Leticia M. **Estudo preliminar de um plano de ação para situação de emergência para acidentes com produtos perigosos em rodovias.** CURITIBA – PR, 2014.

MALTA, Deborah C.; et al; **Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.** *Revista Ciênc. saúde colet.* 22 (1); 2017.

MASSON, Va; Monteiro Mi. **Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão.** *Rev Bras Enferm.* Campinas – SP; 2010.

MEDEIROS, Urubatan V.; Segatto, Giane G.; **Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares (Dort) em dentistas.** *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 49-54, jan./jun. 2012

MINISTÉRIO DA SAUDE. **Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família nº5 , Saúde do trabalhador.** Brasília, 2001. Acesso em: 27 de maio de 2018 > Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica, n. 5: Saúde do trabalhador** - 2ª Edição p.62, Brasília, 2002. Acesso em: 27 de maio de 2018> Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf

MIYAMOTO, M et al. **An epidemiologic study of occupational low back pain intruck drivers.** J NipponMed Sch. p. 186-90, 2000.

Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Disponível em: <planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213cons.htm> Acesso em: 27 de maio 2018.

SILVA, Luna, et al. **Vínculos empregatícios, condições de trabalho e saúde entre motoristas de caminhão.** Universidade de São Paulo. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, São Paulo – SP, pp. 153-165, 2016.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq Bras Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

CAPÍTULO 15

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: IMPACTOS E REPERCUSSÕES DA TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 23/06/2020

Luís Felipe Ferro

Universidade Federal do Paraná -
Departamento de Terapia Ocupacional –
Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas

<http://lattes.cnpq.br/7839809383749925>

RESUMO: Embora a previsão da participação popular no controle das ações públicas no campo da Saúde encontre respaldo constitucional e em diferentes legislações já no final da década de 1980, múltiplas dificuldades são presentes cotidianamente no Controle Social. Para paralelamente, evidencia-se em contexto brasileiro opções públicas pela transferência da gestão e execução de algumas de suas atividades por meio da ampliação de parcerias com Associações e fundações. O presente artigo pretende apresentar reflexões sobre a influência dos processos de terceirização no Controle Social no campo da Saúde. Para tanto, as reflexões tomarão suporte junto à experiência de 5 anos no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e no desenvolvimento da pesquisa “Controle Social em Saúde Mental: Possibilidades de construção da cidadania”. Multiplicação de espaços deliberativos e dificuldades de fiscalização por conselheiros de Saúde; diminuição do poder deliberativo dos Conselhos de Saúde; comprometimento do Controle Social pela fragilização das relações profissionais;

ampliação do poder de determinadas instituições contratadas e desrespeito a diretrizes que guiam as ações públicas, são alguns dos apontamentos apresentados que comprometem de maneira enfática o exercício do Controle Social.

PALAVRAS-CHAVE: Participação Cidadã, Controle Social, Saúde Coletiva, Política Pública, Terceirização

POPULAR PARTICIPATION AND SOCIAL CONTROL: IMPACTS AND REPERCUSSIONS OF OUTSOURCING HEALTH

ABSTRACT: Although the popular participation in the control of public actions in the health field finds support in Brazilian’s Constitution and in a sort of legislations since the 1980s, many difficulties are present in Social Control. In parallel, it is evident in the Brazilian context public options by the transfer of management and execution of some of its activities through the expansion of partnerships with Non Governmental Organizations (ONGs) and Foundations. This article aims to present reflections about the influence of outsourcing processes in social control in the health field. Thus, the reflections take support in the 5 years experience in the Municipal Council of Health of Curitiba and the development of the research “Social Control in Mental health: citizenship construction possibilities”. Multiplication of the deliberative spaces and difficulties of control by health advisers; decreased of the deliberative power of the Health Councils; impairment of Social Control by the weakening of labor relations; the increase of the power of certain contracted institutions and the disregard to the guidelines of

public actions are some of the notes presented that compromise emphatically the exercise of Social Control.

KEYWORDS: Citizen Participation, Social Control, Public Health, Public Policy, Outsourced Services

INTRODUÇÃO

Diferentes movimentos sociais, vivenciados em contexto brasileiro a partir da década de 1970, proporcionaram a conquista da promulgação de legislações destinadas a garantir a participação da população no controle das ações públicas (CECCIM, 2007; CÔRTEZ, 2002).

A partir deste cenário, o campo da Saúde afirmou, enquanto uma das diretrizes do SUS, o Controle Social, proporcionando estrutura para o acompanhamento e composição de ações e políticas públicas por diferentes segmentos da população. Enquanto proposta organizativa do Controle Social, a lei 8.142/90 estabeleceu duas instâncias colegiadas: Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990).

As Conferências de Saúde, realizadas no máximo a cada 4 anos, configuraram-se como espaços que congregam diferentes segmentos sociais para a elaboração de propostas que direcionem a composição de ações e políticas públicas, voltadas a responder problemáticas sociais vivenciadas no campo da Saúde.

De caráter permanente e deliberativo, os Conselhos de Saúde, por sua vez, possuem a atribuição de atuar "... na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros" (BRASIL, 1990). Segundo a previsão legislativa, estas instâncias colegiadas apresentam em sua composição a paridade entre representantes de usuários (50% das vagas) e segmentos de profissionais da saúde (25% das vagas), gestores e prestadores de serviços (25% das vagas). A lei 8.142/90 afirma, ainda, a necessidade da existência dos Conselhos e Conferências de Saúde nas diferentes esferas de governo: municípios, Estados e Federação. Alguns municípios, dependendo de sua extensão e processo histórico, contam, ainda, com Conselhos e Conferências Locais e Distritais de Saúde.

Embora a previsão legal da participação popular no controle das ações públicas em Saúde encontre apoio na Constituição de 1988 e tenha sido regulamentada em 1990, o exercício do Controle Social ainda apresenta diferentes dificuldades. Embora com especificidades loco-regionais, as barreiras são múltiplas e se fazem presentes de maneira generalizada nas regiões brasileiras: falta formação e pouca mobilização popular para o Controle Social; relações hierarquizadas e linguajar tecnocrático dentro dos Conselhos e Conferências de Saúde; baixa resolubilidade destas instâncias, etc. (CÔRTEZ, 2009; COTTA; CAZAL; RODRIGUES, 2009; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Em movimento paralelo, o Brasil da década de 1990 presenciou o processo de reforma administrativa do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998), tendo como foco a

transferência da gestão e execução de algumas de suas atividades por meio da ampliação de parcerias com Organizações Não Governamentais e fundações estatais. Tal opção gerencial, presente em panorama contemporâneo, não se apresenta livre de repercussões: facilitação do desvio de recursos públicos; apadrinhamento de instituições; precarização de vínculos empregatícios; entre outros, são algumas das problemáticas frequentes (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011; WEICHERT, 2009).

Neste contexto, é intenção deste material apresentar reflexões que possibilitem uma discussão mais aprofundada sobre a influência, no controle social, de um fenômeno observado com frequência na atualidade junto ao desenvolvimento das ações públicas em saúde: o da *terceirização*. As reflexões tomarão suporte junto à experiência de 8 anos no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba e no desenvolvimento da pesquisa “Controle Social em Saúde Mental: Possibilidades de construção da cidadania”, aprovada em 2011 pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, sob o número CEP/SD 1103.028.11.04.

TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NO CONTROLE SOCIAL

Sem a pretensão de esgotar o tema, apresentando marcos jurídicos ou formas estruturais de composição das parcerias entre Estado e seus diferentes parceiros (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011; WEICHERT, 2009; PINTO; FRANCO; MERHY, s/d; CONASS, 2012; TRALDI, 2003), resignar-se-á aqui a delinear, inicialmente, um breve histórico sobre a questão para, em seguida, analisarmos, à luz da experiência vivenciada no município de Curitiba, algumas possíveis influências desta opção política para as práticas de controle social no campo da Saúde.

Cabe, antes de qualquer argumentação, uma exploração inicial do conceito de terceirização. Segundo Teixeira (2006, p.21),

Terceirização é a contratação de serviços por meio de empresa, intermediária (interposta) entre Tomador de serviços e a mão-de-obra (...). A relação de emprego se faz entre o trabalhador e a empresa prestadora de serviços, e não diretamente com o contratante (Tomador) destes.

É um procedimento administrativo que possibilita estabelecer um processo gerenciado de transferência, a terceiros, da atividade-meio da empresa, permitindo a esta concentrar-se na sua atividade principal.

Interessa a este artigo o foco no âmbito da terceirização dos serviços públicos. Para tanto, utilizar-se-á definição aplicada por Alcântara e Castor (1999, p.26):

...terceirização de um serviço público pode ser considerada modalidade de parceria em que determinadas atividades de um ente público são transferidas a fornecedores particulares, conservando-se, entretanto, o controle estatal sobre quantidade, qualidade e preço dos bens e serviços fornecidos.

Haja vista a profundidade da discussão, Traldi (2003, p.139) é assertiva ao afirmar que

...a compreensão do processo de transferência da execução de serviços públicos ao terceiro setor é importante para evitar as simplificações de análise que podem tanto gerar distorções que levem à reprovação da política de parceria *a priori* quanto ao seu endeusamento como resolução de todos os problemas para a área da saúde.

É fato que a história social da saúde no contexto brasileiro, eminentemente prévia ao SUS, já demonstrava, naquela época, o aporte de um modelo pautado na contratação de serviços privados de saúde.

O SUS foi erguido a partir das ruínas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja lógica e estrutura funcional se baseavam na contratação de serviços privados de assistência à saúde. Antes do advento do SUS, o Poder Público pouco investiu em serviços próprios, tendo estimulado a iniciativa privada a constituir serviços de assistência médica que contavam com a garantia de serem contratados pela autarquia. (...) Com a implantação do SUS, o projeto constitucional era de reversão desse processo. O Estado deveria desenvolver atividades de promoção da saúde, inclusive de assistência curativa, com estruturas públicas. A manutenção de contratos e convênios com os serviços privados que compunham a rede do INAMPS deveria ser paulatinamente revertida, na medida em que o Estado implantasse a sua própria rede de serviços. ¹⁰ (WEICHERT, 2009, p. 83).

O Brasil, contudo, inicia nos anos de 1990 uma reforma administrativa, tomando como base uma tendência mundial adotada por “países de capitalismo avançado, desde o final dos anos 70 do século XX” (TRALDI, 2003, p.1). Traldi (2003) expõe em detalhes alguns dos interesses que permearam o pano de fundo da opção por tal reforma.

No campo econômico, as modificações introduzidas no curso das políticas, na década de 80, já apresentaram um significativo impacto com a abertura dos mercados brasileiros ao exterior, eliminando o protecionismo de alguns setores (...). Essa medida não foi tomada isoladamente e teve o intuito de introduzir no país um modelo ultraliberal de políticas econômicas apresentadas naquele momento pelos técnicos do Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM), como o caminho que garantiria mínimas condições econômicas e de mercado para a inserção dos países em desenvolvimento – aqueles que mais dependem dos recursos dos financiamentos oferecidos por essas mesmas instituições – no contexto da globalização. (TRALDI, 2003, p. 19-20).

A aposta dos defensores destas ações era que, ao passo da sua implantação em qualquer país, seria observada a ampliação de sua taxa de crescimento e diminuição da pobreza, haja vista o desenvolvimento do fluxo de capital e do crescimento das exportações¹³.

Isso não ocorreu e a pequena diminuição da pobreza que se verificou em alguns países – como o Brasil – foi reflexo da redução nas taxas de inflação acompanhada de um pequeno crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) e não da distribuição da riqueza. (...)

A orientação neoliberal na adoção de políticas econômicas ortodoxas baseadas nas premissas do consenso de Washington é considerada por muitos autores como responsável direta pela agonia financeira e social pela qual passam os países da América Latina. (TRALDI, 2003, p. 20-1).

É com a delineação breve de tal pano de fundo que se resgatará, aqui, direcionando o foco à saúde, a opção brasileira pela reforma administrativa vivenciada na década de 1990 BRESSER-PEREIRA, 1998). Tal reforma, propulsionada na época pelo atualmente extinto Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando do ex-ministro Bresser Pereira, visava implementar novas formas de gestão e promover a modernização da máquina administrativa. Um grande impulso para contemplar a Reforma do Estado se deu por meio da aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual teve como

...Um dos pontos estratégicos (...) a aprovação do “Programa Nacional de Publicização”, aprovado pela Lei 9.637, de 15 de Maio de 1998. Esta lei autoriza o Poder Executivo a transferir a execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos, a entidades especialmente qualificadas, quais sejam, as Organizações Sociais, ressaltando-se que alguns estados tenham legislado conforme sua competência, dando à lei estadual as adaptações cabíveis. (CONASS, 2012, p.2).

A reforma pretendida, a qual se vem vivenciando paulatinamente no campo da saúde em contexto contemporâneo, encontra respaldo nas leis: 9790 de 23 de março de 1999, que prevê a possibilidade de parcerias entre Estado e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); 9.637 de 15 de Maio de 1998, que prevê a existência e a forma de funcionamento das Organizações Sociais (OS); das fundações estatais, previstas na administração pública deste 1967, por meio do Decreto-Lei n. 200, alterado pelo Decreto-lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, pelo Decreto-lei nº 2.299, de 21 de novembro de 1986, e pela lei n. 7596 de 10 de abril de 1987. Como informado, não é de interesse deste material o aprofundamento sobre a legislação referente a cada uma das possibilidades de estruturação das ações públicas/parcerias, nem o estudo pormenorizado de sua viabilidade legal ou a apresentação de jurisprudência quanto ao tema. Para compor a sorte de argumentações propostas, focar-se-á em algumas questões importantes no que tange à ampliação das possibilidades de ações do Estado e suas parcerias. Ao final cada ponto será exposto o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde sobre o tema, advindo do Jornal do CNS de novembro de 2007 (CNS, 2007).

A defesa quanto à necessidade da Reforma do Estado e da abertura aos diferentes funcionamentos e possibilidades de parcerias se sustenta na proposição de uma gestão

mais dinâmica e eficaz da coisa pública. Segundo diferentes autores (ALCÂNTARA; CASTO, 1999; TRALDI, 2003; NASSUNO, 1997), a falta de agilidade para compras de produtos, advindos da burocracia própria aos processos licitatórios, as dificuldades para a contratação ou mesmo demissão profissional, o estímulo à “...implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidades dos serviços prestados” (IBÁÑEZ et al., 2001, p.392) são pontos base da argumentação da advocacia pela necessidade do estabelecimento de parcerias com estas entidades. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.3) tomam partido, nesta vertente, em defesa das propostas de edificação de ações públicas contando com as fundações estatais e alegam que

...a Fundação Estatal é Estado, não tem nada que ver com privatização e terceirização. Sua propriedade é pública, sua direção e gestão são públicas, está subordinada aos órgãos públicos de sua área de atuação, aos controles públicos externos e internos, às leis que regulamentam as instituições públicas de seu setor de atuação (leis 8080 e 8142 no caso da saúde), aos princípios da administração pública, seus recursos são públicos e seus trabalhadores são servidores públicos. Para além, as parcerias ainda poderiam proporcionar melhor atenção ao usuário do SUS por conta da expertise que algumas destas instituições possuiriam em determinadas áreas da saúde.

Na cidade de Curitiba, atualmente, vivencia-se no campo da saúde mental uma experiência oportuna. Até 2012, a gestão do município destinou foco ao estabelecimento de parcerias com Associações, as quais realizavam a contratação dos profissionais que trabalhavam nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), reservados ao cuidado na Saúde Mental, do Município. Alguns dos CAPS tinham, ainda, a figura da autoridade sanitária para gerenciá-lo. O cargo era tomado por uma servidora da prefeitura, a qual recebia um acréscimo no salário, por meio de comissão, para realizar a função.

Frente a este quadro, o Ministério Público do Trabalho movimentou um processo contra a prefeitura, ficando a mesma, a título de pagamento de multa de R\$10.000,00 por profissional encontrado trabalhando nestas condições, incumbida de transformar a forma de contratação profissional na área de Saúde Mental do município. Tal processo foi apresentado à Comissão de Saúde Mental no mês setembro de 2013.

A gestão de 2013 a 2016, logo, com a intenção de enfrentar a fragilidade das contratações e dos vínculos profissionais pelas ONGs, se propôs a realizar estudo sobre a viabilidade da contratação profissional pelo regime estatutário e pelo regime celetista, este por meio de Fundação Estatal. Tal trabalho tomou corpo junto a uma subcomissão específica, a qual a gestão fez questão de estarem presentes representantes da comissão de saúde mental, vinculada ao Conselho Municipal de Saúde de Curitiba.

A opção da gestão, desta forma, foi pela contratação profissional por meio da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), com abertura de concursos públicos. Ponto a ser destacado: a FEAES apresentava à época vigência de concurso anterior voltado à contratação de profissional para a área hospitalar do Hospital

do Idoso Zilda Arns (HIZA). Os profissionais, dada a emergência da situação, foram convocados para trabalho nos CAPS de maneira a responder os preceitos da lei 8112/90, a qual regulamenta os concursos públicos, para que, então, novo seletivo pudesse ser aberto.

Para além, o novo concurso foi realizado de maneira bastante rápida, contando unicamente com uma prova sobre o tema da saúde mental. Este processo acabou por não priorizar ou mesmo pontuar de forma qualquer a experiência dos profissionais que já realizavam o trabalho nos CAPS comprometendo, com isso, a continuidade de seu exercício profissional (a não ser nos casos que tais profissionais lograram a aprovação no concurso).

Descrita a transição vivenciada, focar-se-á de forma analítica sobre alguns pontos deste processo.

A crítica quanto às dificuldades da gestão pública, desferida de maneira acertada quanto à demora e encargo burocrático para a compra de equipamentos, aponta a necessidade de uma gestão mais dinâmica e que possa responder de prontidão a essas demandas. Tal crítica ainda é mais incisiva no tocante a hospitais e locais que necessitam urgentemente de materiais. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.2), embora advogando com exclusividade quanto à proficuidade das Fundações Estatais em contexto contemporâneo, explicitam tal mazela:

A Fundação Estatal é parte da Administração Indireta do Estado e foi pensada como uma instituição especializada para a prestação de serviços públicos à população. Foi desenvolvida a partir de vários estudos que envolveram a Escola Nacional de Saúde Pública e que identificaram diversos entraves administrativos, legais e de gestão dos Hospitais Públicos que dificultavam sua agilidade na contratação de pessoal e na compra de insumos, medicamentos e equipamentos, que resultavam em gastos desnecessários e que não contribuíam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

A transferência de recursos para parceiros da prefeitura, sejam Associações ou Fundações Estatais, torna o processo menos moroso e possibilitam certa agilidade. Tanto as compras como as contratações pelas entidades, contudo, não podem não seguir o caminho institucional próprio às ações do governo. Pinto, Franco e Merhy (s/d, p.2), ao tomarem como foco a análise das parcerias por meio das Fundações Estatais, relatam:

Ela [Fundação Estatal] difere de uma autarquia (...) porque, assim como as Empresas Estatais, está subordinada ao código civil (chamado direito privado) no que diz respeito às compras, contabilidade e gestão de pessoal. No caso das compras está subordinada à lei das licitações (8.666), mas pode editar regime próprio e especial, o que lhe confere mais agilidade. No caso do orçamento e contabilidade, goza de muito mais autonomia e agilidade no uso dos recursos que administra, o que lhe dota de grande capacidade de enfrentar situações não previstas. No caso da gestão de pessoal, o vínculo é "celetista" assim como nas empresas estatais, o que lhe permite: fazer planos de emprego, carreira e salários específicos e adequados tanto ao serviço

prestado quanto às características dos profissionais necessários; ajustar a remuneração, as avaliações de desempenho e a gestão do trabalho de modo ágil de acordo com as negociações realizadas com os trabalhadores; realizar concurso público num tempo muitíssimo inferior ao necessário na administração direta, por não ter que prever o gasto no orçamento global do respectivo ente federado e nem pedir autorização à respectiva casa legislativa, ou seja, se tem recurso suficiente, pode fazer imediatamente o concurso.

Se, por um lado, a agilidade e flexibilidade advindas de tal forma de parceria podem dinamizar o trabalho de gestão dos serviços de saúde, por outro se instaura uma forma de burlar todo um maquinário socialmente estabelecido para fiscalizar a verba pública, abrindo, com isso, margem para facilitar o desvio de recursos. No que tange ao controle social, tal opção incrementa a dificuldade do acompanhamento dos gastos públicos.

Em Curitiba, os gastos realizados diretamente pelo município estão descritos em um portal com transparência e boa acessibilidade. A FEAES, por sua vez, descreve seus gastos em portal próprio, com várias necessidades de melhoria. Embora a agilização advinda das parcerias mereça ressaltar, a opção da contratação abre uma margem que compromete, desmonta e desvalida toda uma construção de formas de controle dos gastos públicos, edificada com base em uma experiência social aplicada a inibir e/ou expor desvios de recursos.

Se, para o cidadão participante dos Conselhos de Saúde, o encargo de acompanhar os gastos públicos já é por deveras oneroso, acompanhar os gastos em diferentes locais, com diferentes formas de transparência, demonstra-se sobre-humano, ainda mais com a limitação de recursos humanos própria aos espaços de controle social.

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Autonomia x Engessamento

Argumenta-se que “a fundação estatal promoveria autonomia e flexibilidades gerenciais e administrativas para bem gerir os serviços públicos de saúde, ante um Estado pesado, burocrático e engessado”. A Constituição Federal de 1988 já estabelece essa flexibilidade. Falta apenas regulamentar a questão, sendo desnecessário, portanto, a criação de qualquer outro instrumento jurídico.

Constituição Federal, art. 37, Inciso XXI, § 8º

A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o poder público, que tenha como objetivo a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à

lei dispor sobre:

I – o prazo de duração do contrato;

II – os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III – a remuneração de pessoal.

Fig. 1 – Posicionamento do CNS - Autonomia X Engessamento

Por sua vez, talvez o bálsamo frente às críticas à terceirização possa encontrar terreno na argumentação sobre a contratação profissional. Em trabalho anterior (FERRO et al., 2013), destacamos o intenso fluxo dos profissionais nos CAPS de Curitiba, fruto de relações de trabalho precárias, próprias à contratação que o município proporcionava pela parceria com as ONGs. Naquele registro, as contratações eram constituídas por salários baixos, sem plano de carreira ou qualquer estabilidade. A gestão da época, ainda, destinava grande parte das capacitações somente aos servidores estatutários do município, negando por vezes aos profissionais contratados pelas ONGs a possibilidade de participar de capacitações. Alcântara e Castor (1999, p.27) ainda reforçam alguns dos pontos negativos advindos do direcionamento da terceirização: “...intensificação do absenteísmo diário, profissionais desqualificados, alta rotatividade, diferenças de treinamento e até a ocorrência de roubos”.

A questão, contudo, é mais problemática no que tange ao controle social. A instabilidade própria a esta sorte de contratações compromete a participação cidadã dos profissionais nos espaços de controle social. De maneira mais clara e incisiva: Como um profissional, com vínculo de trabalho precarizado e sem qualquer garantia de estabilidade conseguiria defender, dando honra a seu juramento ético-profissional, os interesses de usuários, expondo claramente as chagas do sistema de saúde em que trabalha? Quais seriam as represálias contra um profissional com maior militância?

Diferentes autores expõem a precarização e as fragilidades do vínculo profissional advindo da opção por formas de terceirização dos serviços da saúde (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999; FARIA; ARAÚJO, 2011).

Diante do exposto, acredita-se que essas mudanças [terceirização] por si só sinalizam para a necessidade de transformações relacionadas à gestão dos recursos humanos no SUS, a começar pela forma de inserção no serviço, respeitando-se os direitos trabalhistas e garantindo proteção social, passando pela formação/qualificação profissional, chegando à democratização das relações de trabalho, em que os trabalhadores sejam reconhecidos como sujeitos responsáveis pela funcionalidade do sistema, capazes de atuarem nos processos decisórios correlatos à organização dos serviços e execução dos cuidados em saúde. (JORGE, et al., 2007, p. 410).

A opção por tal modelo de contratação pode apresentar como mazela o desmonte intenso das mobilizações próprias à categoria dos profissionais da saúde, ampliando tanto suas fragilidades quanto a severidade da repercussão de ações que por ventura desagradem aos interesses do gestor, seja da ONG, seja do município/Estado. Se tal punição poderia comprometer justamente profissionais que não trabalham de maneira adequada, permitindo rápida desvinculação e substituição, por outro poderia restringir de maneira considerável as possibilidades de manobras e estratégias do exercício do controle social por este segmento, ocasionando, com isso, o desmonte da intensidade de movimentos legítimos, como alguns dos já experienciados socialmente, que possibilitaram transformações nos equipamentos, processos de trabalho e mesmo, de maneira mais ampla, nas políticas públicas da Saúde.

A preocupação quanto à garantia do exercício democrático pelos profissionais da saúde é também reiterada pelo Ministério da Saúde em 2006 por meio do Programa Nacional de desprecarização do trabalho no SUS. O material, ao apresentar a visão do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) sobre a questão, expõe:

Em relação à Desprecarização do Trabalho, nossa posição [CONASEMS] é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS. A gestão deve estimular o processo de sindicalização e a organização do trabalhador no seu ambiente de trabalho e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações. Com a implementação dessas ações, acreditamos estar contribuindo para a implementação de um processo de trabalho calcado nas relações éticas e comprometidas com o atendimento de qualidade à população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 8).

Segundo entendimento do CONASS e do CONASEMS, trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo

direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir (...), sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 13).

A opção da gestão de Curitiba de 2013 a 2016 foi pela contratação profissional por meio da FEAES. Essa instituição, embora estabelecendo a contratação de seus profissionais por regime CLT, apresenta configuração diferenciada.

Há ainda o grande ponto da divergência: a questão da estabilidade. Ora, muitas vezes se confunde a CLT no Estado com a CLT numa empresa privada como é o caso de uma padaria ou um salão. No setor público, por incidir os princípios da administração pública (publicidade, moralidade, igualdade, impessoalidade etc.), para contratar há que se fazer concurso público e só pode haver demissão mediante processo administrativo com direito a ampla defesa onde são considerados critérios objetivos e avaliação de desempenho clara e pactuada desde a entrada do servidor no quadro.

Na Bahia, a partir de debates com o movimento sindical foi proposto um modelo de comitês tripartites (gestores, trabalhadores e usuários) de arbitragem dos processos administrativos nos casos de conflito entre o empregador público e o servidor. Trata-se de uma estabilidade relativa que protege o trabalhador do mal gestor, mas sem deixar de proteger o usuário do mal trabalhador, e isso é fundamental para a legitimidade do serviço e do servidor público. (PINTO; FRANCO; MERHY, s/d, p.4).

Embora nesse regime a estabilidade não seja premissa legal, tanto processo de contratação quanto de demissão podem se dar de maneira mais clara e proporcionar maior segurança ao profissional e, com isso, menor desarme desta categoria para o exercício do controle social.

Para além, ainda, cabe o aprofundamento sobre a estrutura legislativa da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), instituída no município pela lei n. 13.663/10 (CURITIBA, 2010), no que tange à composição de seu Conselho Curador e à possibilidade do não respeito à paridade representativa de usuários do SUS:

Art. 6º A Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba terá os seguintes órgãos de direção superior e de administração, respectivamente:
I - Conselho Curador; e

II - Diretoria Executiva.(...)

Art. 7º O Conselho Curador é o órgão superior de direção, controle e fiscalização e constituir-se-á por 9 (nove) membros titulares, sendo:

I - o Secretário Municipal da Saúde, como membro nato;

II - 2 (dois) membros indicados pelo Prefeito Municipal;

III - 2 (dois) membros indicados pelo Secretário Municipal da Saúde;

IV - 1 (um) membro representando os trabalhadores de saúde da Fundação de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba;

V - 1 (um) membro representante de Sociedade Científica da Área da Saúde;

VI - 2 (dois) membros representantes dos usuários do SUS, indicados pelo Conselho Municipal de Saúde, que não sejam membros do mesmo.

A contratação de profissionais para trabalho em alguns dos CAPS do município pela FEAES apresentou as dificuldades acima mencionadas quanto ao necessário chamamento de profissionais de concursos passados e quanto ao processo seletivo realizado para contratação de novos profissionais, o qual não priorizou ou pontuou em momento qualquer a experiência dos profissionais. A ação da comissão de saúde mental, nesta vertente, haja vista o poder decisório próprio ao conselho gestor da FEAES, foi restrita unicamente ao encaminhamento de uma carta de recomendação a este conselho, solicitando a análise de currículo como parte do processo seletivo e o estudo sobre a viabilidade da estruturação de plano de carreira, de maneira a proporcionar a permanência do profissional nos serviços. O estabelecimento da parceria com a FEAES ressalta o problema do deslocamento dos processos decisórios, abrindo mais uma possibilidade de sombreá-los dos conselhos de saúde.

Em ampliação da discussão, cabe apresentar o recorte da argumentação do Conselho Nacional de Saúde (2007):

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Estabilidade no serviço público

Frente à argumentação conservadora de que “a estabilidade do trabalhador em saúde é um mal, que beneficia quem não quer trabalhar e que se deveria adotar o mesmo tratamento dado aos trabalhadores do sistema financeiro ou do ramo petroquímico estatais”, é necessário fazer uma reflexão. Todos os profissionais, independente da área de atuação, merecem respeito, mas nas relações de trabalho o princípio da equidade também precisa ser observado. Em vários aspectos, as poli-

ticas para o trabalhador devem se atentar às especificidades da tarefa exercida.

Para os profissionais da área da saúde, por exemplo, a estabilidade no emprego é essencial. Isso porque a estabilidade oferece ao trabalhador da saúde a tranquilidade de poder exercer bem o seu ofício, ao perceber que não está refém de mudanças motivadas por questões políticas. E mais: a fixação do profissional facilita a criação de vínculos tanto com o ambien-

te de trabalho quanto com os pacientes, algo essencial para a garantia de um atendimento mais humano e solidário.

Ao contrário da visão difundida, a estabilidade não inviabiliza a punição dos maus profissionais. Mais uma vez se faz necessário o cumprimento do que estabelece a legislação em vigor, há 17 anos, no caso o Regime Jurídico Único do Serviço Público.

<p>Regime Jurídico Único (Lei 8.112/1990)</p> <p>Art. 127 - São penalidades disciplinares:</p> <p>Advertência; suspensão; demissão; cassação de aposentadoria ou disponibilidade; destituição de cargo em comissão; destituição de função comissionada.</p>	<p>Art. 132: A demissão será aplicada nos seguintes casos: crime contra a administração pública; abandono de cargo; inassiduidade habitual; improbidade administrativa; incontinência pública e conduta escandalosa, na repartição; insubordinação grave em serviço; ofensa física, em serviço, a servidor ou a particular,</p>	<p>salvo em legítima defesa própria ou de outrem; aplicação irregular de dinheiros públicos; revelação de segredo do qual se apropriou em razão do cargo; lesão aos cofres públicos e dilapidação do patrimônio pessoal; corrupção; acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas; transgressão dos incisos IX e XVI do art. 117.</p>
---	--	---

Fig. 2 - Posicionamento do CNS – Estabilidade no serviço público

Em que se fundamenta o posicionamento do CNS



A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde em busca do cumprimento do arcabouço legal já existente. É nessa linha que se fundamenta o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde.

Confira abaixo alguns exemplos de situações semelhantes:



Mercantilização x Profissionalização

A atual lógica de organização, estruturação e funcionamento do SUS, inclusive com uma nítida política de desvalorização e desestímulo salarial dos profissionais, promoveu uma efetiva mercantilização nas relações de trabalho. Essa situação só será revertida a partir do fortalecimento do setor público estatal; da superação da lógica do pagamento a partir de tetos financeiros e de procedimentos; e da priorização de ações de prevenção e promoção da saúde executadas por equipes multiprofissionais, buscando reduzir a demanda pela alta complexidade.

O Conselho Nacional de Saúde reconhece, no entanto, que é necessário, nesse momento emergencial, evitar a adoção de medidas que possam institucionalizar e tornar um caminho sem volta nesse insustentável processo de mercantilização, que propõe o benefício de alguns poucos em detrimento da grande maioria dos profissionais, como é o caso da proposta de fundação estatal. Nesse sentido, a atual legislação, totalmente sintonizada com os princípios da Reforma Sanitária, deve ser definitivamente implementada.

Concurso Público com estabilidade no emprego e avaliação permanente, fundamental para se contrapor ao processo de descompromisso e leilão de remuneração profissional, na

perspectiva de se construir uma relação que tenha como eixo fundamental o vínculo profissional-serviço-cliente.

Plano de Cargos, Carreiras e Salários, de acordo com as Diretrizes Nacionais do PCCS do SUS, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Diferentemente da proposta de PCCS por serviço, incorporada na Fundação Estatal e que desvaloriza e desestimula profissionais com a lógica de “salários de mercado”, defende-se pisos nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como observância a situações específicas que hoje são demandadas em função da realidade estabelecida. São medidas a serem adotadas na perspectiva de criação e implantação da carreira SUS como carreira de Estado.

Responsabilidade tripartite pela contratação e remuneração da força de trabalho a partir do diagnóstico da necessidade da equipe multiprofissional em todo o País e de promoção de concursos públicos nacionais.

Art. 37, § 2 da Constituição Federal. - “A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos

cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados.”

Art. 37, § 5º da Constituição Federal. - “Lei da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios poderá estabelecer a relação entre a maior e a menor remuneração dos servidores públicos, obedecido, em qualquer caso, o disposto no art. 37, Inciso XI.”

Art. 27, Inciso I da Lei 8.080/90. - “Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.”

Art. 27, Inciso IV da Lei 8.080/90. - “Valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde.”

Gestão do Sistema e Gerência dos Serviços democratizadas com a instituição de processos de profissionalização, de Conselhos Gestores e de outros espaços, que permitam o fim da ingerência político-fisiológica e possibilitem a participação efetiva de usuários e trabalhadores nas decisões que digam respeito ao funcionamento dos serviços da rede SUS.

Fig. 3 - Posicionamento do CNS – Mercantilização X Profissionalização

Os pontos reservados para o desfecho deste item são os mais complexos. Carneiro Jr., Nascimento e Costa (2011) e Alcântara e Castor (1999) citam, como uma das argumentações utilizadas por defensores da terceirização, a lógica da concorrência enquanto possibilidade da promoção da competição entre os prestadores e sua suposta relação com o aumento da eficiência da prestação dos serviços e diminuição de gastos. Alcântara e Castor, contudo, afirmam ser:

...necessário lembrar que a terceirização, por si só, não é garantia de eficácia e eficiência. É importante, sempre que possível, que esteja presente a competição entre os prestadores de serviço, aumentando o poder de escolha do comprador. Em alguns casos, empresas privadas são tão ineficientes quanto as públicas (...). A competição entre os prestadores estimularia a eficácia e a eficiência. (ALCÂNTARA; CASTOR, 1999, p.27).

Traldi (2003) ainda destitui a veracidade da argumentação neoliberal quanto à possibilidade de abertura a iniciativas/entidades diversas, as quais viriam a concorrer entre si para a conquista da parceria com o Estado proporcionando, com isso, melhores serviços de saúde. Segundo a autora, a terceirização dos serviços públicos cria um mercado protegido para os parceiros, protegendo estas instituições dos riscos do mercado.

O exemplo mais evidente desse tipo de privatização (...) foi o PAS em São Paulo, que teve todas as garantias e benesses de uma cooperativa, mas foram, efetivamente, administradas no sentido oposto – sua administração seguiu as regras de uma empresa privada -, e tinham receita garantida pelo Estado, não necessitando se preocupar com a concorrência do mercado. (TRALDI, 2003, p. 47).

Neste sentido, as argumentações quanto aos benefícios para a saúde, proporcionados pela concorrência, não demonstram veracidade em atual quadro social. Para além, tal configuração monta outra sorte de preocupações, Traldi (2003, p.130-1) aponta:

Na assistência à saúde das populações indígenas da Amazônia, as cerca de 60 organizações não governamentais assumiram integralmente as funções desempenhadas até recentemente pela Fundação Nacional da Saúde – Funasa. (...) A terceirização de 100% das atividades relacionadas à assistência à saúde dos indígenas deu a essas organizações o poder de veto na implementação de determinadas ações dos programas de saúde, como demonstram as declarações do atual Diretor de Saúde Indígena da Funasa, Ricardo Chagas. Para ele, o poder dessas organizações é, atualmente, suficiente não só para definir políticas de saúde, mas para alterar aquelas já estabelecidas como a aplicação de vacinas, pois "...algumas das ONG(s) têm restrições antropológicas à vacinação de índios ou à aplicação de cloro na água das reservas" (...).

Responsáveis integralmente pela assistência à saúde da população indígena, as ONG(s) constituem-se em um poder paralelo, podendo interferir decisivamente nos rumos da política de saúde, descaracterizando o poder do Estado e invertendo o papel atribuído à sociedade civil na elaboração de políticas públicas, uma vez que o sentido do público está sendo subjugado pelos interesses privados das entidades...

Embora as demandas democráticas possam ser edificadas em espaços de discussão próprios ao controle social, ao exemplo das Conferências de Saúde, o fortalecimento exacerbado de instituições prestadoras de serviços pode significar, ao detrimento da cessação da atenção proporcionada por tal instituição, o descompromisso destas entidades com tais determinações. Ou seja, nesta vertente tanto gestor quanto população poderiam ficar subjugados pelo poder social que tais instituições portariam, as quais poderiam se negar a realizar determinados procedimentos/ações por não coincidir com seus princípios ético-morais-institucionais. Neste sentido, a premissa neoliberal da redução da máquina Estatal no que tange à prestação de serviços, para destinar seu foco à sua fiscalização e controle, correria o risco eminente da inexistência.

Cabe citar, ainda para alicerçar esta argumentação, um exemplo não tão distante para metropolitanos quanto o da população indígena ressaltado por Traldi. As comunidades terapêuticas, equipamentos previstos pela atual Rede de Atenção Psicossocial, encontram-se em imensa maioria vinculadas gerencialmente a instituições religiosas e, em muitos destes espaços, suas propostas apresentam direcionamento de cunho religioso. Pois bem, o Estado é e deve ser laico e, operacionalmente, tal premissa se apresenta às comunidades terapêuticas, conforme previsto na portaria 131 de 26 de janeiro de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A mesma portaria, ainda, impõe às comunidades terapêuticas formas de funcionamento bastante vinculadas aos demais pontos da rede de saúde, procurando direcionar sua atuação. Contudo, as parcerias junto a estes equipamentos, atualmente, apresentam dificuldades para atender às determinações das portarias, sendo objeto de constantes negociações e embates entre a gestão do Estado, associações e movimento da saúde mental e as entidades que gerenciam as comunidades terapêuticas.

Seria ingenuidade supor que o interesse das entidades filantrópicas na parceria com o Estado se devesse unicamente ao bem público. (...) O aumento dessa influência no sistema poderia levar a um conseqüente aumento de poder sobre o direcionamento das políticas públicas, tal como está ocorrendo na prestação da assistência às populações indígenas na Amazônia, cujos serviços foram totalmente privatizados. (TRALDI, 2003, p. 163).

Em conclusão às argumentações pretendidas neste trabalho, cabe a reflexão sobre um mais um ponto em defesa da terceirização.

O financiamento de programas sociais, em grande medida, continuaria sendo responsabilidade do Estado, mas a nova política abre a possibilidade de obtenção de subsídios diretos provenientes da sociedade civil como doações particulares e de empresas. (TRALDI, 2003, p.39-40).

À vista rápida, tal argumento pode soar equivocadamente promissor: transpor-se-ia grande burocracia, abrindo algumas ações públicas (realizadas por Associações e/ou Fundações) aos investimentos de indivíduos ou empresas, os quais, indubitavelmente, proporcionariam maior ingresso de capital e, com isso, melhoria nos serviços. Talvez o Estado pudesse até mesmo diminuir o investimento em determinado hospital, agora bem equipado pela verba privada, investindo em outras áreas de maior emergência e desamparo.

Como epílogo reflexivo, as seguintes perguntas são imprescindíveis: A quais interesses as instituições públicas que recebessem grandes doações advindas de indivíduos, empresas ou grupos empresariais responderiam? Como garantir a função primeira do Estado na condução, orientação, fiscalização e controle das ações públicas neste contexto? Como garantir que interesses privados não invadam de maneira ditatória, travestida pela benevolência, os espaços públicos? Como garantir que as demandas democráticas sejam cumpridas, tendo como pano de fundo este turvo panorama? Como

garantir o Controle Social destas instituições?

CONCLUSÃO

A Reforma administrativa do Estado, a desburocratização da máquina pública, a ampliação da agilidade e da dinamicidade da gestão, têm sido demandas afirmadas em diferentes âmbitos sociais como necessidade para ampliar a qualidade das ações públicas. Contudo, parece ser preocupante o caminho da terceirização tal como posta atualmente no que tange ao controle social, à transparência e, especialmente, à clareza quanto aos interesses plurais (muitas vezes mercantis e individualistas) que permeariam e possivelmente tomariam importante poder decisório frente às ações públicas.

Neste contexto, uma compreensão mais aprofundada das práticas da terceirização deve incluir em seu espectro de ponderações não somente a análise de seus impactos em atendimentos e serviços oferecidos à população ou nas possibilidades de desvio de recursos, mas a todo um feixe sensível que poderia abater de maneira negativa uma das diretrizes essenciais para o funcionamento do SUS: o Controle Social.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, C. M.; CASTOR, B. V. J. Processo decisório de terceirização em secretarias municipais de saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 33, n.6, p.25-40, 1999.

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

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; NASCIMENTO, Vânia Barbosa do; COSTA, Ieda Maria Cabral. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revista de Estudos Universitários*, Sorocaba, SP, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun. 2007.

CNS. Fundação Estatal: Entenda o posicionamento do Conselho Nacional de Saúde. *Jornal do CNS*, 2007. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CONASS. *Gerência de Unidades Públicas de Saúde: Organização Social, Fundação Estatal e Parceria Público Privado*. 2012 nov. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-40_2012-Gerencia-de-unidades-publicas.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

CÔRTEZ, Soraya Vargas (org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208p.

CÔRTEZ Soraya Vargas. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, v. 4, n. 7, p.18-49, 2002.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo; RODRIGUES, Jôsi Fernandes de Castro. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.419-38, 2009.

CURITIBA. Lei nº 13.663, de 29 de março de 2010. Disponível em: <<https://www.leismunicipais.com.br>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011.

FERRO, L.F.; WUDARSKI, A.C.; HARTWIG, M.L.; SANTOS, A.R.; MORETTO, T.A.B.; TREVISAN, A.R.; DIAS, A.C.; COLLEY, H. A terceirização dos serviços de saúde mental: o CNES como instrumento de pesquisa. In: I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS, 1., 2013, Pinhais, *Anais...* Pinhais: Paraná, 2013.

IBAÑEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

JORGE, M.S.B.; GUIMARÃES, J.M.X.; NOGUEIRA, M.E.F.; MOREIRA, T.M.M.; MORAIS, A.P.P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto contexto - enferm.*, v.16, n.3, p.417-25, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012*. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

NASSUNO, M. Organização de usuários, participação na gestão e controle das organizações sociais. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 48, n.1, jan./abr. 1997.

OLIVEIRA, Milca Lopes de; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-53, mar. 2009.

PINTO, Hêider Aurélio; FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias Merhy. Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacao-estatal-fortalecimento-capacidade-acao.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

TEIXEIRA, P.H. *Auditoria e controles de terceirização*. Curitiba: Maph, 2006.

TRALDI, M. C. *Políticas Públicas e Organizações Sociais: O controle social na terceirização dos serviços de saúde*. Campinas, São Paulo. Tese (doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003. 233p.

WEICHERT, Marlon Alberto. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 81-97, Mar./Jul. 2009.

CAPÍTULO 16

PROCESSAMENTO E AVALIAÇÃO SENSORIAL DE GELEIA DE MAMÃO COM COCO BABAÇU

Data de aceite: 01/07/2020

<http://lattes.cnpq.br/7321858964031955>

José de Ribamar Macedo Costa

Doutor em Química pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8589284291946393>

Jaisane Santos Melo Lobato

Mestre em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/9969155153494460>

Lara Lima Seccadio

Mestre em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal do Pará
Instituição: Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Pará, Campus Marabá Rural, Marabá/Pará, CEP 68.508-970
<http://lattes.cnpq.br/106633361121011>

Raquel Silva de Sousa

Bacharelada em Engenharia de Alimentos pela Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
Link lattes: <http://lattes.cnpq.br/1895371785773999>

Catarina Gercina de Almeida Aquino Giffony

Discente de Engenharia de Alimentos na UFMA
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0653301260324339>

Sandra de Souza Silva

Discente de Engenharia de Alimentos na UFMA
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/4703137049632157>

Virlane Kelly Lima Hunaldo

Doutora em Ciência e Tecnologia de alimentos pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5360677874241767>

Gabrielli Nunes Clímaco

Doutoranda em Engenharia de Alimentos pela Universidade de Campinas
Instituição: Programa de pós graduação em engenharia de alimentos, FEA-Unicamp Campinas.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8787435220285629>

Adriana Crispim de Freitas

Doutora em Engenharia Química pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7356983319534914>

Leonardo Hunaldo dos Santos

Doutor em Zootecnia pela Universidade Federal do Ceará
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/7820773795322903>

Thays Adryanne Lima Xavier

Graduanda em Engenharia de alimentos pela Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.
<http://lattes.cnpq.br/8903487355448048>

Romário de Sousa Campos

Graduado em Engenharia de alimentos pela Universidade Federal do Maranhão
Instituição: Universidade Federal do Maranhão Imperatriz, MA, Brasil.

RESUMO: O objetivo do trabalho foi a elaboração de geleia de mamão com coco babaçu, e avaliação de suas características sensoriais. Foram elaboradas duas formulações, padronizadas em 70° Brix: F1 (10% coco babaçu) e F2 (15% coco babaçu). A aceitação sensorial foi realizada com 60 provadores não treinados para participação, sendo as amostras servidas em pares simultaneamente, F1 e F2, codificadas com números aleatórios de três dígitos. Os atributos avaliados foram cor, aroma, sabor, doçura, textura, acidez e impressão global, através da escala hedônica estruturada de 9 pontos, e a intenção de compra, por meio da escala estruturada de 5 pontos. Foi realizado um teste de idealidade, para os quesitos “sabor de mamão” e “sabor de coco”, utilizando-se a escala do ideal. Através dos resultados, foi possível observar que todas as notas se mantiveram na zona de aceitação e não houve diferença significativa em todos os atributos sensoriais avaliados, tornando assim viável, a produção da geleia de mamão com coco babaçu.

PALAVRAS-CHAVE: Doce de fruta, mamão, coco babaçu, aceitação sensorial.

SENSORIAL PROCESSING AND EVALUATION OF PAPAYA JELLY WITH COCONUT BABAÇU

ABSTRACT: The objective of the work was the elaboration of papaya jam with babassu coconut, and evaluation of its sensory characteristics. Two formulations were prepared, standardized at 70° Brix: F1 (10% babaçu coconut) and F2 (15% babaçu coconut). Sensory acceptance was carried out with 60 untrained tasters for participation, with samples being served in pairs simultaneously, F1 and F2, coded with three-digit random numbers. The evaluated attributes were color, aroma, flavor, sweetness, texture, acidity and global impression, through the structured hedonic scale of 9 points, and the purchase intention, through the structured scale of 5 points. An ideality test was performed for the “papaya flavor” and “coconut flavor” items, using the ideal scale. Through the results, it was possible to observe that all the notes remained in the acceptance zone and there was no significant difference in all the sensory attributes evaluated, thus making the production of papaya jelly with babassu coconut viable.

KEYWORDS: Fruit jam, papaya, babassu coconut, sensory acceptance

1 | INTRODUÇÃO

As frutas, em geral, por serem excelentes fontes de vitaminas, minerais e fibras, são consideradas alimentos nutricionalmente importantes na dieta, podendo ser consumidas in natura e na forma de produtos industrializados. Tal processo é considerado uma forma de preservação, uma vez que possibilita o uso do produto durante um longo período (Oliveira *et al.*, 2018).

A geleia, caracterizada como um produto de base gelatinosa, de estado semissólido e com elasticidade ao toque e ao corte, que retorna à sua forma primitiva após ligeira pressão (Caroline *et al.*, 2017), pode ser composta por uma ou mais frutas, possibilitando assim uma mistura de sabores (Souza *et al.*, 2018).

De acordo com regulamento técnico que consta na Resolução nº 272, geleia é definida como o produto obtido pela cocção de frutas, inteiras ou em pedaços, polpa ou

suco de frutas, com açúcar e água, e concentrado até consistência gelatinosa (Brasil, 2005).

O mamão (*Carica papaya*) é uma fruta muito nutritiva, pois é rico em vitaminas, magnésio, ferro, cobre e vários aminoácidos essenciais, contendo também quantidades significativas de riboflavina, niacina, cálcio, fósforo e zinco, sendo que tais quantidades podem se equiparar à outras frutas, como mangas, banana, maçã, laranja e pêra (Adedeji, 2017).

Mesmo sendo um fruto nativo da América Tropical, é distribuído largamente em todas as áreas do mundo, sendo consumido *in natura* ou industrializado, na forma de compostas, néctares, sucos, geleias e fruta cristalizada (Mesquita *et al.*, 2017).

A palmeira de babaçu é uma árvore robusta, podendo atingir até 20 m de altura, produzindo de 15 a 25 frutos (cocos) dispostos em cachos, contendo até seis cachos por palmeira. Esses cocos, conhecido também como amêndoas, possuem minerais (Al, Ba, Ca, Cu, Fe, K, Mg, Mn, Sr e Zn), fibras, proteínas e carboidratos (Santos *et al.*, 2016), sendo assim uma ótimo fonte de nutrientes. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi elaborar e avaliar sensorialmente duas formulações de geleia de mamão com 10% e 15% de coco babaçu.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

A elaboração da geleia de mamão e coco babaçu foi realizada no Laboratório de Processamento de Vegetais da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) da cidade de Imperatriz - MA. Para a elaboração foram utilizados mamão e coco babaçu *in natura*, sacarose comercial e pectina, obtidos no comércio local. As geleias foram processadas em tacho aberto de aço inoxidável com agitação contínua, de acordo com as seguintes formulações (Tabela 1): sendo 40% de parte de fruta (mamão e coco babaçu) e 60% de sacarose.

Amostra	Polpa (mamão) (%)	Coco babaçu (%)	Pectina (%)	Açúcar (%)
F1	36	4	1,2	60
F2	34	6	1,2	60

Tabela 1 – Formulação das geleias de mamão e coco babaçu.

Para adição na geleia, as amêndoas de coco babaçu precisaram passar por um processamento envolvendo imersão em água corrente, primeiramente foram submetidas a higienização e sanitização com solução clorada (10%), depois foram despêculadas manualmente com facas, lavadas em água corrente e branqueadas com água a 80 °C, por 10 minutos. Após o branqueamento, as amêndoas foram desintegradas em liquidificador doméstico, misturando-as com água a 80 °C, na proporção de 2 partes de água para 1 parte

de amêndoa (v/p), até a obtenção de consistência homogênea, durante aproximadamente 15 minutos. Após isso foi feito o peneiramento do leite em filtro de tecido de algodão, previamente esterilizado em autoclave. O leite foi congelado e utilizou-se o bagaço do coco para formulação da geleia.

Os mamões foram sanitizados em solução clorada, descascadas, e trituradas em liquidificador doméstico por um minuto. Após pesagem da quantidade polpa, foram colocadas em tacho doméstico, juntamente com o bagaço do coco e 1/3 da sacarose e iniciou-se o aquecimento até atingir 65-70°C, quando foi feita a adição da pectina lentamente, mantendo essa temperatura por 3-4 minutos. Após este tempo, adicionou-se o restante da sacarose, continuando o cozimento até a concentração desejada, entre 65-70° Brix (teor de sólidos solúveis totais). Desligou-se o aquecimento e procedeu-se com envase imediato em embalagens de plástica previamente esterilizadas com álcool 70% com capacidade de 250g, e em seguida, resfriados em banho de água gelada por 15 minutos até 35° C.

O produto foi submetido a análises microbiológicas de coliformes totais e termotolerantes pela técnica do Número Mais Provável (NMP g⁻¹), Contagem de Bolors e Leveduras (UFC g⁻¹) e Contagem de Bactérias Aeróbias Mesófilas (UFC g⁻¹), para as três repetições, seguindo a metodologia descrita pela APHA (American Public Health Association, 2001).

A análise sensorial da geleia mista foi realizada no Laboratório de Análise Sensorial da UFMA, onde foram convidados 60 provadores não treinados para participação. As amostras foram servidas em pares simultaneamente, F1 e F2, codificadas com números aleatórios de três dígitos. As geleias foram servidas em recipientes plásticos utilizando aproximadamente 15g. Avaliou-se a aceitação sensorial utilizando Escala Hedônica estruturada de 9 pontos (9=gostei muitíssimo, 1=desgostei muitíssimo), para os atributos cor, aroma, sabor, doçura, textura, acidez e impressão global (Stone, Sidel and Schutz, 2004).

Foram avaliados individualmente os quesitos “sabor de mamão” e “sabor de coco” em uma escala ideal, onde variou-se entre “+3” para “Bem mais forte que o ideal” e “-3” para “Bem menos forte que o ideal”. A intenção de compra foi avaliada através da Escala de Atitude de Compra estruturada de 5 pontos (5 = certamente não compraria; 1= certamente compraria) (Meilgaard, Civille and Carr, 1991).

Para a análise estatística, considerou-se um experimento em blocos casualizados, onde, os tipos de doce foram os tratamentos (1 e 2) e os provadores foram os blocos, sendo que, as variáveis avaliadas foram: cor, aroma, sabor, doçura, textura, acidez, impressão global e atitude de compra.

Foram realizados testes de normalidade de Shapiro-Wilk e testes de homogeneidade de variância de Bartlett, ambos a 5% de significância para verificar a possibilidade de realizar teste T de Student pareado. Estas pressuposições foram rejeitadas em todos os casos, logo, utilizou-se o teste T de Wilcoxon (duas amostras dependentes) a 5% de

significância, onde não há suposições sobre a distribuição dos dados, como descrito em Gibbons e Chakraborti (2010)

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação microbiológica revelou concordância com os limites estabelecidos pela RDC Nº 12 de 02 de janeiro de 2001/ANVISA (BRASIL, 2001) uma vez que não foram evidenciadas a contagem de bolores e leveduras (<10 UFC/g), coliformes totais (<3 NMP/g) e aeróbios mesófilos totais (< 10 UFC/g), garantindo assim a inocuidade do produto, e adequação do mesmo para análise sensorial.

Os resultados da análise sensorial estão apresentados nas Tabelas 2 e 3, onde observa-se que não houve diferença significativa ($p>0,05$) para todos os atributos analisados.

Formulação	Cor	Aroma	Sabor	Doçura	Textura	Acidez
1	8,07±1,41	7,05±1,68	6,75±2,11	6,88±1,92	7,88±1,24	7,28±1,58
2	8,08±1,31	6,97±1,82	6,97±1,87	6,97±1,78	7,55±1,41	7,15±1,70

Tabela 2 - Valores médios \pm desvios-padrão dos atributos referentes à análise sensorial da geleia de mamão com coco babaçu

Pelo teste de escala hedônica, de maneira geral, pode-se observar que as geleias indicaram boa aceitação sensorial, uma vez que os resultados variaram na região de aceitação, entre as categorias “gostei ligeiramente” e “gostei muito” (Tabela 2). Salienda-se o fato de não serem observadas diferenças entre as amostras, ou seja, a porcentagem de coco utilizada não influenciou na avaliação sensorial, indicando que sua produção é viável, uma vez que os produtos apresentaram boas propriedades de cor, aroma, sabor, doçura, textura e acidez, como observado nos resultados da análise sensorial.

A cor é um dos atributos mais importantes nos alimentos, pois é a primeira característica que os consumidores observam, podendo convidá-los ou dissuadi-los na escolha do produto (Vegara *et al.*, 2013). As duas formulações analisadas apresentaram percentuais superiores a 8,00, demonstrando que a composição do produto afetou positivamente a aceitação dos provadores. Em relação ao aroma, F1 apresentou um média levemente acima da F2, provavelmente devido ao efeito do cozimento do coco, produzindo compostos voláteis indesejáveis na segunda formulação. Em relação ao sabor, a formulação F2 apresentou nota levemente acima da F1, com 6,97 e 6,75 respectivamente.

Quanto ao atributo textura, a F1 apresentou-se levemente acima de F2, com nota 7,88 e 7,55, respectivamente. Nota-se, então, que as modificações realizadas na formulação não alteram de forma significativa este atributo sensorial. O mesmo aconteceu com a geléia

de mamão com araçá-boi, onde mesmo com quatro formulações diferentes, modificando a porcentagem das partes das frutas, a aparência não apresentou diferença significativa (Viana *et al.*, 2012)F2 (60% M: 40% AB).

Quanto ao atributo acidez e doçura, as duas formulações apresentaram valores entre 6,00 e 7,00, mostrando que, para o provador, esse atributo estava dentro do ideal. Outra forma de analisar o sabor presente de cada parte de fruta na geleia, foi realizando uma Escala do Ideal, para cada sabor, como demonstrado abaixo.



Figura 1 – Escala do Ideal para o atributo “sabor de mamão”.

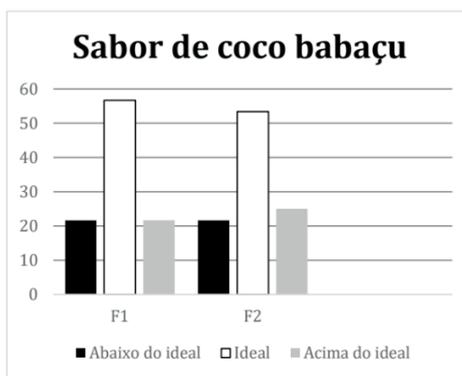


Figura 2 – Escala do Ideal para o atributo “sabor de coco babaçu”.

Analisando a Figura 1, percebe-se que o sabor de mamão é mais presente nas duas formulações, entretanto, como o percentual de coco babaçu é maior na F2, acaba por mascarar esse sabor, mas ainda mantendo o sabor de mamão dentro da idealidade. Em relação ao sabor de coco presente nas geleias (Figura 2), percebe que a maioria dos provadores (acima de 50%) afirmou que, para as duas formulações, tal sabor estava dentro do ideal, o que difere da Figura 1, onde a quantidade de provadores que afirmou idealidade no sabor, não atingiu 50%.

Formulação	Impressão global	Atitude de compra
1	7,37±1,47	3,72±1,03
2	7,38±1,53	3,82±1,00

Tabela 5 - Valores médios ± desvios-padrão a impressão global e atitude de compra referentes à análise sensorial da geleia de mamão com coco babaçu

Sendo a impressão global uma visão geral dos provadores em relação aos produtos avaliados, pode-se afirmar que as duas formulações apresentaram-se dentro da área de aceitação, com 7,37 e 7,38 para as formulações F1 e F2, respectivamente. Tal fato reflete diretamente na atitude de compra, que manteve-se dentro da área de aceitação, para as duas formulações.

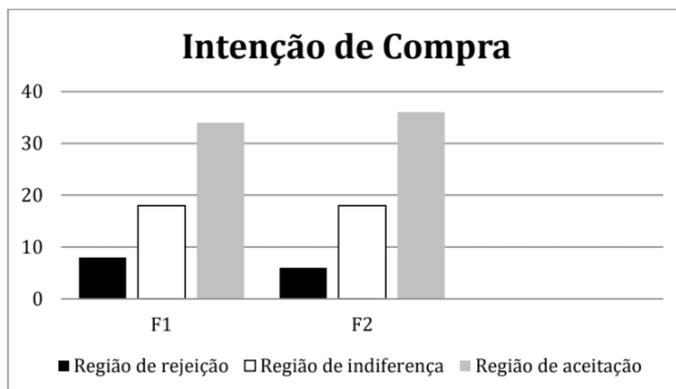


Figura 3 – Intenção de compra dos provadores para as formulações de geleia de mamão com coco babaçu.

Observando a Figura 3 é possível constatar que as duas formulações apresentaram boa intenção de compra, confirmando os percentuais de aceitação apresentados nos atributos sensoriais analisados. A formulação F2 obteve maiores notas na região de aceitação, comparado à F1. Entretanto a maioria dos provadores avaliou os dois produtos de forma positiva, refletindo nas notas aplicadas aos demais atributos, e sugerindo, assim, um produto comercialmente viável.

4 | CONCLUSÕES

É possível a elaboração de geleias de mamão com coco babaçu, uma vez que apresentaram-se dentro dos limites estabelecidos na legislação mostrando-se aptos para o consumo humano. Mesmo possuindo formulações diferentes, a adição de coco não influenciou na aceitação sensorial dos produtos, que mantiveram-se na zona de aceitação, sem diferenças significativas, para todos os atributos avaliados. Em relação à análise do ideal, pôde-se perceber que para as duas formulações, a quantidade de coco utilizada estava dentro da idealidade para os provadores, diferindo do sabor de mamão, que sofreu redução com o aumento da quantidade de coco, na formulação 2.

AGRADECIMENTOS

Universidade Federal do Maranhão
Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - FAPEMA

REFERÊNCIAS

Adedeji, T. O. (2017). Production and Quality Evaluation of Jam From Watermelon (*Citrullus Lanatus*) and Pawpaw (*Carica Papaya*) Juice. *Archive of Food and Nutritional Science*, 1, 063–071.

Brasil (2005) *Resolução RDC nº 272, de 22 de setembro de 2005*. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

Caroline, E., Vieira, S., Silva, e. P. & Mendonça, C. C. De (2017). Aceitabilidade e características físico-químicas de geleia mista de casca de abacaxi e polpa de pêssego. *Científica*, 45(2), 115–122.

Gibbons, J. D. & Chakraborti, S. (2010). *Nonparametric Statistical Inference*, 5th Edition, CRC Press, Florida.

Meilgaard, M., Civille, G. V. & Carr, B. T. (1991). *Sensory evaluation techniques*. 2nd edn. Flórida: CRC Press.

da Silva Mesquita, M., Gonçalves, C. A. A., Cruz, V. A., Masson, G. A., Alvarez, M. C., & Costa, L. L. (2017). Avaliação centesimal e sensorial da geleia de morango com adição de semente de mamão (C. Papaya). *Anais do Seminário de Pesquisa e Inovação Tecnológica-SEPIT*, 1(1).

Oliveira, F. M., Oliveira, R. M., Maciejewski, P., Ramm, A., Manica-Berto, R., & Zambiasi, R. C. (2018). Aspectos físico-químicos de geleia de pitaia em comparação com geleias de outras frutas vermelhas. *14ª Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-congrega urcamp-2017*, 2756-2765.

Santos, D. S., Silva, I. G. da, Barbosa, M. do C. L., Nascimento, M. do D. S. B. & Costa, M. C. P. (2016). Parâmetros de qualidade físico-química de óleos e análise morfométrica de frutos e sementes da espécie *Orbignya phalerata* Martius por região ecológica. *Eclética Química Journal*, 41, 74–84.

Souza, H. R. S., de Carvalho, M. G., Santos, A. M., Ferreira, I. M., & Oliveira, A. M. (2018). Compostos bioativos e estabilidade de geleia mista de umbu (*spondias tuberosa* arr. c.) e mangaba (*hancornia speciosa* g.). *Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal*, 12(2), 236-248.

STATISTICAL ANALYSIS SYSTEM - SAS. SAS software: user's guide. Version 8.2. Cary: 2000. 291p
Stone, H., Sidel, J. L. & Schutz, H. G. (2004). *Sensory Evaluation Practices*. 3rd edn, *Sensory Evaluation Practices*. 3rd edn. Boston: Elsevier (Food Science and Technology). doi: 10.1016/B978-012672690-9/50000-7.

Viana, E. de S., Jesus, J. L. de, Reis, R. C., Fonseca, M. D. e Sacramento, C. K. do (2012). Caracterização físico-química e sensorial de geleia de mamão com araçá-boi. *Revista Brasileira de Fruticultura*, 34(4), 1154–1164.

Vegara, S., Martí, N., Mena, P., Saura, D. & Valero, M. (2013). Effect of pasteurization process and storage on color and shelf-life of pomegranate juices. *LWT - Food Science and Technology*, 54(2), 592–596.

CAPÍTULO 17

PROPOSTA DE AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM SOBRE ATENDIMENTO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR NO ADULTO

Data de aceite: 01/07/2020

Data de Submissão: 05/05/2020

Belém – Pará

<http://lattes.cnpq.br/1944229780550549>

Camila Evelyn De Sousa Brito

Universidade da Amazônia (UNAMA),
Faculdade de Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2882276860128639>

Maicon de Araújo Nogueira

Universidade do Estado do Pará (UEPA),
Docente na Universidade da Amazônia
(UNAMA)
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/8914002072273139>

Antonia Margareth Moita Sá

Doutora em Enfermagem Universidade Federal
do Rio de Janeiro (UFRJ), Enfermeira
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/6189945546770032>

Jurcileya Reis dos Santos

Universidade da Amazônia (UNAMA),
Faculdade de Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/9808550891547216>

Mayco Tadeu Vaz Silva

Universidade da Amazônia (UNAMA),
Faculdade de Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2127938255956868>

Jamilly Ferreira de Sousa

Universidade da Amazônia (UNAMA),
Faculdade de Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/0136220496768190>

Dayhane Souza da Conceição

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de
Enfermagem

Tanymara Xavier de Morais

Universidade Estácio de Sá, Faculdade de
Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/0215370410761663>

Jonatas Monteiro Nobre

Universidade da Amazônia (UNAMA),
Faculdade de Enfermagem
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2415303548559538>

RESUMO: Introdução: Apesar dos avanços significativos no atendimento às vítimas de Parada Cardiorrespiratória (PCR), ainda há uma considerável variabilidade na probabilidade de sobrevivência que não pode ser atribuída, exclusivamente, às características do paciente, é necessário que esses indivíduos recebam cuidados de alta qualidade, baseados em evidências científicas, é preciso que os treinamentos em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) utilizem princípios educacionais respaldados por pesquisas que traduzam o conhecimento científico em prática. Objetivo: desenvolver uma proposta educacional virtual interativa sobre atendimento da reanimação cardiopulmonar no adulto. Método: pesquisa aplicada, que resultou no desenvolvimento de um produto tecnológico, a partir da elaboração de uma proposta educacional aplicada à Ambiente Virtual de Aprendizagem. Seguiu-se as fases cíclicas e interativas de concepção e planejamento, desenvolvimento e implementação, de acordo com procedimentos e

evidências descritas em estudos anteriores. Resultados: o Ambiente Virtual de Aprendizagem denominou-se “Capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV)”, e possui sete módulos: “Aspectos Históricos”, “Suporte Básico de Vida”, “Epidemiologia”, “Conceitos”, “Anatomia e Fisiologia”, “Algoritmos”, “Simulação e Questões”. As ilustrações, formatação e *layout* foram construídos, utilizando a integração das tecnologias de linguagem de programação *Personal Home Page* e *JavaScript*. Conclusão: é necessário compreender e incorporar o ambiente virtual de aprendizagem como um dispositivo educacional eficiente, e de apropriar-se de tal conhecimento como estratégia para agregar novas experiências e valores à prática docente.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação Cardiopulmonar, Tecnologia Educacional, Enfermagem

PROPOSAL OF A VIRTUAL LEARNING ENVIRONMENT ON CARDIOPULMONARY RESUSCITATION CARE IN ADULTS

ABSTRACT: Despite significant advances in the care of victims of Cardiopulmonary Arrest (CRP), there is still considerable variability in the probability of survival that cannot be attributed exclusively to the characteristics of the patient. It is necessary that these individuals receive high quality care, based on scientific evidence. It is necessary that training in Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) uses educational principles supported by research that translates scientific knowledge into practice. Objective: to develop an interactive virtual educational proposal on adult cardiopulmonary resuscitation care. Method: applied research, which resulted in the development of a technological product, from the development of an educational proposal applied to the Virtual Learning Environment. The cyclic and interactive phases of design and planning, development and implementation followed, according to procedures and evidence described in previous studies. Results: The Virtual Learning Environment was called “Training in Basic Life Support (BLS)”, and has seven modules: “Historical Aspects”, “Basic Life Support”, “Epidemiology”, “Concepts”, “Anatomy and Physiology”, “Algorithms”, “Simulation and Questions”. The illustrations, formatting and layout were built using the integration of the Personal Home Page and JavaScript programming language technologies. Conclusion: it is necessary to understand and incorporate the virtual learning environment as an efficient educational device, and to take ownership of such knowledge as a strategy to add new experiences and values to teaching practice.

KEYWORDS: Cardiopulmonary Resuscitation, Educational Technology, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços significativos no atendimento às vítimas de Parada Cardiorrespiratória (PCR), ainda há uma considerável variabilidade na probabilidade de sobrevivência que não pode ser atribuída, exclusivamente, às características do paciente. Para aumentar as chances de sobrevivência das vítimas de PCR, permitindo que esses indivíduos recebam cuidados de alta qualidade, baseados em evidências científicas, é preciso que os treinamentos em Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) utilizem princípios educacionais respaldados por pesquisas que traduzam o conhecimento científico em prática (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

É descrito que profissionais e graduandos da área da saúde não possuem conhecimento científico satisfatório, tanto teórico quanto prático, em PCR/RCP. Esse desconhecimento, em parte, é consequência da formação acadêmica, na qual as abordagens sobre o tema, quando existem, são pontuais e superficiais, portanto, insuficientes para proporcionar a aquisição de conhecimentos sólidos necessários para atuação frente à pessoa que sofreu uma PCR (NOGUEIRA et al., 2017). Dessa forma, acredita-se que é necessário pensar na formação de profissionais aptos a atuarem diante as situações de PCR, atitude primordial para melhorar a qualidade do atendimento, ampliando as chances de sobrevivência dos pacientes assistidos (NOGUEIRA ET AL., 2017; SILVA et al. 2015).

Para isso, existem as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC), estratégias que possibilitam inovação no processo educacional, articulação entre teoria, prática e pesquisa. Essas tecnologias podem ser aplicadas desde a formação inicial do estudante até a sua inserção na profissão, bem como no desenvolvimento profissional contínuo, determinando uma nova prática pedagógica (GONÇALVES et al., 2010). Alguns estudos têm demonstrado que a aplicação de recursos tecnológicos, como Moodle, aplicativos, redes sociais, fóruns e Ambientes Virtuais de aprendizagem (AVA), proporcionam a aquisição de informações e habilidades cognitivas para realização de procedimentos de Enfermagem, aumentando a segurança e autoconfiança quanto à sua realização (PEREIRA, SILVA, SOUSA, FROTA, 2016).

Frente ao exposto, buscou-se desenvolver uma proposta educacional sobre atendimento da RCP em adultos, aplicada em um AVA, que será disponibilizada à Instituições de Ensino Superior (IES) públicas, privadas e sociedade em geral. Essa temática foi escolhida tendo em vista a escassez de material didático sobre o tema nessa perspectiva, e a necessidade de os enfermeiros estarem capacitados, mediante conhecimentos, segurança, habilidades e competências específicas, para atuar em situações emergenciais, que ofereçam risco à vida. Acredita-se que, por meio de AVA, é possível agregar significado à prática diária dos enfermeiros em formação, estimular a autonomia, independência, bem como promover atualização profissional.

2 | OBJETIVO

Em virtude da existência de numerosas possibilidades e potencialidades de diferentes recursos tecnológicos, são importantes o planejamento e análise de novas formas de ensino e aprendizagem, a partir do estabelecimento de objetivos educacionais claros e das competências e habilidades na esfera cognitiva, psicomotora e atitudinal, adequando o uso do computador às finalidades propostas para o ensino. Portanto, o objetivo deste estudo foi desenvolver uma proposta educacional virtual interativa sobre atendimento da reanimação cardiopulmonar no adulto.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, que teve como resultado o desenvolvimento de um produto tecnológico, referente à elaboração de uma proposta educacional aplicada a ambiente virtual de aprendizagem. Para tanto, seguiu-se as fases cíclicas e interativas de concepção e planejamento, desenvolvimento e implementação, propostas por vários pesquisadores (PRADO et al.,2012; RODRIGUES E PERES, 2013; RIOS E MENDES, 2014).

Este estudo é parte da dissertação “Ensino de Suporte Básico de Vida para Alunos de Curso de Graduação em Enfermagem”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (ESA), da Universidade do Estado do Pará (UEPA). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA, CAAE: 62000616.2.0000.5170, com parecer aprovado, número 1.897.505, em 25/01/2017.

4 | RESULTADOS

Concepção e planejamento

Construção da tecnologia educacional: website/AVA – A elaboração de tecnologias educacionais, por compreensão própria, requer evidências científicas; definição do objetivo da tecnologia educacional, finalidades, seleção do público-alvo ao qual se destina a tecnologia, tipo do material (guia, folder, folheto, manual, aplicativo, blog, website, etc.), temas, ilustrações e linguagem; requer planejamento das ações (NASCIMENTO; 2012). A partir disso, construiu-se um Ambiente Virtual de Aprendizagem denominado “Capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV)”, destacando a trajetória entre textos e imagens e o desfecho (versão final). Este se encontra hospedado com o endereço/link: <<https://capacitacaosbv.000webhostapp.com/index.html>>.

Em relação às evidências científicas para a construção do AVA, partiu-se do estudo de Bellan (2006) e Gonçalves et al (2010), assim como do estado da arte sobre Ensino de Suporte Básico de Vida na Graduação em Enfermagem de Nogueira (2017), definindo-se, assim, o público-alvo. Para definição do tipo de tecnologia, realizou-se levantamento e leitura de artigos científicos sobre o tema, identificando-se algumas pesquisas que se aproximaram do tema em estudo (PRADO et al.,2012; RODRIGUES E PERES, 2013; RIOS E MENDES, 2014; RANGEL et al.,2011; CAVALCANTE et al., 2012). Este resultado foi crucial para definir o tipo de tecnologia e produzi-la.

Desenvolvimento

Trajétória entre textos – O cenário proporcionado pelas TDIC, por meio da informatização das várias formas de comunicação, oferece a opção pedagógica pelo ambiente virtual, otimizando, desse modo, a relação entre o docente de Enfermagem e seu

aprendiz, na medida em que este novo cenário torna viável um repensar sobre as práticas educacionais (PEREIRA, SILVA, SOUSA, FROTA, 2016).

Nesse olhar, a busca do conteúdo a ser inserido na tecnologia educacional iniciou com a diagramação dos temas de opção do autor para a elaboração do AVA, o que é pertinente apresentar (Figura 01).

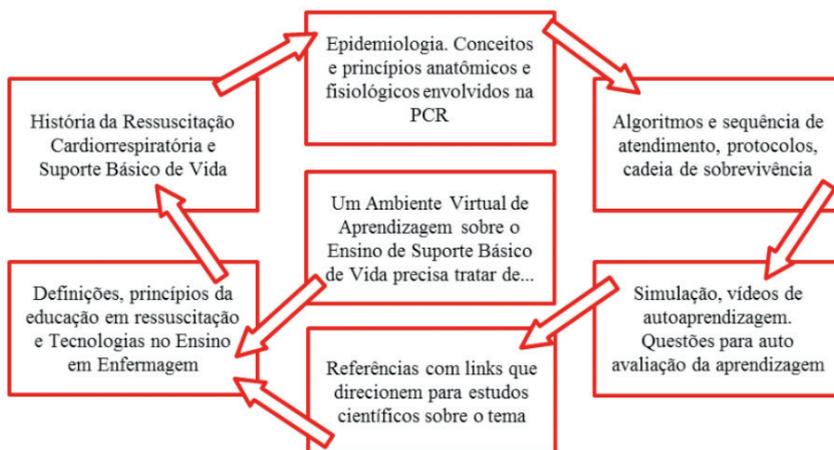


Figura 01: Diagrama – temas na experiência do autor para elaboração do AVA.

Fonte: Autoria própria, Belém, Pará, 2017.

Esse raciocínio, com base em experiência profissional e sustentado pela literatura científica atual, subsidiou a construção do “AVA - Capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV)”, em consonância às recomendações do *International Liaison Committee On Resuscitation* (ILCOR) e do Consenso Científico da *American Heart Association* (AHA). Os conteúdos abordados na tecnologia educacional foram selecionados pela relevância para guiar o Ensino de SBV, de acordo com os princípios educacionais dos Consensos da Ciência da Ressuscitação propostos pela AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2015).

Trajatória entre imagens – A ilustração do AVA é uma etapa instigante e interessante, considerando que as interpretações são diversificadas. A trajetória sobre as imagens aconteceu a partir da definição dos temas centrais, iniciando pelas imagens da capa (*Home page*/ Figura 02).



Figura 02: Figura representativa de Ambiente de Ensino em SBV.

Imagem selecionada para representar o Ambiente de Ensino das manobras de RCP - capa (Home page).

Fonte: <http://thetrainingacademy.net/courses/level-2-award-in-emergency-first-aid-at-work/>



Figura 03: Algoritmo de atendimento do SBV, avaliação da responsividade.

Fonte: Acervo pessoal, Belém, Pará, 2017.



Figura 04: Algoritmo de atendimento do SBV, verificação do pulso e compressões torácicas.

Fonte: Acervo pessoal, Belém, Pará, 2017.



Figura 05: Algoritmo de atendimento do SBV, avaliação da respiração e permeabilização das vias aéreas.

Fonte: Acervo pessoal, Belém, Pará, 2017.



Figura 06: Algoritmo de atendimento do SBV, técnica de ventilação e uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA).

Fonte: Acervo pessoal, Belém, Pará, 2017.



Figura 07: Algoritmo de atendimento do SBV, posição de recuperação.

Fonte: I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia (GONZALEZ, 2013)

No interior do AVA, foram inseridas outras imagens que representam o ambiente de ensino/treinamento, algoritmos, cadeia de sobrevivência, técnicas de compressão torácica, permeabilização de vias aéreas, ventilação, uso do DEA, dispositivos de vias aéreas e posição de segurança.

Implementação

A tecnologia educacional/AVA - versão final – A tecnologia educacional possui sete módulos – “Aspectos Históricos”, “Suporte Básico de Vida”, “Epidemiologia”, “Conceitos”, “Anatomia e Fisiologia”, “Algoritmos”, “Simulação e Questões” – nos quais o estudante poderá obter aprendizado individualizado, sendo possível acessar cada módulo de forma independente, avançando e retrocedendo sempre que necessário.

As imagens do AVA são fotografias feitas pelos próprios autores, na Escola de Enfermagem Magalhães Barata, Universidade do Estado do Pará, durante aulas do componente curricular “Enfermagem em Urgência e Emergência” e cursos ministrados sobre o tema SBV, após autorização de uso de imagem das pessoas envolvidas. Outras imagens foram selecionadas da internet (fontes identificadas em cada ilustração).

As ilustrações, formatação e o *layout* foram empenho de um engenheiro da computação, que realizou a programação e construção do *website*. O AVA foi desenvolvido utilizando a integração de tecnologias como as linguagens de programação *Personal Home Page* (PHP) (<http://www.php.net.>) e *JavaScript*.

5 | DISCUSSÃO

No Brasil, a Enfermagem tem utilizado AVA em seus cursos, como mostra a revisão da literatura nas áreas temáticas de administração de medicamentos, tratamento de feridas, Suporte Básico e Avançado de Vida e esterilização de materiais. No cenário internacional, o AVA também é utilizado por essa profissão e, recentemente, o Blackboard.5 apoiou a aprendizagem de estudantes de Enfermagem em um módulo de Anatomia e Fisiologia Humana (RANGEL et al.,2011). A partir disso, decidiu-se criar um AVA gratuito, fácil de utilizar e que atendesse às necessidades dos graduandos de Enfermagem.

Os resultados da avaliação desta intervenção pelos discentes indicaram que, oportunidades para a autoaprendizagem foram criadas, e os recursos disponíveis no ambiente foram úteis para dar suporte à aprendizagem, garantindo maior conhecimento e habilidade aos estudantes. Esses resultados são semelhantes à outras áreas da saúde que também têm utilizado o AVA e seus recursos para reduzir o número de horas de aulas formais, aumentar o entusiasmo dos discentes pelo uso de materiais multimídia e proporcionar aprendizado interativo (RANGEL ET AL.,2011).

Para garantir a qualidade das informações tecnológicas educacionais inseridas nesse AVA, seguiu-se as recomendações evidenciadas na literatura, na qual se destaca

a necessidade de realizar pesquisas a fontes formais confiáveis, tais como: livros, artigos técnicos e entrevistas com profissionais da área, além de registros fotográficos, gravações e observações diretas da realidade em que se pretende realizar intervenção (NASCIMENTO, 2012).

Além disso, o PHP é uma das linguagens mais utilizadas na web. A principal diferença em relação às outras linguagens é a capacidade que o PHP tem de interagir com o mundo web, transformando totalmente os websites que possuem páginas estáticas. Outra característica importante do PHP é que, além de gratuito, é um software com código fonte aberto (NIEDERAUER, 2011).

Já a linguagem de programação JavaScript é utilizada para controlar o HyperText Markup Language (HTML) e o Cascading Style Sheets (CSS), linguagens de marcação e de estilo, respectivamente, que são interpretadas por navegadores web. Além disso, JavaScript serve para manipular o controle da página, ou seja, foi criado com a finalidade de fornecer um meio de adicionar interatividade à página web (SILVA, 2010). Essas facilidades foram fundamentais para o sucesso da criação e aplicação do AVA, demonstrando, assim, a importância de buscar novos métodos não formais de aprendizagem.

Nesse contexto, para melhorar a qualidade do produto, é sugere-se a contratação de profissionais da área de informática, computação, publicidade e propaganda. Estes são recomendados para adequação de layouts, diagramação e editoração. Os conhecimentos sobre softwares específicos contribuirão para melhorar a qualidade final e dar um aspecto profissional à produção intelectual (NASCIMENTO, 2012).

Portanto, observou-se que no contexto de desenvolvimento tecnológico, a qualidade de material, uso correto das ferramentas e interesse dos estudantes revela a eficácia. Acredita-se que essa iniciativa tem potencial de trazer novos resultados ainda mais satisfatórios para formação de graduando de Enfermagem, além de contribuir para comunidade científica no desenvolvimento de novos estudos de comparação entre os métodos convencionais e os não convencionais de aprendizagem sobre Suporte Básico de Vida.

6 | CONCLUSÃO

Participar da construção de um ambiente virtual de aprendizagem, organizando, planejando e propondo atividades, abre novas possibilidades de crescimento profissional. Por outro lado, também apresenta desafios para o desenvolvimento da expressão do pensamento e de habilidades escritas, e para inserção de novas tecnologias no ensino de Enfermagem, incitando a busca de novas experiências para essa modalidade de ensino.

No que tange ao ensino e à pesquisa, desponta nesse estudo uma tecnologia educacional válida, com base nos Consensos Internacionais da Ciência da Ressuscitação da AHA 2015, inovadora e pronta para ser utilizada. A expectativa, nesse sentido, é que o

AVA – “Capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV)”, desperte nos gestores do ensino superior em saúde, professores e estudantes, um olhar mais minucioso acerca da importância da inclusão do tema SBV nos componentes curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem de maneira mais consistente, atendendo à realidade epidemiológica atual, numa perspectiva metodológica inovadora.

Considera-se que, no presente contexto educacional, há a exigência de profissionais formadores de opinião. Dessa forma, emergem necessidades de novas práticas de ensino-aprendizagem, com o uso de recursos didáticos e tecnológicos, incentivando e favorecendo o aperfeiçoamento e capacitação dos enfermeiros, bem como possibilitando o aprendizado autônomo.

Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de compreender e incorporar o ambiente virtual de aprendizagem como um dispositivo educacional eficiente, e de apropriar-se de tal conhecimento como estratégia para agregar novas experiências e valores à prática docente. Acredita-se, por fim, que este trabalho possa contribuir com a inovação do ensino em Enfermagem, a partir da proposta educacional virtual sobre tema de grande relevância acadêmica, científica e social.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association**. Atualização das diretrizes de RCP e ACE. 2015. Disponível em: <<http://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

BELLAN, M.C. **Capacitação do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória**. 2006. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Enfermagem Fundamental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000385945>>. Acesso em: 13 de setembro de 2016.

CAVALCANTE, R.B.; FERREIRA, M.N.; MAIA, L.L.Q.G.N.; ARAÚJO, A.; SILVEIRA, R.C.P. **USO DE Tecnologias da Informação e Comunicação na educação em saúde de adolescentes escolares**. J. Health Inform. v.4, n.4, p.182-6, 2012. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/197/142>>. Acessado em: 28 maio 2018.

GONÇALVES, G.R.; PERES, H.H.C.; RODRIGUES, R.C.; TRONCHIN, D.M.R.; PEREIRA, I.M. **Proposta educacional virtual sobre atendimento da ressuscitação cardiopulmonar no recém-nascido**. Rev Esc Enferm USP. v. 44, n. 2, p. 413-420, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/25.pdf>>. Acessado em: 28 maio 2018.

GONZALEZ, M.M. et al. **I diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia: resumo executivo**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro. v.100, n. 2, p. 105-113, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130022>>. Acessado em: 28 maio 2018.

NASCIMENTO, M.H.M. **Tecnologia para mediar o cuidar-educando no acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal: Estudo de Validação**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado Associado de Enfermagem Universidade do Estado do Pará (UEPA)/ Universidade do

Amazonas (UFAM). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Escola de Enfermagem Magalhães Barata. Belém, Pará, 2012. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/ppgenf/files/pdfs/DISSERTAO_MARCIA_NASCIMENTO.pdf>. Acesso em: 23 de dezembro de 2017.

NOGUEIRA, M.A.; MACIEL, D.O.; BERNARDES, K.S.; PERES, P.V.G.; OLIVEIRA, V.L.G.; SÁ, A.M.M. **Teaching of basic life support in undergraduate nursing: an integrative review. International Journal of Current Research.** v. 9, n.8, p. 56660-56665, 2017. Disponível em: <<http://www.journalcra.com/sites/default/files/25330.pdf>>. Acessado em: 28 maio 2018.

NIEDERAUER J. **Desenvolvendo Websites com PHP.** 2. ed. São Paulo: Novatec, 2011.

NOGUEIRA, M.A.; MACIEL, D.O.; BERNARDES, K.S.; PERES, P.V.G.; OLIVEIRA, V.L.G.; SÁ, A.M.M. **Basic life support teaching for undergraduate nursing students.** International Journal of Development Research. v. 7, n.11, p. 17236-17245, nov. 2017. Disponível em: <<http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/11238.pdf>>. Acessado em: 28 maio 2018.

PEREIRA, F.G.F.; SILVA, D.V.; SOUSA, L.M.O.; FROTA, N.M. **Construção de um aplicativo digital para o ensino de sinais vitais.** Rev Gaúcha Enfer. v. 37, n.2, p.59015, jun. 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/59015/37573>>. Acessado em: 28 maio 2018.

PRADO, C.; SANTIAGO, L.C.; SILVA, J.A.M.; PEREIRA, I.M.; LEONELLO, V.M.; OTRENTI, E.; PERES, H.H.C. **Ambiente virtual de aprendizagem no ensino de Enfermagem: relato de experiência.** Rev Bras Enferm, Brasília. v. 65, n.5, p. 862-6, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/22>>. Acessado em: 28 maio 2018.

RANGEL, E.M.L.; MENDES, I.A.C.; CÁRNIO, E.C.; ALVES, L.M.M.; CRISPIM, J.A.; MAZZO, A. **Avaliação, por graduandos de enfermagem, de ambiente virtual de aprendizagem para ensino de fisiologia endócrina.** Acta Paul Enferm. v. 24, n. 3, p. 327-333, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/04.pdf>>. Acessado em: 28 maio 2018.

RODRIGUES, R.C.V.; PERES, H.H.C. **Desenvolvimento de Ambiente Virtual de Aprendizagem em Enfermagem sobre ressuscitação cardiopulmonar em neonatologia.** Rev Esc Enferm USP. v. 47, n. 1, p. 235-241, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a30v47n1.pdf>>. Acessado em: 28 maio 2018.

RIOS, G.A.; MENDES, E.G. **Uso de blogs na educação:** Breve panorama da produção científica brasileira na última década. Revista Eletrônica de Educação. v. 8, n. 2, p. 160-174, 2014. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/746/331>>. Acessado em: 28 maio 2018.

SILVA, D.V.; JESUS, A.P.S.; LIMA, A.A.; SANTO, M.S.A.; ALVES, S.L. **Conhecimento de graduandos em Enfermagem sobre suporte básico de vida.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. v. 29, n.2, p. 125-134, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12648/pdf_126>. Acessado em: 28 maio 2018.

SILVA, M.S. **JavaScript: guia do programador.** 1. ed. São Paulo: Novatec, 2010.

CAPÍTULO 18

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/07/2020

Data de submissão: 30/06/2020

Roberta Vago Gonzales Dalcumune

Enfermeira Obstetra, Centro Universitário do Espírito Santo
Colatina - ES
<http://lattes.cnpq.br/0573149365204218>

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

Enfermeira, Mestra em Gestão Integrada do Território e Docente dos Cursos de Saúde do UNESC, Centro Universitário do Espírito Santo
Colatina - ES
<http://lattes.cnpq.br/0740835178065480>

Luciano Antônio Rodrigues

Enfermeiro, Doutor em Ciências da Saúde e Docente dos Cursos de Saúde do UNESC, Centro Universitário do Espírito Santo
Colatina - ES
<http://lattes.cnpq.br/1082665421035430>

RESUMO: A epidemiologia brasileira por décadas apresentou indicadores de morbimortalidade impactados bruscamente por doenças infectocontagiosas. No século XX, com empenho e avanços no campo médico-científico muitas dessas enfermidades foram erradicadas. O estilo de vida cada vez mais prejudicial à saúde levou ao desenvolvimento de doenças denominadas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Considerando que estas patologias são desencadeadas principalmente por fatores modificáveis, a prevenção tornou-se fundamental. O estudo teve como objetivo identificar as representações sociais das DCNT por profissionais da Estratégia Saúde da Família

(ESF) e abordar os principais aspectos a serem trabalhados para o manejo das DCNT na atenção primária. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, realizado entre novembro de 2016 a setembro de 2017 com os profissionais das equipes básicas da ESF do município de São Roque do Canaã -ES, Brasil. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário semiestruturado, em seguida procedeu-se a análise de conteúdo temático e formação de word cloud pelo software IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2. Constatou-se que as representações sociais das DCNT se estruturam nos elementos “Dor” e “Tratamento”, estes foram associados aos termos “desconforto, cuidado, prevenção e medicamento”. A análise de conteúdo temático evidenciou cinco temas de relevância, foram eles: Prevenção, Embasamento de Trabalho, Atividades Desenvolvidas, Controle de Casos e Dificuldades. Concluiu-se que o manejo das DCNT dentro da ESF é a arma mais poderosa, porém o seu manuseio é complexo, pois exige o empenho e compromisso mútuo entre profissionais, gestores da saúde, pacientes e famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Morbidade, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES BY PROFESSIONALS FROM THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: The Brazilian epidemiology for decades has presented indicators of morbidity and mortality impacted sharply by infectious

diseases. In the 20th century, with effort and advances in the medical-scientific field, many of these diseases were eradicated. The lifestyle that is increasingly harmful to health has led to the development of diseases called Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs). Considering that these pathologies are triggered mainly by modifiable factors, prevention has become essential. The study aimed to identify the social representations of NCDs by professionals of the Family Health Strategy (FHS) and to address the main aspects to be worked on for the management of NCDs in primary care. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach, carried out between November 2016 and September 2017 with professionals from the basic FHS teams in the municipality of São Roque do Canaã -ES, Brazil. The data were collected through the application of a semi-structured questionnaire, followed by the analysis of thematic content and word cloud formation by the software IRaMuTeQ version 0.7 Alpha 2. It was found that the social representations of the NCDs are structured in the elements "Pain "And" Treatment ", these were associated with the terms" discomfort, care, prevention and medication ". Thematic content analysis revealed five relevant themes, namely: Prevention, Work Basis, Activities Developed, Case Control and Difficulties. It was concluded that the management of NCDs within the FHS is the most powerful weapon, but its handling is complex, as it requires mutual commitment and commitment between professionals, health managers, patients and families.

KEYWORDS: Morbidity, Primary Health Care, Public Health.

1 | INTRODUÇÃO

A predominância de uma doença relaciona-se diretamente com o estado demográfico, qualidade de vida e cultura da população, nível intelectual, desenvolvimento científico e tecnológico vivenciado. O cenário epidemiológico brasileiro é marcado por uma acentuada transição no perfil epidemiológico de doenças, por muitas décadas os quadros infectocontagiosos preocuparam e impactaram nos indicadores de morbimortalidade, doenças cujas causas, forma de prevenção e tratamento ainda não desvendados causavam grandes surtos e epidemias em diversos pontos do país.

No século XX, a saúde pública brasileira passou por grandes avanços no campo médico-científico, através de medidas sanitárias e implantação das vacinas grande parte das enfermidades prevalentes na época foram combatidas. Paralelo a estas transformações ocorreram mudanças demográficas, o crescimento da renda da classe trabalhadora, a industrialização, a urbanização e a globalização. A adoção de estilos de vida cada vez mais prejudiciais à saúde propiciaram o desenvolvimento e a ocorrência de significativos casos de doenças denominadas de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), estas que podem ser definidas como patologias que se desenvolvem ao longo da vida de um indivíduo, desencadeadas por múltiplos fatores, não tendo como causa principal um agente biológico e cujo tempo de permanência é longo (FINKELMAN, 2002).

Novas visões de organização da assistência à saúde da população também ganhavam cada vez mais espaço. Propostas como criação de centros de saúde, a diminuição da distância entre a medicina e a situação social da população, e a criação de um sistema

único de saúde para todos em redes locais, com um foco municipalista se difundiam. Mais tarde, tais ideias juntamente com a luta popular resultaram na determinação dentro da Constituição Federal de 1988 do dever do Estado em garantir a saúde da população, e a criação em 1990 do Sistema Único de Saúde (SUS) (FINKELMAN, 2002).

Lopes *et al.* (2015), descreve que o SUS está organizado em três níveis de atenção, sendo eles a Atenção Primária, Secundária e Terciária. O primeiro nível é considerado a porta de entrada dos usuários, devendo ser um instrumento sistematizador e regulador da assistência à saúde, uma vez que é o local onde o indivíduo pode encontrar atendimento acessível, resolutivo e articulado. Brasil (2016) e Tesser (2012), explanam que atualmente existe a prevenção quaternária e que esta abstém a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (BRASIL, 2016).

Para Mendes (2012), na lógica de atendimento as condições agudas, quando um indivíduo apresenta um problema de saúde busca os níveis secundário e/ou terciário, e é atendido e tem seu problema solucionado. Porém, ao tratar-se de uma condição crônica, nos períodos em que a enfermidade não se encontra em agudização, o paciente não mantém um atendimento contínuo e ágil sob a gerência de uma equipe de saúde.

Lavras (2017) enfatiza que as condições agudas são superadas através de ações sociais reativas e episódicas. Já as condições crônicas são superadas através de ações proativas, contínuas e integradas em redes. O modelo de atendimento as condições agudas foram extremamente eficiente para resolução de doenças infectocontagiosas, mas para o manejo das condições crônicas é um malogro para o SUS e para o sistema privado de saúde suplementar.

Desta maneira, ressalta-se que a forma de atenção a nível secundário e terciário é muito eficiente no atendimento das condições agudas, porém não permite agir de maneira adequada e resolutiva na gestão do atendimento as DCNT (CARDOSO, 2014).

Seguindo esta linha de pensamento, a portaria nº 483 de 1 de abril de 2014 que redefiniu a rede de atenção a portadores de doenças crônicas no âmbito do SUS e estabeleceu diretrizes para organização de linhas de cuidado, reforça que a atenção básica é o componente estrutural da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e se constitui na central de comunicação da rede, tendo papel chave na estruturação, ordenação e coordenação do cuidado (BRASIL, 2014a).

A partir da criação de diretrizes, portarias e nortes de manejo as DCNT é possível deslumbrar um futuro com menores índices de morbimortalidade causados por patologias cujas principais causas são modificáveis. No entanto, para que estas iniciativas sejam efetivas é preciso que os trabalhadores da ESF estejam preparados para atuar dentro desta realidade, estando conscientes do seu papel e do impacto de suas ações.

A discussão aqui apresentada possui os objetivos de conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde atuantes da Estratégia Saúde da Família do município de São Roque do Canaã (ES) quanto as DCNT, identificar a real situação de trabalho das

equipes em nível local e abordar vários aspectos importantes para o manejo das DCNT na atenção primária à saúde (APS). Espera-se por meio de evidências criar dados que permitam a reflexão dos gestores e profissionais da saúde, proporcionando assim subsídios para se traçar metas e caminhos a serem seguidos para o alcance de uma assistência eficiente, eficaz, efetiva e diferenciada, além de servir como exemplo para o desenvolvimento de estudos dentro da mesma perspectiva, a fim de contribuir expressivamente no manejo e combate deste grande problema de saúde pública.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, realizado no período de novembro de 2016 a outubro de 2017 com os profissionais constituintes das equipes básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Roque do Canaã, Espírito Santo, Brasil.

Os moradores do município contavam com a assistência de quatro equipes de ESF, totalizando quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e vinte e oito agentes comunitários de saúde (ACS). A amostra estimada era de 40 participantes, destes 1 ACS se recusou participar da pesquisa e 1 ACS encontrava-se em licença maternidade. Assim, a amostra final foi de 38 participantes. Estes foram esclarecidos sobre os principais riscos e benefícios do estudo, e tiveram suas dúvidas sanadas. Todos concordaram voluntariamente a colaborar com a pesquisa conforme constante no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário semiestruturado, elaborado especificamente para o alcance dos objetivos propostos e para fundamentação das representações sociais a respeito das DCNT por profissionais atuantes da ESF. Para coleta dos dados foram agendadas previamente entrevistas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. A fim de evitar influência ambiental nas respostas referentes a sua realidade de trabalho, a ação procedeu-se nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada respectiva equipe, de forma uniforme. Para não criar possíveis prejuízos de apresentações de dados, estes foram coletados em gravações digitalizadas, posteriormente estas foram transcritas em sua íntegra para análises semânticas das informações.

A análise dos dados foi realizada por meio da aplicação do *software* livre IRaMuTeQ versão 0.7 Alpha 2, do laboratório Lerass, obtendo-se conteúdos de análise frente às evocações, elaboração de *word cloud* e síntese da árvore máxima de análise de similitude. Intencionando preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas com as seguintes denominações: MÉDICO, ENFERMEIRO, TÉCN. ENFERMAGEM ou ACS e seguidos das mesmas, a descrição de um número atribuído aleatoriamente para cada entrevistado. Não houve correções linguísticas e gramaticais nas transcrições, conservando-se o caráter espontâneo das falas. Almejando uma melhor compreensão das

representações sociais, foi criado a Análise de Conteúdo Temático das entrevistas.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Espírito Santo (UNESC). Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) número 64189316.1.0000.5062, e parecer aprovado sob número 1.973.573 atendendo aos critérios concebidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

3 I RESULTADOS

Os resultados são apresentados por meio da caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, seguido pela avaliação estrutural da árvore de similitude e análise de conteúdo temático.

3.1 Aspectos Sociodemográficos

O perfil sociodemográfico foi obtido pelo processamento de dados no *software* Sphinx. Dos participantes 94,7% foram do gênero feminino e 5,3% do gênero masculino, a idade média foi de 38,32 anos, sendo a idade mínima de 20 anos e idade máxima de 60 anos, quando ao local de residência 76,3% dos profissionais residem dentro do município.

Constatou-se que 100% dos enfermeiros possuíam tempo de formação igual ou superior há 5 anos, 100% dos médicos apresentavam tempo de formação menor ou igual há 2 anos, 75% dos técnicos de enfermagem apresentavam tempo formação acima de 3 anos, dos ACS 80,7% apresentavam tempo de formação superior há 3 anos, sendo que destes 10,5% possuíam mais de 15 anos de formação.

A respeito do tempo de atuação na equipe, 28,9% dos profissionais trabalhavam há menos de 1 ano em sua equipe e 15,8% trabalhavam há 1 a 2 anos na equipe, dentre estes 100% dos profissionais médicos trabalhavam há menos de 1 ano na respectiva equipe, 75% dos enfermeiros trabalhavam entre 1 a 2 anos em sua equipe, 50% dos técnicos de enfermagem trabalhavam há mais de 3 anos em sua equipe e 73,07% dos ACS trabalhavam em suas equipes há mais de 3 anos, sendo que 10,5% trabalhavam há mais de 15 anos na atual equipe.

Ao indagar sobre a formação profissional, 73,3% dos profissionais possuíam cursos complementares voltados para atuação dentro da APS, os outros 23,7% afirmaram não possuir nenhum curso complementar voltado para a área. Quanto à formação complementar por categoria profissional, 88,4% dos ACS, 100% dos técnicos de enfermagem e 50% dos enfermeiros possuíam formação complementar, em contrapartida 100% dos médicos negaram ter alguma formação complementar para atuação na APS.

3.2 Representações Sociais das Dcnt

Em resposta ao estímulo “Primeiras cinco palavras que vêm a sua mente ao falar Doenças Crônicas não Transmissíveis”, os profissionais evocaram 182 palavras ou termos, a fim de identificar a conexidade dos elementos considerados como estruturantes das

representações sociais dos profissionais, as mesmas evocações livres foram submetidas a análise de similitude através da árvore (Figura 1) resultante do processamento pelo software IRAMUTEQ.

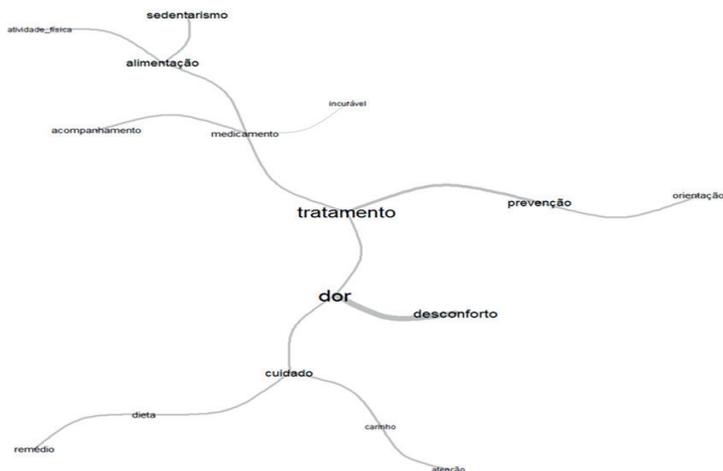


Figura 1 – Árvore ilustrativa da análise de similitude das evocações livres dos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família do município de São Roque do Canaã, ES.

Para os profissionais participantes do estudo as evocações para DCNT se estruturaram nos elementos “Dor” e “Tratamento”. Tal ocorrência demonstra a identificação das DCNT como algo ruim, que causa danos e sofrimento, e que precisa ser combatido.

Ao elemento “Dor” foi associado fortemente o elemento “desconforto”. A existente correlação entre os termos pode estar associada aos prejuízos desencadeados pelo sintoma de dor física ou mental que reflete no cotidiano de vida de seus portadores. O elemento “Dor” foi relacionado ainda em menor intensidade aos termos “tratamento” e “cuidado”, demonstrando a necessidade de manejo, empenho e intervenção sobre as DCNT.

Do eixo central “tratamento” origina-se duas vertentes, em uma delas identifica-se a direta correlação com o termo “prevenção”, o que evidencia o caráter preventivo que deve ser assumido para tratar as DCNT de forma efetiva. O termo “prevenção” esteve ligado a “orientação”, confirmando que a difusão de informações e promoção de conhecimentos é uma arma poderosa da APS.

O eixo “tratamento” foi relacionado diretamente com “medicamento”, a relação existente entre estes está pautada no papel desempenhado pelas medicações farmacológicas na assistência à saúde. Ao termo “medicamento” esteve ligado o termo “acompanhamento”, o que ressalta a primordialidade do uso assistido desses por profissionais. Ainda neste segundo eixo encontram-se os termos “alimentação”, “sedentarismo” e “atividade física”, o que pode ser entendido como evidências de que o tratamento das DCNT vai além da

intervenção medicamentosa, abrangendo também mudança nos hábitos de vida.

Dois elementos relacionados diretamente ao cuidado estão as evocações “carinho” e “atenção”. Tais dados derivam da aspiração do lado emocional dos pacientes, constatando que o cuidado transcende as necessidades físicas.

A árvore de similitude apresenta em seu nível central termos que coincidem com aspectos intrínsecos do manejo das DCNT dentro da ESF, estes por sua vez encontram-se rodeados por elementos que condizem com os fatores a serem abordados pela equipe multidisciplinar junto aos pacientes crônicos e suas famílias, assim como com a comunidade sobre seu cuidado, com o intuito de impactar positivamente nos indicadores locais de DCNT.

A fim de compreender o contexto das representações estudadas, sucedeu-se a análise das entrevistas livres, da qual emergiu a temática central “Manejo das DCNT por profissionais da ESF”, a esta 05 categorias foram exploradas: Prevenção, Embasamento de Trabalho, Atividades Desenvolvidas, Controle de Casos, e Dificuldades. De tais categorias derivaram-se 12 subcategorias explanadas a seguir.

3.3 Análise de Conteúdo Temático

Os profissionais no contexto do manejo das DCNT na ESF desenvolvem entre suas principais atividades ações de prevenção e controle de casos. A categoria “Prevenção” é subcategorizada em “Evitar o adoecimento” e “Evitar complicações”. Tal ocorrência deve-se ao fato da prevenção não ter sido relacionada apenas a evitar o surgimento da doença, mas também em evitar o agravamento da mesma. Desta maneira, a prevenção é de fundamental importância para pacientes que não apresentam DCNT como também para os que já são doentes crônicos. Observou-se ainda que em grande parte das falas a prevenção foi relacionada a atuação sobre os hábitos de vidas modificáveis, como o tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, alimentação, exercício físico, dentre outros. Sobressaiu-se entre grande parte das falas a utilização da educação em saúde como ferramenta de prevenção das DCNT.

A categoria “Atividades desenvolvidas” é subcategorizada em “Educativas” e “Projetos”. Houve-se concordância de que ações de orientações, explicações, difusão de informações e conhecimentos são os principais meios empregados para evitar o desenvolvimento de doenças crônicas na população. A utilização destas por sua vez, podem ser por meio de palestras, campanhas, orientação individual nas consultas e nas visitas domiciliares. Identificou-se ainda, o anseio de programas e projetos para auxiliar os pacientes no autocuidado com a saúde, visto que todos os constituintes das equipes reconheceram os resultados positivos destes na vida do paciente e na qualidade da assistência.

As subcategorias de “Embasamento de Trabalho” representadas por “Diretrizes” e “Empírico” acendem uma luz vermelha, alertando para existência de atuações sem fundamentação científica e demonstrando a necessidade de capacitação e atualização dos

profissionais atuantes nas equipes do município.

No tocante da categoria “Controle de casos” identifica-se que para a real visualização e continuidade da assistência a portadores de DCNT é preciso desenvolver uma assistência contínua, com enfoque no acompanhamento da evolução da patologia e readequação do plano terapêutico de acordo com os resultados das intervenções já empregadas. A subcategoria “registro” destaca a importância da criação de sistemas de armazenamento de dados que possam ser resgatados a qualquer momento por todos os profissionais envolvidos na assistência, servindo como guia para real visualização do paciente ao longo do tempo.

A categoria “Dificuldades” é subdividida em “Com o paciente e família”, “Interação da equipe”, “Geográficas” e “Recursos e organização do sistema”. As dificuldades relatadas foram inúmeras, apenas uma delas “Interação da equipe” pode ser modificada pelos próprios profissionais a partir do feedback e empenho para mudança. As demais dificuldades referidas fogem do controle e alcance dos profissionais, exigindo interesse e comprometimento do próprio paciente e de sua família, dos gestores municipais, estaduais e federais da saúde, a fim de promover o desenvolvimento de ações e o fornecimento dos recursos necessários em quantidade e em tempo hábil para atender as demandas e as necessidades assistenciais da população de pacientes com DCNT do município.

4 | DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos revelam que existe uma relação direta entre o tempo de formação e apresentação de cursos complementares, visto que os profissionais com mais tempo de atuação apresentaram as maiores taxas também de formação complementar. O tempo de atuação nas equipes dos profissionais médicos e enfermeiros dentro do município é um aspecto que necessitava ser trabalhado, pois 100% dos médicos possuíam menos de 1 ano de trabalho em sua equipe e 75% dos enfermeiros trabalhavam em sua equipe entre 1 a 2 anos. É importante lembrar que a Longitudinalidade é uma das principais características de trabalho da APS. Starfield (2002) e Portela (2017) declaram que a essência da longitudinalidade está no relacionamento entre pacientes e o médico ou outros profissionais de saúde no decorrer do tempo.

Deve-se almejar e avaliar a longitudinalidade da APS, pois esta tem direta relação com os resultados positivos da assistência, permitindo o acompanhamento dos usuários, a continuidade e efetividade dos tratamentos ofertados, a identificação das necessidades de saúde, o entendimento dos métodos de acompanhamento, a queda das taxas de hospitalização, a aprovação e a credibilidade da equipe (PAULA *et al*, 2015). Destarte, é essencial a implantação de políticas de consolidação de profissionais de saúde da atenção básica em nível municipal.

Para Arantes *et al.* (2016), a atenção primária é a porta de entrada para os usuários

do SUS, devendo ser um instrumento organizador e regulador da assistência à saúde, uma vez que é o local onde o indivíduo pode encontrar atendimento de forma acessível, resolutive e articulada.

Levando em consideração as características, as exigências assistenciais de saúde das DCNT e os princípios gerais e organizacionais da APS, torna-se extremamente importante a abordagem e o manejo destas patologias dentro da ESF. Para Silocchi e Junges (2017) a prevenção das DCNT é primordial para impedir o surgimento de graves consequências na vida da população, evitando mortes e desfechos financeiros negativos nas famílias, assim como no SUS. Tal consideração justifica a presença da representação social dos termos “prevenção e orientação”, visto que a prevenção através da educação em saúde representa uma das mais valiosas ferramentas de trabalho da APS.

Nas últimas décadas as DCNT foram responsáveis pela maior porcentagem de mortes no Brasil e no mundo, assim essas enfermidades tornaram-se um desafio a ser enfrentado pelos gestores da saúde, visto o impacto na mortalidade, morbidade, qualidade de vida das pessoas afetadas, chances de morte prematura, reflexos negativos na rede familiar, na comunidade e na sociedade (BRASIL, 2011).

As representações sociais “cuidado, atenção e carinho” demonstram que os pacientes crônicos necessitam de intervenções que vão além de medicamentos e assistência às condições físicas. De fato, para prestação de uma assistência resolutive e integral é necessário que os indivíduos sejam visualizados em sua totalidade, pois o ser humano é um ser vivo pensante, e como tal sofre influência do psíquico, este por sua vez reflete nas condições de harmonia ou desarmonia do indivíduo com seu meio social. Fragoso (2012) afirma que há uma associação entre o agente causador de uma doença e o Ser que adoecer, pois existe uma complexidade de mecanismos envolvidos no processo do adoecer, muitos destes com influências do meio ambiente, seja ele físico, social ou cultural.

Máximo (2015) relata que aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais influenciam no estilo de vida adotado pelos sujeitos e pela coletividade, conseqüentemente mudanças nestes cenários repercutem nas condições de vida, favorecendo ou desfavorecendo o padrão de saúde e de adoecimento.

Cabe destacar, que entre as principais causas do desenvolvimento das DCNT estão os fatores de risco modificáveis. Malta et al. (2017) ressalta que entre as metas do Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020 está a diminuição de 25% das mortes por DCNT, redução do tabagismo, alcoolismo, consumo elevado de sal e sedentarismo, aumento do acesso aos medicamentos e ao aconselhamento, além de outras tecnologias que possam ser utilizadas para o tratamento das DCNT. Desta forma, para que se possa elaborar políticas de saúde eficientes para a prevenção dos interpelados agravos a saúde é essencial a abordagem e monitoramento dos fatores de risco a eles associados.

Ao se trabalhar com uma doença crônica, não há completa resolutive e sim

controle do quadro clínico. Para tanto faz-se necessário a adoção de medidas que visem a manutenção de condições boas ou aceitáveis de vida e que evitem complicações mais severas. Neste contexto, os profissionais se mostraram conscientes de que a prevenção em nível de ESF deve ser empregada aos dois lados da moeda, ou seja, tanto para prevenção de novos casos como a prevenção de evoluções desfavoráveis das DCNT.

Ao questionar sobre o embasamento de trabalho com as DCNT, identificou-se o estado alarmante de práticas empíricas, guiadas apenas pela experiência profissional. Nas duas últimas décadas, o Ministério da Saúde (MS) tem guiado ações para criação de um sistema de vigilância específico para as DCNT, de maneira a apossar-se da sua proporção e de seus fatores de risco, assim como seguir as predisposições socioespaciais ao longo do tempo (BRASIL, 2014b). Com este intuito, o ministério da saúde vem propagando metodologias, instrumentos e diretrizes de trabalho para servirem como meios de organização da rede de atenção às pessoas com doenças crônicas. A finalidade da rede é aprimorar a assistência e promover o cuidado integral, estendendo-se as estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas e de seus agravamentos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2014c). Inúmeros instrumentos de trabalho para DCNT com fundamentação científica são disponibilizados tanto por associações brasileiras, estrangeiras e pelo MS, tornando inaceitável uma realidade empírica de prestação de assistência à saúde.

As doenças crônicas, assim como outras doenças geram prejuízos e agravos na vida das pessoas acometidas e nas comunidades onde estas residem. Exigindo por este motivo planos assistenciais com intervenções a curto, médio e longo prazo, atendimentos programados e a livre demanda.

Bousquat *et al.* (2017), refere que o cuidado exige a atuação conjunta e interdependente de profissionais portadores de conhecimentos de diferentes ciências.

O acompanhamento e controle dos casos é fundamental, para isso as equipes devem lançar mão de meios que permitam a continuidade da assistência. Em São Roque do Canaã (ES), os profissionais destacaram como meios para realização desta tarefa a proximidade com o paciente e a família, as visitas dos agentes comunitários de saúde e os registros das informações pertinentes ao acompanhamento do estado e evolução dos pacientes.

A falta de habilidades e conhecimentos dos profissionais para manejo das DCNT podem estar relacionados a carências de formação e atualização profissional. Silva, Matos e França (2017) afirmam que a formação dos profissionais da saúde deve ser contínua e em conformidade com a demanda dos serviços, devendo abranger a formação de profissionais para prestarem as atividades educativas, além da existência de mecanismos de trabalho, infraestrutura e ferramentas apropriadas para o alcance de uma assistência eficiente e eficaz. Para tanto, é preciso uma conjunção de empenho entre as universidades e o SUS.

De acordo com estudos de Santos *et al.* (2017) há uma íntima ligação entre a qualidade

da assistência prestada e a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC).

Visando a capacitação e atualização dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para atuarem de forma diferenciada perante as DCNT, o Ministério da Saúde vêm elaborando e disponibilizando gratuitamente oportunidades de aprofundamento de conhecimentos na área. Dentre os meios de fácil utilização e consulta estão as plataformas online Comunidade de Práticas e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Avanços nas estratégias políticas e operacionais isoladamente não garantem um efetivo gerenciamento das DCNT. Essas doenças representam um desafio para o sistema de saúde, mesmo com a expansão e a qualificação da Estratégia Saúde da Família, exigindo uma abordagem de cuidado longitudinal e a humanização da atenção. O trabalho em equipe é então reconhecido como um tema relacionado à organização do trabalho e coloca em questão a formulação e utilização de ferramentas que permitam sua construção e sustentação ao longo do tempo (CARDOSO, 2014, p. 23).

As equipes de ESF para enfrentarem os desafios devem estar preparados profissionalmente para elaborar ações voltadas para a realidade da população, abrangendo a complexidade social, econômica e cultural. Cada integrante da equipe deve estar apto ao desempenho de um trabalho articulado com os demais colegas da equipe multidisciplinar, assim como com outros setores que possam vir a influenciar as intervenções (ARANTES, 2016).

Muitas dificuldades para o manejo das DCNT foram relatadas. As barreiras impostas pelo paciente devem ser desfeitas através do esforço contínuo para o alcance da conscientização e sensibilização dos cidadãos. Por meio do entendimento, pacientes e familiares abrem suas mentes, mudam pensamentos errôneos e lidam melhor com os problemas de saúde. A falta de interação da equipe leva a resultados insatisfatórios, desencadeados pela descoordenação de medidas de saúde dos membros da equipe. Por esse motivo, os profissionais precisam estar aptos ao desempenho conjunto da assistência.

Quanto as dificuldade geográficas enfrentadas, observou-se que as características do território de responsabilidade de uma determinada equipe influenciam diretamente na capacidade de prestação de serviços à população. A centralização de atendimentos na UBS em equipes que abrangem famílias residentes em zonas rurais é limitadora ao acesso. Para tanto, deve-se planejar previamente a localização da unidade, favorecendo a comunidade assistida. A criação de pontos estratégicos dentro do território que sirvam de suporte para efetuação de atendimentos podem contribuir eminentemente para cobertura assistencial. O foco deve ser direcionado ao que será conveniente primeiramente aos pacientes, e em segundo lugar ao que é conveniente aos trabalhadores e ao município. Além disso, a realização da perspectiva demográfica da localidade permite projetar o local mais apropriado para implantação da sede de cada equipe de saúde.

Juntamente a centralização do ponto de atendimento na UBS, a organização da ESF por número de famílias ou pacientes mostrou-se como fator dificultador e ineficiente à

assistência no município, devido diferenças marcantes nas características de pacientes e nas condições do território. Consta-se na Nota Técnica nº 30/2017 que é considerado válido pela Confederação Nacional de Municípios (CNM) uma nova definição das equipes de saúde do território nacional, com vista a evitar prejuízos na continuidade e na sustentabilidade das intervenções da ESF.

A Comissão Intergestores Municipais Tripartite (CIT) propõem que ações e procedimentos da APS devem ser flexíveis as demandas de saúde da população de cada localidade ou locorregião. Assim, os gestores municipais devem criar e ajustar instrumentos de gestão a partir do conhecimento de seu território e da capacidade de resolução das UBS's, buscando aumentar o acesso, a solução dos problemas de saúde e da qualidade dos serviços ofertados. Ademais, é indispensável uma readequação da organização da APS enquanto ESF de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico de cada município, favorecendo uma melhor estruturação do sistema segundo as características locais (BRASIL, 2017).

Cunha e Souza (2017) afirmam que a utilização de espaços físicos na ESF deve ser pensado de uma nova maneira, considerando a organização do processo trabalho, pois assistência em nível de APS envolve a realização de atividades extramuros da UBS, como visitas domiciliares, reuniões com a população, consultas e procedimentos em domicílio, entre outros.

A mencionada falta de recursos por alguns profissionais, demonstra uma dificuldade que depende de uma hierarquia de condutas para ser defrontada, ou seja, os gestores estaduais e municipais para fornecerem melhores meios para agir sobre os problemas de saúde precisam primeiramente de provimentos de recursos por parte do nível federal. Portanto, cabe aos gestores estaduais e municipais de saúde buscarem por melhorias de recursos junto aos órgãos competentes, não deixando jamais se abaterem perante os obstáculos.

5 | CONCLUSÃO

As representações sociais por profissionais da ESF permitiram o aprofundamento de conhecimentos acerca do manejo das DCNT na APS. Comprova-se que o trabalho é complexo, em razão do envolvimento de diversos quesitos para sua real e singular execução, como a formação profissional em saúde, aspectos culturais, sociais, econômicos e organizacionais. Além de requerer uma gestão planejada conforme as condições de cada região e com as atuais e pressupostas demandas de saúde da população.

Considera-se que a abordagem das DCNT dentro da ESF constitui-se atualmente na melhor linha estratégica para o enfrentamento desta grande adversidade na saúde pública. Apenas a partir de ações de cuidados primários será possível diminuir de maneira ilustre os indicadores de morbimortalidade por DCNT, melhorar a qualidade de saúde, elevar a

perspectiva de vida e diminuir os gastos públicos com doenças crônicas, promovendo melhorias na sustentabilidade econômica do país.

Vislumbra-se que o estudo ora apresentado seja um incentivador de novas pesquisas na área, sendo um impulsionador de mudanças, contribuindo para o aperfeiçoamento do combate as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

REFERÊNCIAS

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, online, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 1 jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 out. 2019.

BOUSQUAT, Aylene *et al.*. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, online, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2019.

BRASIL. Nota técnica nº 30/2017. A proposta da CIT de mudança na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Brasília, 24 ago. 2017. p. 1-16. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/NT_30_2017_Proposta_CIT_PNAB.pdf>. Acesso em: 9 out. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 23 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Protocolos_AB_Vol2_Cardiologia.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. _____. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial [da república do Brasil]**, Brasília, 1 de abr. 2014a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. _____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de Saúde, estilo de vida e doenças crônicas, Brasil, grandes regiões e unidade da federação. vol.1. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014b. 181 p. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

_____. _____. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica**. Cadernos de atenção básica nº35. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 64 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 21 out. 2019.

_____. _____. **Plano de ações e estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

CARDOSO, J. R. **Doenças crônicas não transmissíveis no contexto da Estratégia Saúde da Família**: fabricando formas de gestão do cuidado. 2014. 67f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível: <<http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-746330>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SOUZA, Inês Leoneza de. **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017. 426 p.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

FRAGOSO, Taylani. *Teoria Miasmática X Teoria do contágio*. 26 Jun. 2012.

Disponível em: <<http://extensaoecienca.blogspot.com.br/2012/06/teoria-miasmatica-x-teoria-do-contagio.html>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

LAVRAS, Carmen Cecília de Campos. Entrevista: A Abordagem das Condições Crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, online, set. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/entrevista-a-abordagem-das-condicoes-chronicas-pelo-sistema-unico-de-saude/16375>>. Acesso em: 13 out. 2019.

LOPES, Samuel Sheimon Sarmiento *et al.* A atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde: a visão do usuário. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, n. 4, p. 11-12, 2015. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/3/3>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 4 jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 out. 2019.

MÁSSIMO, Erika de Azevedo Leitão; SOUZA, Hercília Najara Ferreira de; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência e Saúde Coletiva**, online, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 515 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

PAULA, Cristiane Cardoso de *et al.* Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, online, v.17, n.4, p. 1-11, out. 2015. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p. 255-276, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos *et al.* Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 1-14, 15 jun. 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000505003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 5 out. 2019.

SILOCCHI, Cassiane; JUNGES, José Roque. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 599-615, maio/ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200599&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 out. 2019.

SILVA, Kênia Lara Silva; MATOS, Juliana Alves Viana; FRANÇA, Bruna Dias. A construção da educação permanente no processo de trabalho em saúde no estado de Minas Gerais, Brasil. **Escola Ana Nery Revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1-8, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0060.pdf >. Acesso em: 06 out. 2019.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2019.

TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 416-426, 2012.

SOBRE OS ORGANIZADORES

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 Editora Atena.

FERNANDA VIANA DE CARVALHO MORETO - Possui graduação em Nutrição pelo Centro Universitário da Grande Dourados (2008), pós-graduação em Terapia Nutricional, Nutrição Clínica e Fitoterapia pela Faculdade Ingá – Maringá (2012). Especialização em Nutrição Esportiva pela Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguazu – FAESI (2015). Nutricionista Clínica e Esportista, com mais de 10 anos de experiência em consultório nutricional, com foco no atendimento personalizado em crianças, adultos, gestantes, idosos, praticantes de atividades físicas e atletas, visando o cuidado, a saúde e o bem-estar. Com o perfil clínico em legitimar a Nutrição Baseada em Evidência em ser acessível para todos, sempre utilizou do que existe de maior evidência em nutrição para prevenir e tratar doenças. Na sua trajetória profissional, foi nutricionista do Programa Mesa Brasil SESC (2010-2016), responsável por ministrar Oficinas Culinárias de Aproveitamento Integral dos Alimentos e Cursos de Higiene e Manipulação dos Alimentos de acordo com as normas da Vigilância Sanitária. Atuou como docente, cargo professora substituta, na Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) em diversas disciplinas, como Nutrição e Esportes, Higiene e Controle de Qualidade de Alimentos, Composição de Alimentos, Técnica Dietética e Ética Profissional e Bioética (2017 – 2019). Atualmente é acadêmica bolsista da CAPES no curso de Mestrado do Programa de Alimentos, Nutrição e Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (2019). Membro do Grupo de Pesquisa Biologia Aplicada à Saúde. Pesquisadora, atuante em 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. Atua principalmente nos

seguintes temas: fitoterapia, nutrição clínica e esportiva.

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 Profa. 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 de metanálise com o fruto *Punica granatum* L., bem como a ação de seus extratos 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.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Absenteísmo 11, 51, 52, 53, 54, 55, 59, 60, 61, 63, 150

Ambiente virtual de aprendizagem 13, 169, 170, 172, 177, 178, 179

avaliação sensorial 12, 13, 97, 101, 104, 161, 165

B

Babaçu 13, 161, 162, 163, 165, 166, 167

Brassica oleracea 12, 97, 98, 100

C

Cacau 10, 5, 6, 7

Caderneta de saúde da pessoa idosa 11, 65, 67, 75

Caminhoneiros 133, 134, 136, 140

Cinema 11, 76, 77, 78

Controle social 13, 142, 144, 149, 150, 151, 152, 156, 158, 159, 160

D

Descarte de resíduos 12, 80, 81, 83, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94

Diabetes Mellitus 12, 106, 107, 109, 110, 111, 112

Doenças Crônicas Não Transmissíveis 14, 100, 180, 192, 193, 194

E

Educação em saúde 10, 12, 9, 10, 13, 79, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 178, 186, 188

Escola De Saúde Pública 10, 17

Estratégia de intervenção 10, 42

Estratégia Saúde da Família 14, 180, 182, 183, 185, 190, 192, 193

Extensão universitária 12, 106, 107, 108, 112, 195

F

Fatores biopsicossociais 131, 133

H

Hospital de ensino 12, 80, 89

I

Idosos 11, 46, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 109, 195

Idosos restritos ao domicílio 11, 65, 66

L

Leitura 9, 11, 13, 33, 76, 77, 120, 172

Linhaça 12, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104

Linum usitatissimum 12, 97, 98

P

Passiflora edulis 12, 97, 98, 105

Prevalência 11, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 54, 59, 60, 61, 64, 72, 73, 118, 136

Protagonismo social 13, 113, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129

Q

Qualidade de vida 11, 6, 10, 30, 45, 47, 48, 53, 54, 61, 66, 72, 73, 76, 77, 79, 106, 108, 110, 111, 132, 138, 181, 188

R

Rádio 11, 76, 77, 78, 79, 138

Redes sociais 13, 113, 118, 119, 120, 122, 171

Representação social 188

Ressuscitação Cardiopulmonar 13, 169, 170, 175, 178

S

Saúde do trabalhador 23, 54, 61, 131, 133, 137, 140, 141

Saúde Pública 10, 1, 17, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 49, 50, 79, 96, 136, 148, 159, 180, 181, 183, 191, 193, 194

Síndrome Metabólica 11, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59

T

Terceirização 13, 132, 142, 144, 147, 150, 151, 155, 156, 157, 158, 159, 160

Terceiro setor 10, 9, 13, 145

U

UTI 10, 35, 36, 37, 38, 39, 40

UTI humanizada 35, 39, 40

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Política, Planejamento e Gestão em Saúde

4

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br